

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO), lanjut usia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan.

Lanjut Usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Dimasa ini lansia akan mengalami keunduran fisik secara bertahap (Azizah, 2011:1).

2.1.2 Pengertian Menua

Menurut Nugroho (2000) dalam Ratnawati (2017), menua adalah proses yang terus menerus berlanjut secara alamiah, dimulai sejak lahir, dan umum dialami pada semua makhluk hidup. Sementara itu, menurut Tyson (1999), menua adalah suatu proses yang dimulai saat konsepsi dan merupakan bagian normal dari masa pertumbuhan dan perkembangan serta merupakan penurunan kemampuan dalam mengganti sel-sel yang rusak. Dapat disimpulkan bahwa menua adalah suatu proses yang terus menerus berlanjut secara ilmiah serta merupakan bagian normal dari masa pertumbuhan dan perkembangan dimana terjadinya penurunan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri.

2.1.3 Teori-teori Proses Menua

Nugroho (2006) mengelompokkan teori proses menua dalam 2 bidang, yakni biologi dan sosiologis. Masing-masing bidang tersebut kemudian dipecah lagi kedalam beberapa bagian sebagai berikut:

1. Teori Biologi

a. Teori Genetik

1) Teori *Genetic Clock*

Teori ini merupakan teori instrinsik yang menjelaskan bahwa ada jam biologis di dalam tubuh yang berfungsi untuk mengatur gen dan menentukan proses penuaan. Proses menua ini telah terprogram secara genetic untuk

speises-speises tertentu. Umumnya, di dalam inti sel setiap speises memiliki suatu jam genetic/jam biologis sendiri dan setiap dari mereka mempunyai batas usia yang berbeda-beda yang telah diputar menurut replika tertentu (Nugroho, 2006 dikutip Ratnawati, 2018).

2) Teori Mutasi Somatik

Teori ini meyakini bahwa penuaan terjadi karena adanya mutase somatic akibat pengaruh lingkungan yang buruk. Nugroho, mengamini pendapat Suhana (1994) dan Constantinides (1994) bahwa telah terjadi kesalahan dalam proses transkripsi DNA atau RNA dan dalam proses translasi RNA protein/enzim. Kesalahan yang terjadi terus menerus akhirnya menimbulkan penurunan fungsi organ atau perubahan sel menjadi kanker atau penyakit. Setiap sel tersebut kemudian akan mengalami mutasi sel kelamin sehingga terjadi penurunan kemampuan fungsional sel.

b. Teori Nongenetik

1) Teori penurunan sistem imun tubuh (*auto-immune theory*)

Pengulangan mutase dapat menyebabkan penurunan kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*self-recognition*). Seperti dikatakan Goldstein (1989) bahwa mutasi yang merusak membran sel akan menyebabkan sistem imun tidak mengenalinya. Jika tidak mengenalinya, sistem imun akan merusaknya. Hal ini lah

yang mendasari peningkatan penyakit *auto-imun* pada lajur usia.

2) Teori kerusakan akibat radikal bebas (*free radical theory*)

Teori ini terbentuk karena adanya proses metabolisme atau proses pernafasan didalam mitokondria. Radikal bebas (asap kendaraan, asap rokok, zat pengawet dan radiasi sinar UV) yang tidak stabil mengakibatkan oksidasi oksigen bahan organik, yang kemudian membuat sel tidak dapat beregenerasi (Halliwell, 1994 dikutip Ratnawati, 2018).

3) Teori menua akibat metabolisme

Teori ini menjelaskan bahwa metabolisme dapat mempengaruhi proses penuaan. Hal ini dibuktikan dalam penelitian-penelitian yang menguji coba hewan, di mana pengurangan asupan kalori ternyata bisa menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur, sedangkan perubahan asupan kalori yang menyebabkan kegemukan dapat memperpendek umur (Bahri dan Alem, 1989; Darmojo, 1999; Nugroho, 2006; Ratnawati, 2018).

4) Teori rantai silang (*cross link theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa lemak, protein, karbohidrat, dan asam nukleat (molekul kolagen) yang bereaksi dengan zat kimia dan radiasi, mengubah fungsi jaringan. Hal tersebut menyebabkan adanya perubahan pada membrane plasma yang mengakibatkan terjadinya jaringan yang kaku,

kurang elastis, dan hilangnya fungsi pada proses menua (Nugroho, 2006 dikutip Ratnawati, 2018).

