

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan seseorang yang berusia diatas 60 tahun ke atas. Penuaan bukan suatu penyakit, melainkan suatu proses yang berkelanjutan yang mengakibatkan perubahan kumulatif, yaitu proses menurunnya daya tahan tubuh terhadap rangsangan internal dan eksternal. Menua merupakan suatu kondisi yang terjadi di kehidupan manusia. Proses menua merupakan suatu proses seumur hidup, tidak hanya pada waktu tertentu, tetapi pada awal kehidupan. Penuaan atau menjadi tua adalah suatu proses yang alami, yang bisa diartikan bahwa seseorang telah melalui beberapa tahap di kehidupan seperti anak-anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia (Kholifah, 2016).

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut Dewi (2014) mengklasifikasikan lansia dalam kategori berikut:

- a. Pralansia, seseorang dengan usia antara 45-59 tahun
- b. Lansia, seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun
- c. Lansia risiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih, bisa juga seseorang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Lansia potensial, seseorang yang mampu bekerja ataupun melakukan kegiatan yang menghasilkan barang
- e. Lansia tidak potensial, seseorang yang tidak mampu mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain

Klasifikasi lansia menurut WHO dalam Dewi (2014) adalah sebagai berikut:

- a. Elderly : 60-74 tahun
- b. Old : 75-89 tahun
- c. Very Old : >90 tahun

2.1.3 Teori Proses Menua

Ada beberapa teori yang berhubungan dengan proses menua antara lain teori biologi, teori psikologis, teori sosial dan teori spiritual (Dewi, 2014).

1. Teori Biologi

a. Teori genetik dan mutasi (*Somatic Mutatie Theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa manusia dan hewan akan mengalami proses menua karena telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Di dalam inti sel setiap spesies memiliki suatu jam genetik/jam biologis masing-masing dan setiap spesies memiliki batas usia yang berbeda. Menua terjadi akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul / DNA dan setiap sel jika sudah pada waktunya akan mengalami mutasi. Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel) (Dewi, 2014).

b. Pemakaian dan rusak (*Wear and Tear Theory*)

Teori ini menyebutkan bahwa proses menua ini terjadi karena kelebihan usaha dan stres yang dapat menyebabkan sel tubuh

menjadi lemah dan lelah (rusak) sehingga tidak mampu meremajakan fungsinya (Dewi, 2014).

c. Reaksi dari kekebalan sendiri (*Auto Immune Theory*)

Dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit (Kholifah, 2016).

d. *Slow Immunology theory*

Dari teori ini, sistem imun menjadi lebih efektif jika bertambahnya usia serta masuknya virus dalam tubuh yang bisa menyebabkan kerusakan pada organ tubuh (Dewi, 2014).

e. Teori stres

Menurut teori ini, proses menua terjadi karena kehilangan sel-sel yang biasa digunakan oleh tubuh. Sehingga regenerasi jaringan tidak mampu mempertahankan kestabilan lingkungan internat, kelebihan usaha, dan sel yang menyebabkan sel dalam tubuh lelah terpakai (Dewi, 2014).

f. Teori radikal bebas

Tidak stabilnya radikal bebas dapat mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik (karbohidrat dan protein. Radikal inilah yang mengakibatkan sel-sel tidak bisa melakukan regenerasi (Dewi, 2014).

g. Teori rantai silang

Teori ini menjelaskan bahwa reaksi kimia sel-sel yang sudah tua dan usang menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya pada jaringan kolagen. Penurunan elastisitas, kekacauan dan hilangnya fungsi sel disebabkan oleh ikatan tersebut (Dewi, 2014).

2. Teori Psikologis

a. Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar menurut Hierarki Maslow, setiap manusia pasti memiliki kebutuhan dan mereka akan berusaha untuk dapat memenuhi kebutuhannya. Dalam pemenuhan kebutuhan, setiap orang pasti mempunyai prioritas. Seseorang itu akan mengusahakan agar kebutuhan di piramida lebih tinggi jika kebutuhan di tingkat piramida bawahnya sudah terpenuhi. Di tingkat piramida tertinggi yaitu aktualisasi diri dan itu akan diusahakan oleh seseorang jika seseorang itu mengalami proses menua untuk memenuhi kebutuhannya (Dewi, 2014).

b. Teori individualisme Jung

Teori ini menjelaskan bahwa kepribadian seseorang tidak berorientasi pada dunia luar saja, namun dari pengalaman pribadi juga. Faktor yang sangat penting untuk menjaga keehatan mental adalah keseimbangan. Menurut teori ini, proses menua berhasil jika seseorang melihat ke dalam diri dan menilai dirinya lebih dari kehilangan atau pembatasan fisiknya (Dewi, 2014).

c. Teori pusat kehidupan manusia

Teori ini fokus pada identifikasi dan pencapaian tujuan kehidupan seseorang menurut lima fase perkembangannya, yaitu sebagai berikut (Dewi, 2014) :

1. Masa anak-anak : Belum mempunyai tujuan hidup.
2. Remaja dan dewasa muda : Mulai mempunyai tujuan hidup.
3. Dewasa tengah : Mulai mempunyai tujuan hidup yang konkrit dan berusaha untuk mewujudkan
4. Usia pertengahan : Melihat ke belakang serta mengevaluasi tujuan yang ingin dicapai
5. Lansia : Mulai berhenti untuk melakukan pencapaian hidup.

d. Teori tugas perkembangan

Tugas perkembangan lansia adalah *integrity versus despair* menurut tugas tahapan perkembangan ego Ericksson. Jika lansia mampu menemukan arti kehidupan yang ia jalani, maka lansia itu akan memiliki integritas ego untuk bisa menyesuaikan dan mengatur proses menua yang dialaminya. Sementara itu, jika lansia tidak mempunyai integritas maka ia akan marah, depresi dan merasa tidak adekuat sehingga mengalami keputusasaan (Dewi, 2014).

3. Teori Sosiologi

a. Teori Interaksi Sosial (*Social Exchange Theory*)

Pada lansia terjadi penurunan kekuasaan dan prestise sehingga interaksi sosialnya berkurang, yang ada hanyalah harga diri dan kemampuan lansia untuk mengikuti perintah.

b. Teori Penarikan Diri (*Disengagement Theory*)

Lansia secara perlahan akan menarik diri dari masyarakat disekitarnya yang disebabkan oleh kemiskinan yang dialami lansia dan menurunnya derajat kesehatan. Lansia juga akan mengalami kehilangan ganda, yaitu : kehilangan peran, hambatan kontak sosial, dan berkurangnya komitmen.

c. Teori Aktivitas (*Activity Theory*)

Penuaan yang berhasil tergantung bagaimana seorang lansia merasakan kepuasan saat melakukan aktivitas serta mempertahankan aktivitas tersebut.

d. Teori Berkesinambungan (*Continuity Theory*)

Menurut teori ini, setiap orang akan menjadi tua tetapi kepribadian dasar dan pola perilaku seseorang tidak akan perubahan. Pengalaman hidup seseorang merupakan suatu gambaran kelak ketika menjadi lansia.

e. *Subculture Theory*

Lansia dipandang dari sub kultur. Secara antropologis, lansia berarti mempunyai norma serta standar budaya tersendiri. Standar

dan norma budaya meliputi perilaku, keyakinan, serta harapan yang dapat membedakan lansia dari kelompok yang lain.

2.1.4 Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Menurut Kholifah (2016) ada beberapa perubahan yang sering terjadi pada lansia, yaitu sebagai berikut :

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

- Sistem pendengaran : *prebiakusis* (gangguan pada pendengaran) terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, kata-kata yang sulit dimengerti, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.
- Sistem Integumen : pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak.
- Sistem penglihatan : Perubahan yang terjadi pada ukuran pupil menurun, reaksi terhadap cahaya berkurang, lensa menguning dan menjadi lebih keruh mengakibatkan katarak sehingga dapat mempengaruhi penglihatan.
- Sistem penciuman : *presbiosmia* (penurunan fungsi penciuman) namun ditemukan bahwa riwayat penyakit pada hidung serta riwayat cedera pada hidung memainkan peran.

- Sistem perasa : riwayat kesehatan gigi dan mulut yang buruk turut memainkan peran dalam penurunan fungsi perasa pada lansia.

2) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia : Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi.

- a) Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.
- b) Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan.
- c) Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas serta fraktur.
- d) Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek yang buruk.

e) Sendi pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

3) Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

4) Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

5) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah.

6) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi dan reabsorpsi oleh ginjal.

7) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

8) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

b. Perubahan Kognitif

- 1) *Memory* (Daya ingat, Ingatan)
- 2) *IQ (Intelligent Quotient)*
- 3) Kemampuan Belajar (*Learning*)
- 4) Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*)
- 5) Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)
- 6) Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)
- 7) Kebijakan (*Wisdom*)
- 8) Kinerja (*Performance*)
- 9) Motivasi

c. 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 syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
- 7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan.
- 8) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan *family*/keluarga.
- 9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

d. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

e. Perubahan Psikososial

1) Kesepian

Terjadi ketika pasangan hidup ataupun teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

2) Duka cita (*Bereavement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal ini bisa memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

3) Depresi

Duka cita yang berkelanjutan akan menimbulkan perasaan kosong, kemudian diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut sehingga menjadi suatu episode depresi. Stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi juga bisa menjadi penyebab depresi.

4) Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan suatu kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian dari suatu obat secara mendadak.