5) Teori fisiologis

Teori ini terdiri atas teori oksidasi stress dan teori dipakai-us (wear and tear theory), di mana terjadinya kelebihan usaha pada stress menyebabkan sel tubuh lelah terpakai (Nugrogo, 2006 dikutip Ratnawati, 2018).

2) Teori Sosiologis

a. Teori interaksi sosial

Kemampuan lansia dalam mempertahankan interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya. Teori ini menjelaskan mengapa lansia bertindak pada situasi tertentu. Pokok-pokok *social exchange theory* menurut Nugroho (2006) dikutip Ratnawati (2017) antara lain:

- 1) Masyarakat terdiri atas aktor sosial yang berupaya mencapai tujuannya masing-masing.
- 2) Dalam upaya tersebut, terjadi interaksi sosial yang memerlukan biaya dan waktu.
- 3) Untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai, seorang aktor mengeluarkan biaya.

b. Teori aktivitas atau kegiatan

Menurut Nugroho (2006) dikutip Ratnawati (2017), teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial. Para lansia

akan merasakan kepuasan bila dapat melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut selama mungkin. Padahal secara alamiah mereka akan mengalami penurunan jumlah kekuatan secara langsung.

c. Teori kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya (Nugroho, 2006; Ratnawati, 2017). Menurutnya, ada kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia, dimana dimungkinkan pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lansia.

d. Teori pembebasan atau penarikan diri (*disengagement*)

Teori yang pertama kali diajukan oleh Cumming dan Hendri (1961) dikutip Ratnawati (2017) ini menjelaskan bahwa dengan bertambah lanjutnya usia, seseorang berangsur-angsur mulai akan melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya dengan demikian, kondisi ini akan berdampak pada penurunan interaksi sosial lansia, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga lanjut usia mengalami kehilangan ganda (*Triple loss*): Kehilangan peran (*loss of role*), hambatan kontak sosial (*restriction of contact and a relationship*), berkurangnya komitmen (*reduced commitment to social mores and values*).

2.1.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Proses Penuaan

Menurut Bandiyah (2009) dikutip Ratnawati (2018) penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Penuaan yang dialami oleh manusia terjadi sesuai dengan kronologis usia. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses tersebut antara lain sebagai berikut:

1. Hereditas atau Genetik

Kematian sel merupakan seluruh program kehidupan yang dikaitkan dengan peran DNA dalam mekanisme pengendalian fungsi sel. Secara genetik, sel perempuan ditentukan oleh sepasang kromosom X sedangkan laki-laki oleh satu kromosom X. Kromosom X ini ternyata membawa unsur kehidupan sehingga perempuan berumur lebih panjang dari pada laki-laki

2. Nutrisi atau Makanan

Nutrisi atau makanan kondisi kurang atau berlebihan nutrisi dari kebutuhan tubuh mengganggu keseimbangan rekasi kekebalan.

3. Status Kesehatan

Penyakit yang selama ini selalu dikaitkan dengan proses penuaan, sebenarnya tidak benar-benar disebabkan oleh proses menua itu sendiri. Penyakit tersebut lebih disebabkan oleh faktor luar yang merugikan, berlangsung tetap dan berkepanjangan.

4. Pengalaman Hidup

a. Paparan sinar matahari: kulit yang tidak terlindung sinar matahari akan mudah ternoda oleh flek, kerutan, dan menjadi kusam.

- b. Kurang olahraga: Kegiatan olahraga fisik dapat membantu pembentukan otot dan menyebabkan lancarnya sirkulasi darah.
- c. Mengonsumsi alkohol: alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat permukaan kulit.

5. Lingkungan

Proses menua secara biologis berlangsung secara alami dan tidak dapat dihindari, namun dengan lingkungan yang mendukung secara positif, status sehat tetap dapat dipertahankan dalam usia lanjut.

6. Stress

Tekanan hidup sehari-hari dalam lingkungan rumah, pekerjaan, maupun masyarakat yang tercemar dalam bentuk gaya hidup akan berpengaruh dalam proses penuaan.

2.1.5 Batasan-batasan Lanjut Usia

Lanjut usia dibagi oleh sejumlah pihak dalam berbagai klasifikasi dan batasan.