5) Parafrenia

Suatu bentuk dari skizofrenia pada lansia, yang ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi, diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

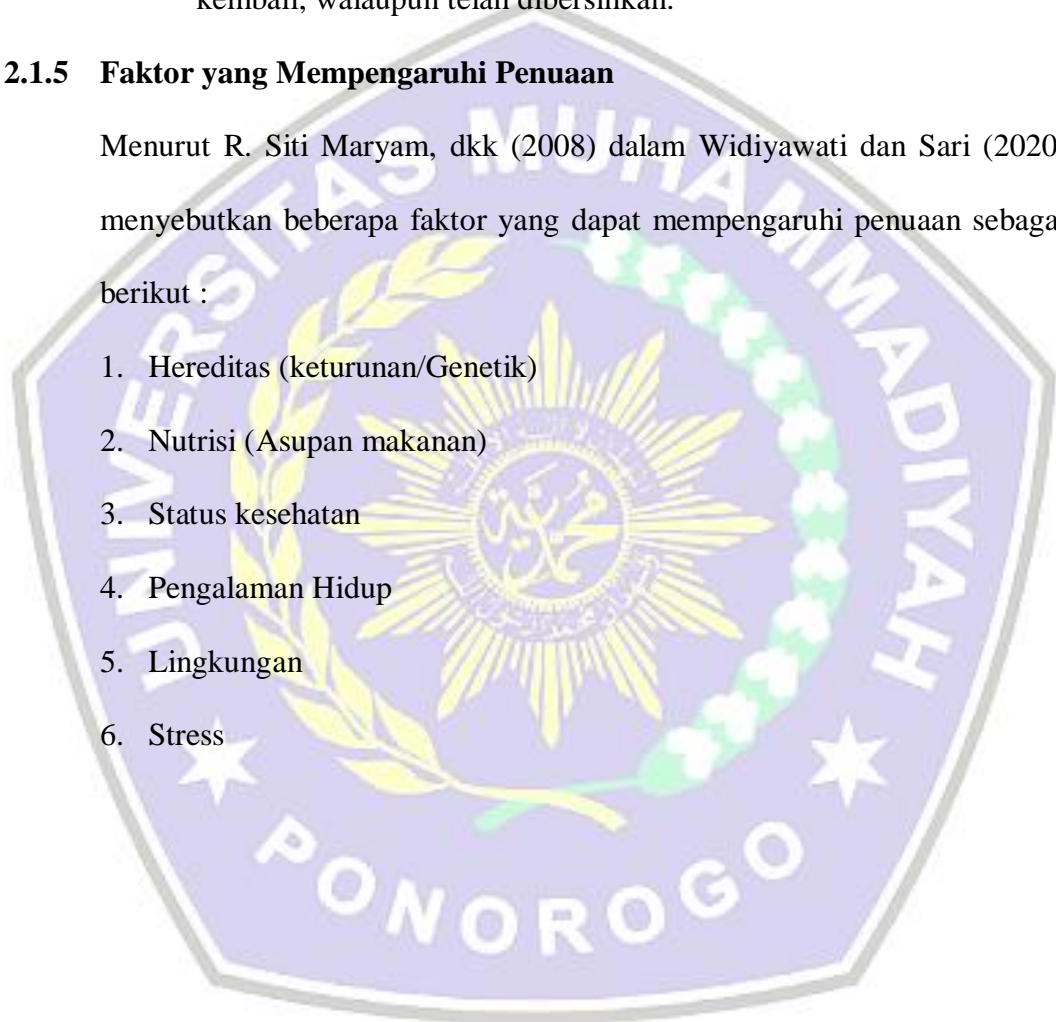
6) Sindroma Diogenes

Merupakan suatu kelainan dimana lansia menunjukkan perilaku yang sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Keadaan ini dapat terus berulang kembali, walaupun telah dibersihkan.

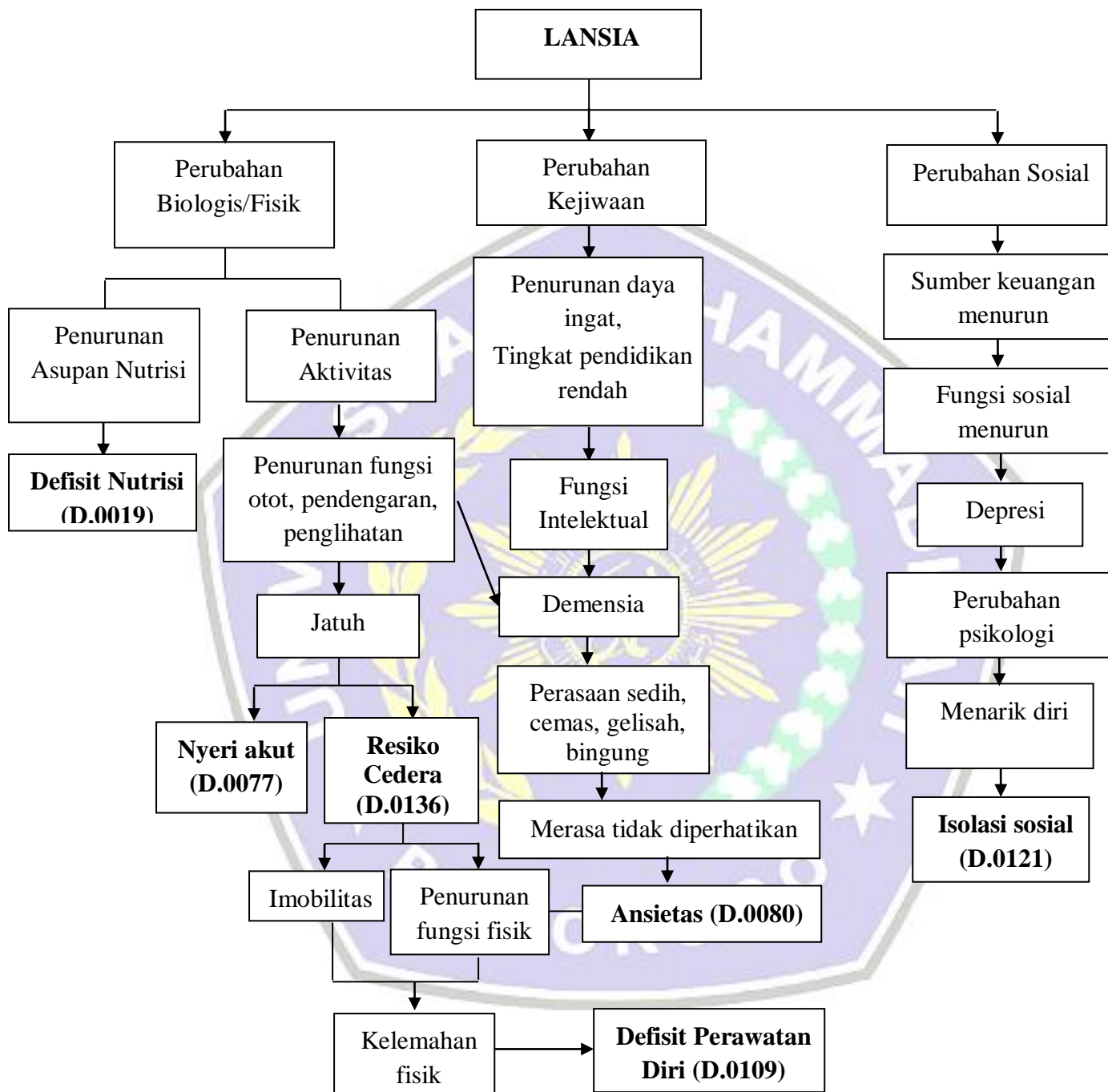
2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Penuaan

Menurut R. Siti Maryam, dkk (2008) dalam Widiyawati dan Sari (2020) menyebutkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penuaan sebagai berikut :

1. Hereditas (keturunan/Genetik)
2. Nutrisi (Asupan makanan)
3. Status kesehatan
4. Pengalaman Hidup
5. Lingkungan
6. Stress



2.1.6 Pathway



Gambar : 2.1 Pathway risiko cedera pada lansia

2.2 Konsep Teori Risiko Cedera

2.2.1 Pengertian Risiko Cedera

Risiko cedera merupakan suatu kondisi yang berisiko mengalami bahaya ataupun kerusakan fisik sehingga menyebabkan seseorang tidak sepenuhnya sehat atau dalam kondisi yang baik (SDKI, 2017). Cedera dapat diartikan kelainan yang terjadi pada tubuh yang dapat mengakibatkan timbulnya nyeri, panas, merah, bengkak dan tidak dapat berfungsi dengan baik pada otot, tendon, ligament, persendian ataupun tulang akibat aktivitas gerak yang berlebihan atau kecelakaan (Ali Satia Graha dan Bambang Priyonoadi, 2012).

Cedera dapat diakibatkan dari gaya-gaya yang bekerja pada tubuh dimana melampaui kemampuan tubuh untuk mengatasinya, berlangsung dengan cepat atau jangka lama. Cedera olahraga yang dialami seseorang akan menimbulkan rasa sakit yang disebabkan kerusakan pada struktur atau fungsi tubuh seperti pada tulang, sendi, ligament dan otot, baik dalam bentuk cedera tertutup maupun cedera terbuka (Simatupang, N, 2016)

Menurut Graha & Priyonoadi 2009, tanda-tanda peradangan pada cedera jaringan tubuh yaitu :

- a. *Kalor* atau panas karena meningkatnya aliran darah ke daerah yang mengalami cedera.
- b. *Tumor* atau bengkak disebabkan adanya penumpukan cairan pada daerah sekitar jaringan yang cedera.
- c. *Rubor* atau merah pada bagian cedera karena adanya pendarahan.