1. Menurut WHO

Menurut Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization*) yang dikatakan lanjut usia tersebut di bagi kedalam tiga kategori yaitu:

- a. Usial lanjut : 60-74 tahun.
- b. Usia tua : 75-89 tahun.
- c. Usia sangat lanjut : > 90 tahun.

2.1.6 Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia

1. Perubahan Fisik

a. Sistem keseluruhan

Berkurangnya tinggi dan berat badan, bertambahnya *fat to lean body, mass ratio*, dan berkurangnya cairan tubuh.

b. Sistem integument

Kulit wajah, leher, lengan, dan tangan menjadi lebih kering dan keriput karena menurunnya cairan, hilangnya jaringan adiposa, kulit pucat, dan terdapat bitnik-bintik hitam akibat menurunnya aliran darah ke kulit, menurunnya sel-sel yang memproduksi pigmen, kuku jari tangan dan kaki menjadi tebal serta rapuh. Pada wanita usia lebih dari 60 tahun, rambut wajah meningkat, rambut menipis, warna rambut kelabu, serta kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya. Fungsi kulit sebagai proteksi sudah menurun.

c. Sistem muscular

Kecepatan dan kekuatan kontraksi otot skeletal berkurang, pengecilan otot akibat menurunnya serabut otot, namun pada otot polos tidak begitu terpengaruh.

d. Sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA node dan jaringan konduksi berubah menjadi

jaringan ikat. Konsumsi oksigen pada tingkat maksimal berkurang, sehingga kapasitas paru menurun. Latihan berguna untuk meningkatkan VO_2 maksimum, mengurangi tekanan darah, dan berat badan.

e. Sistem perkemihan

Ginjal mengecil, nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, filtrasi glomerulus menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya kurang mampu memekatkan urine, BJ urine menurun, proteinuria, BUN meningkat, ambang ginjal terhadap glukosa meningkat, kapasitas kandung kemih menurun 200 ml karena otot-otot yang melemah, frekuensi berkemih meningkat, kandung kemih sulit dikosongkan pada pria akibat retensi urine meningkat. Pembesaran prostat (75% usia di atas 65 tahun), bertambahnya aliran darah renal, berkurangnya osmolalitas urine *clearance*, berat ginjal menurun 30-50%, jumlah nefron menurun, dan kemampuan memekatkan atau mengencerkan urine oleh ginjal menurun.

f. Sistem pernafasan

Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas silia, berkurangnya elastisitas paru, alveoli ukurannya melebar dari biasanya, jumlah alveoli berkurang, oksigen arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO_2

pada arteri tidak berganti, berkurangnya *maximal oxygen uptake*, dan berkurangnya reflex batuk.

g. Sistem gastrointestinal

Indera pengecap menurun; adanya iritasi yang kronis, dari selaput lender, atrofi indera pengecap (80%), hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa tentang rasa asin, asam dan pahit. Pada lambung, rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun. Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi. Fungsi absorpsi (daya absorpsi terganggu). Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah.

h. Sistem penglihatan

Perubahan sistem penglihatan pada lansia erat kaitannya dengan presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku. Otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, menurunnya lapang pandang (berkurang luas pandang, berkurangnya sensitivitas terhadap warna: menurunnya kemampuan membedakan warna hijau atau biru pada skala dan *depth perception*).

i. Sistem pendengaran

Presbiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga

dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.

j. Sistem persyarafan

Berkurangnya berat otak sekitar 10-20%, berkurangnya sel kortikal, reaksi menjadi lambat, kurang sensitive terhadap sentuhan, berkurangnya aktifitas sel T, bertambahnya waktu jawaban motorik, hantaran neuron motorik melemah, dan kemunduran fungsi saraf otonom.

k. Sistem endokrin

Produksi hampir semua hormone menurun, fungsi parathyroid dan sekresinya tidak berubah, berkurangnya ACTH, TSH, FSH, dan LH. Menurunnya aktifitas tiroid akibatnya basal metabolisme menurun, menurunnya produksi aldosterone, menurunnya sekresi hormone gonad (progesterone, estrogen dan aldosteron) bertambahnya insulin, norepinephrin, parathormone, vasopressin, berkurangnya triiodotironin, dan psikomotor menjadi lambat.

l. Sistem reproduksi

Selaput lender vagina menurun atau kering, menciutnya ovarium dan uterus, atrofi payudara, testis masih dapat memproduksi sperma meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur dan dorongan seks menetap sampai diatas

umur 70 tahun asalkan kondisi kesehatan baik, penghentian produksi ovum pada saat menopause.