- d. *Dolor* atau rasa nyeri, karena terjadi penekanan pada syaraf akibat penekanan baik otot maupun tulang.
- e. *Functionlaesa* atau tidak bisa digunakan lagi, karena kerusakannya sudah cedera berat.

2.2.2 Faktor Risiko Cedera

Cedera dapat di pengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor intrinsik yaitu adanya gangguan gaya berjalan, kelemahan otot ekstermitas bawah, langkah yang pendek-pendek, kekakuan sendi, kaki tidak mampu menapak dengan kuat dan kelambatan saat bergerak. Sedangkan faktor ekstrinsiknya antara lain lantai licin dan tidak rata, kursi roda yang tidak dikunci, tersandung oleh benda yang ada disekitarnya, kurangnya cahaya penerangan, sehingga bisa memperbesar risiko cedera pada lansia (Nugroho, 2015). Akibat degeneratife yang terjadi, lansia mengalami penurunan di berbagai sistem tubuh, salah satunya gangguan dan penurunan sistem fungsi musculoskeletal yang meliputi penurunan massa dan kekuatan otot, penurunan rentang gerak sendi dan tonjolan tulang lebih meninggi/terlihat. Lansia membutuhkan tempat tinggal yang aman dan nyaman agar kejadian yang mengakibatkan cedera serta ketidaknyamanan dalam beraktivitas pada lansia dapat diminimalisir (Padilla, 2013).

2.2.3 Pencegahan Risiko Cedera

1. Menganjurkan untuk menghindari gerakan tiba-tiba, menempatkan peralatan yang mudah dijangkau, memberikan sandal/sepatu beralaskan karet, mengkondisikan lantai agar tidak licin dan mencegah lansia untuk tidak sering membungkuk atau mengangkat beban yang berat

menjauhkan perabotan berbahaya, memasang pegangan tangan ditangga dan mencegah karpet dilantai terlipat.

2. Menganjurkan lansia untuk menghindari gerakan tiba-tiba seperti bangun mendadak setelah berdiri atau duduk. Hal ini sesuai dengan teori dari Ayudhitya dan Tjuatja (2014), bahwa ketika berdiri setelah duduk atau berbaring secara tiba-tiba, akan terjadi hipotensi postural (penurunan tekanan darah secara mendadak karena perubahan posisi). Kondisi ini bisa menyebabkan rasa pusing hingga pingsan. Jika terjadi pada orang yang memiliki gangguan keseimbangan seperti lansia, dapat menyebabkan patah tulang bahkan cedera otak.
3. Memberikan nutrisi yang tepat untuk lansia seperti tinggi kalsium, serat, zat besi dan sebagainya. Menurut Artinawati (2014) dan Maryam (2004), lansia mengalami beberapa perubahan seperti pada sistem muskuloskeletal sehingga dapat terjadinya osteoporosis, bungkuk (kifosis), nyeri sendi dan kram serta perubahan pada sistem penglihatan, pendengaran dan sebagainya. Selain itu, faktor gizi juga dapat berpengaruh terhadap keseimbangan lansia, dimana kebutuhan gizi pada lansia merupakan pokok kelangsungan proses pergantian sel-sel.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu tindakan peninjauan pada lansia untuk mendapatkan data dengan maksud untuk menegaskan keadaan

penyakit, diagnosis masalah, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia (Kholifah, 2016).

1. Pengumpulan Data

a. Identitas

Identitas biasanya mencakup : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, suku, agama, pekerjaan/penghasilan, serta pendidikan terakhir. Identitas klien biasanya dikaji pada penyakit sistem muskuloskeletal adalah usia, karena ada beberapa penyakit sistem muskuloskeletal sering terjadi pada klien lansia berusia 60 tahun keatas. Kriteria klien dengan ketidakamanan transportasi, perubahan orientasi afektif, perubahan fungsi psikomotor dan perubahan fungsi kognitif.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit muskuloskeletal seperti mengeluh nyeri pada persendian, keterbatasan dalam bergerak sehingga menyebabkan keterbatasan mobilitas.

c. Riwayat Kesehatan

Untuk mendapatkan pengkajian keluhan yang dirasakan pasien dengan risiko cedera meliputi :

- 1) Faktor pencetus pada pasien dengan risiko cedera biasanya disebabkan karena pernah terjatuh dan tidak segera ditangani
- 2) Faktor yang bisa mempengaruhi pasien misalnya alkohol, obat-obatan.

- 3) Gambaran bagaimana risiko cedera itu terjadi (Pasien menceritakan bagaimana lansia tersebut bisa mengalami jatuh sehingga mengakibatkan cedera)
- 4) Kondisi yang memperingan dan memperberat keluhan. Pada pasien lansia dengan risiko cedera, kondisi yang bisa memperingan keluhannya adalah dengan beristirahat atau bedrest. Sedangkan kondisi yang bisa memperberat keadaannya adalah ketika kondisi sedang drop serta penunjang medis di panti kurang memadai sehingga keluhan yang dirasa pasien tidak teratasi.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu merupakan riwayat penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Seperti riwayat penyakit muskuloskeletal sebelumnya, riwayat pekerjaan yang berhubungan dengan adanya riwayat penyakit muskuloskeletal, penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Yang dikaji adalah apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang dialami klien karena faktor genetik/keturunan.

f. Riwayat psikososial dan spiritual

Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga yang tidak harmonis, status

dalam berkerja. Dan apakah klien rajin melakukan ibadah sehari hari.

g. Aktivitas/ istirahat

Kaji kebiasaan pasien mengenai pola makan, pola tidur, maupun aktivitas yang dilakukan sehari-hari.

1) Pola nutrisi

Mengidentifikasi masukan nutrisi dalam tubuh, keseimbangan cairan serta elektrolit. Pengkajian meliputi nafsu makan, pola makan, komposisi makanan, frekuensi makan, diet, mual, muntah, kebutuhan jumlah zat gizi.

2) Pola eliminasi

Menjelaskan tentang pola fungsi ekskresi serta kandung kemih. Pengkajian meliputi ada tidaknya masalah BAK/BAB, frekuensi BAK/BAB, karakteristik urine dan feses, pola input-output cairan, masalah bau badan.

3) Pola istirahat

Menggambarkan pola tidur serta istirahat pasien. Pengkajiannya meliputi jam tidur siang dan malam, masalah ketika tidur, insomnia atau mimpi buruk serta penggunaan obat.

4) Pola aktivitas

Menggambarkan tentang pola latihan dan aktivitas. Pentingnya gerak maupun latihan dalam keadaan sehat

maupun sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan dengan satu sama lain.

5) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah tidur, dan insomnia.

6) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dengan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah dan masalah keuangan.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran

Tingkat kesadaran adalah ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan, tingkat kesadaran dibedakan menjadi : composmetis, apatis delirium, somnolen, stupor dan coma.

2) *Glasgow coma scale*(GCS)

Skala yang digunakan untuk menilai kesadaran pasien. Respon yang perlu diperhatikan mencakup tiga hal yaitu reaksi membuka mata, bicara dan motorik. Hasil pemeriksaan GCS disajikan dengan simbol E, V, M dan selanjutnya nilai GCS tersebut dijumlahkan.

3) TTV (*Vital sign*)

Pada pasien lansia yang mengalami risiko cedera pada pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ada masalah pada suhu, tekanan darah, nadi, respirasi dan saturasi oksigen dalam batas normal

b. Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala

Biasanya pada pasien lansia warna rambut berwarnaputih (beruban), penyebaran kurang merata, jumlah rambut kurang lebat.

2) Wajah

Biasanya wajah simetris, tidak ada hiperpigmentasi, tidak ada oedem.

3) Mata

Biasanya kelopak mata simetris, warna konjunktiva tidak anemis, respon terhadap cahaya normal, penurunan penglihatan, pergerakan bola mata normal.

4) Telinga

Telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada serumen, terjadi penurunan pendengaran.

5) Hidung

Hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkakan dan nyeri.

6) Mulut dan bibir

Mukosa bibir kering, tidak ditemukan lesi dan sianosis, bentuk bibir simetris, beberapa gigi ada yang tanggal.

7) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan vena jugularis, bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan.

8) Thorax

a) Paru-paru

Inspeksi : simetris kanan dan kiri, krepitasi karena defisiensi kalsium

Palpasi :

Perkusi : biasanya normal (sonor)

Auskultasi : biasanya normal (vesikuler)

b) Jantung

Inspeksi : biasanya ICS tidak terlihat.

Palpasi : ictus cordis teraba

Perkusi : batas jantung normal

Auskultasi : biasanya bunyi normal (vesikuler)

9) Abdomen

Inspeksi : biasanya yang dilihat kesimetrisan abdomen, warna kulit, ada/tidaknya kelainan umbilicus..

Auskultasi : bising usus normal 15-35x/menit (jika < 15 = konstipasi, > 30 = diare)

Palpasi : ada/tidaknya nyeri tekan, ada luka/tidak, ada / tidak massa ataupun benjolan.

Perkusi : suara abdomen timpani (normal)

10) Ekstremitas

Biasanya lansia mengalami penurunan kekuatan dan tonus otot, terjadi penurunan pada ROM, ada edema di beberapa bagian ekstremitas, ditemukan nyeri pada ekstremitas.

11) Integumen

Ditemukan ada lesi dan edema, kulit mengendur/ tidak elastis, *Capillary Refill Time (CRT)* < 2 detik.

3. Pengkajian Aspek Spiritual

Pada pasien lansia dengan masalah risiko cedera biasanya mempunyai hambatan dalam spiritualitas karena mereka akan kesulitan dalam melaksanakan gerakan ibadah sholat, sehingga harus mengganti gerakannya dengan cara duduk bahkan bisa juga dengan tidur.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan ataupun proses kehidupan yang dihadapi baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2016). Dengan mengacu SDKI, maka peneliti menetapkan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu bentuk terapi atau tindakan yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan serta penilaian klinis guna untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga serta komunitas (SIKI, 2018).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Risiko Cedera (D.0136) Definisi : Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik. Faktor Risiko Eksternal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpapar patogen 2. Terpapar zat kimia toksik 3. Terpapar agen nosokomial 4. Ketidakamanan transportasi <p>Internal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidaknormalan profil darah 2. Perubahan orientasi afektif 3. Perubahan sensasi 4. Disfungsi autoimun 5. Disfungsi biokimia 6. Hipoksia jaringan 7. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh 	<p>Tingkat Cedera (L.14136) Definisi : Keparahan dan cedera yang diamati atau dilaporkan. Ekspetasi : Menurun Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko cedera dapat menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi aktivitas meningkat 2. Kejadian cedera menurun 3. Luka/lecet menurun 4. Gangguan mobilitas menurun 	<p>Pencegahan Cedera (I.14537) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 3. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pencahayaan yang memadai 2. Gunakan lampu tidur selama jam tidur 3. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis. penggunaan telepon, tempat

-
- | | |
|--------------------------------|---|
| 8. Malnutrisi | tidur, penerangan |
| 9. Perubahan fungsi psikomotor | ruangan, dan lokasi kamar mandi) |
| 10. Perubahan fungsi kognitif | 4. Gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera serius |
| | 5. Sediakan alas kaki anti slip |
| | 6. Sediakan pispot/urinal untuk eliminasi di tempat tidur jika perlu |
| | 7. Pastikan bel panggilan/ telepon mudah dijangkau |
| | 8. Pastikan barang pribadi mudah dijangkau |
| | 9. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan |
| | 10. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan |
| | 11. Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi/sensor pada tempat tidur/ kursi |
| | 12. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan |
| | 13. Diskusikan |
-



mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. Tongkat atau alat bantu jalan)

14. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
15. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan

Edukasi

1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga
2. Ajarkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018)

2.3.4 Implementasi

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI, 2018)

Implementasi dari Asuhan keperawatan pada Lansia yang mengalami gangguan kebutuhan keamanan dengan Masalah Keperawatan Risiko Cedera di UPT PSTW Kabupaten Magetan adalah :

Pencegahan cedera (SIKI, 2018) :

1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
3. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah
4. Sediakan pencahayaan yang memadai
5. Gunakan lampu tidur selama jam tidur
6. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis. penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan, dan lokasi kamar mandi)
7. Gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera serius
8. Sediakan alas kaki anti slip
9. Sediakan pispot/urinal untuk eliminasi di tempat tidur jika perlu
10. Pastikan bel panggilan/ telepon mudah dijangkau
11. Pastikan barang pribadi mudah dijangkau
12. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan
13. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan
14. Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi/sensor pada tempat tidur/ kursi
15. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan

16. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. Tongkat atau alat bantu jalan)
17. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
18. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan.
19. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga.
20. Ajarkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.

Intervensi unggulan dalam studi kasus ini untuk diagnosis keperawatan risiko cedera adalah : Mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera.

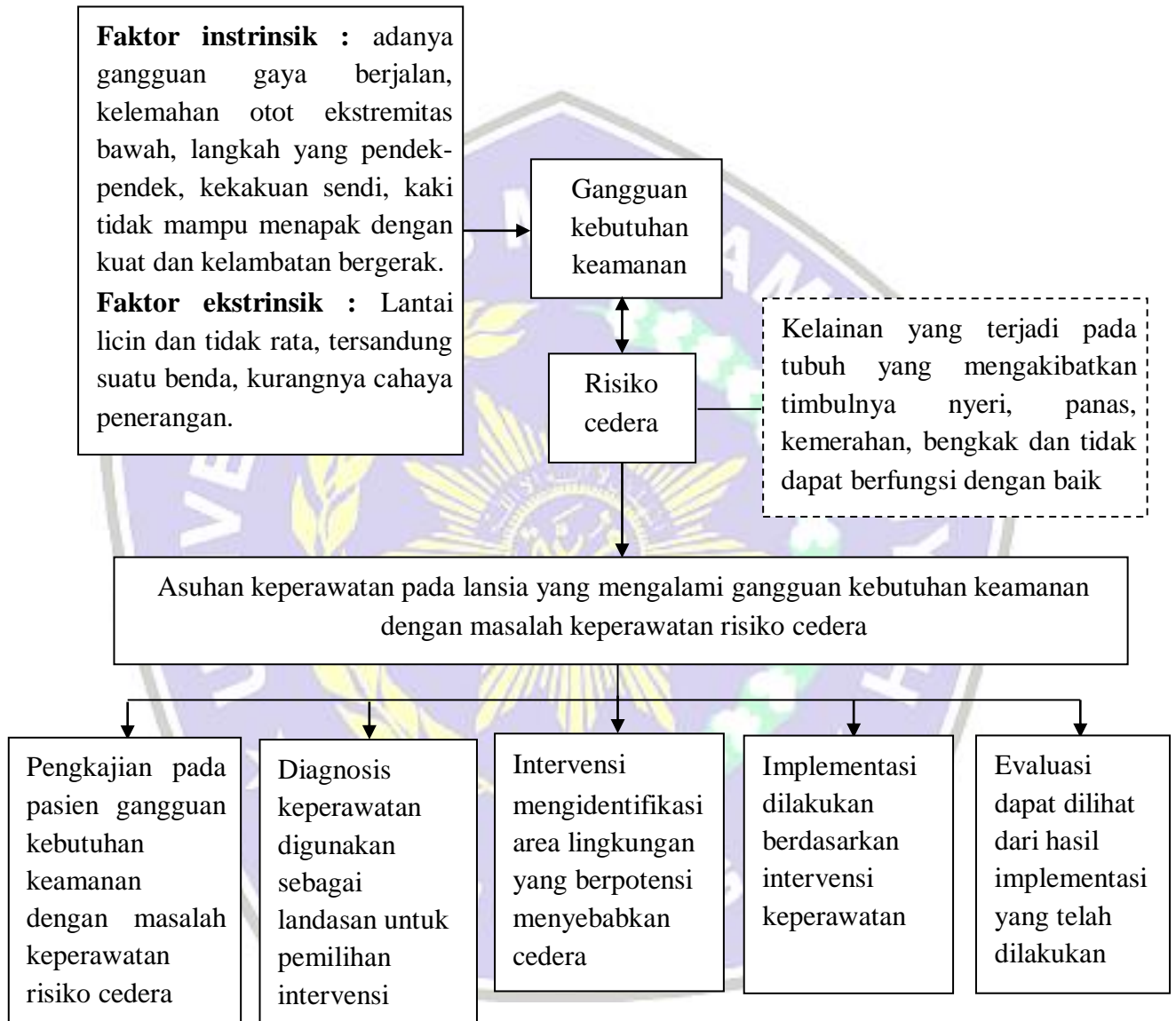
2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang diamati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Lingkungan yang aman berperan penting dalam meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan kesehatan (Ratnawati, 2018).

Peneliti mengharapkan setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan Lansia yang Mengalami Gangguan Kebutuhan Keamanan dengan masalah Keperawatan Risiko Cedera di UPT PSTW di Magetan adalah risiko mengalami cedera yang terjadi pada lansia bisa menurun.

Dengan kriteria keberhasilan yaitu toleransi aktivitas meningkat, kejadian cedera menurun, luka/lecet menurun dan gangguan mobilitas menurun.

2.3.6 Hubungan Antar Konsep



Keterangan :



= Konsep utama yang ditelaah

→ = Berpengaruh



= Tidak ditelaah dengan baik

↔ = Sebab akibat



= Berhubungan dengan

Gambar 2.2 Hubungan antar konsep pada pasien gangguan kebutuhan keamanan dengan masalah keperawatan risiko cedera

2.3.7 Segi Keislaman

Manusia diciptakan oleh Allah SWT. dengan bermacam-macam bentuk dan Allah SWT. menciptakan rangka manusia agar manusia memiliki bentuk tubuh. Allah SWT. berfirman dalam Al-Qur'an Surat Al-Qiyamah ayat 3-4 yang berarti :

“Apakah manusia mengira, bahwa kami tidak akan mengumpulkan (kembali) tulang-belulanginya? (Bahkan) Kami mampu menyusun (kembali) jari-jemarinya dengan sempurna.”

“Dan (ada pula) di antara kamu yang dikembalikan sampai usia sangat tua (pikun), sehingga dia tidak mengetahui lagi sesuatu yang telah diketahuinya.” (Qs. Al-Hajj : 5)

“Allah-lah yang menciptakan kamu dari keadaan lemah, kemudian Dia menjadikan (kamu) setelah keadaan lemah itu menjadi kuat, kemudian Dia (kamu) setelah kuat itu lemah (kembali) dan beruban. Dia menciptakan apa yang Dia Kehendaki. Dan dia Maha Mengetahui, Maha Kuasa.” (Qs. Ar-Rum : 54)

“Semakin bertambah usia semakin ditarik nikmat kekuatan tulang dan sendi kita, karena allah sedang mengingatkan bahwa tidak lama lagi nyawanya akan diambil” (Qs An-Nisa : 78).

“Semakin bertambahnya usia semakin lemah tangan menggenggam, karena Allah sedang mendidik kita agar melepaskan cinta dunia” (Qs. Hud : 15-16).

“Semakin bertambahnya usia semakin kabur mata kita, karena Allah sedang mencerahkan mata hati untuk melihat akhirat” (Qs. Al-Isra : 72)