2. Perubahan Kognitif

Menurut Emmelia Ratnawati (2017) faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan kognitif antara lain:

- a. Perubahan fisik, khususnya organ perasa
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan (hereditas)
- e. Lingkungan

Pada lansia, seringkali memori jangka pendek, pikiran, kemampuan berbicara, dan kemampuan motorik terpengaruh. Lansia akan kehilangan kemampuan dan pengetahuan yang telah didapatkan sebelumnya. Lansia cenderung mengalami demensia.

3. Perubahan Psikososial

- a. Pensiun

Perubahan psikososial yang dialami lansia erat kaitannya dengan keterbatasan produktivitas kerjanya. Oleh karena itu, seorang lansia yang memasuki masa-masa pensiun akan mengalami kehilangan sebagai berikut:

1. Kehilangan finansial (pendapatan berkurang).
2. Kehilangan status atau jabatan pada posisi tertentu ketika masih bekerja dulu.

3. Kehilangan kegiatan atau aktivitas.
- b. Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*).
- c. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih cepat.
- d. Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*).
- e. Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik.
- f. Timbulnya kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial.
- g. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan gambaran diri, perubahan konsep diri).

2.2 Konsep Dasar Jatuh

2.2.1 Pengertian Jatuh

Jatuh adalah suatu kejadian yang dilaporkan penderita atau saksi mata yang melihat kejadian, yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring atau terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2009).

Jatuh merupakan suatu kejadian yang menyebabkan subyek yang sadar menjadi berada di permukaan tanah tanpa disengaja. Dan tidak termasuk jatuh akibat pukulan keras, kehilangan kesadaran atau kejang. Kejadian jatuh tersebut adalah dari penyebab spesifik yang

jenis dan konsekuensinya berbeda dari mereka yang dalam keadaan sadar mengalami jatuh (Stanley, 2006).

2.2.2 Faktor Penyebab Resiko Jatuh

Faktor penyebab jatuh pada lansia dibagi menjadi 2 bagian yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik:

a. Faktor Intrinsik

1) System saraf pusat

Stroke dan TIA (*Transient Ischemic Attack*) yang menyebabkan hemiparase sering mengakibatkan jatuh pada lansia. Parkinson yang mengakibatkan kekakuan alat gerak, maupun depresi yang menyebabkan lansia tidak terlalu perhatian saat berjalan.

2) Demensia

Demensia adalah suatu sindrom klinik yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan ingatan atau memori yang menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Lansia dengan demensia menunjukkan persepsi yang salah terhadap bahaya lingkungan, terganggunya keseimbangan tubuh dan *apraxia* sehingga insiden jatuh meningkat.

3) Gangguan sistem sensorik

Gangguan penglihatan (gangguan sistem sensori) seperti katarak, glukoma, degenerasi makular, gangguan visus paska

stroke, dan reiopati diabetic meningkat sesuai dengan umur. Adanya gangguan penglihatan pada lansia menyebabkan lansia kesulitan saat berjalan sehingga lansia sering menabrak objek kemudian terjatuh. Dalam pebelitian Kerr et. all. (2011) menyatakan bahwa gangguan penglihatan memiliki resiko untuk menyebabkan kejadian jatuh atau insiden lain yang membuat cidera.

4) Muskuloskeletal

Gangguan musculoskeletal menyebabkan gangguan gaya berjalan dan keseimbangan. Hal ini berhubungan dengan proses menua yang fisiologis. Perubahan tersebut mengakibatkan kelambanan gerak, langkah yang pendek, penurunan irama, dan pelebaran bantuan basal. Kaki tidak dapat menapak dengan kuat dan cenderung mudah goyah. Keterlambatan mengantisipasi bila terpelehet, tersandung, dan kejadian tiba-tiba dikarenakan terjadi perpanjangan waktu reaksi sehingga memudahkan jatuh (Reuben, 1996; Kane, 1994; Tinneti, 1992; Campbell & Brochlehurst, 1987 dalam Darmojo, 2008).

5) Gangguan gaya berjalan

Gangguan gaya berjalan dapat disebabkan oleh karena gangguan musculoskeletal dan ini berhubungan dengan proses menua yang fisiologis. Ada beberapa gangguan gaya berjalan yang sering ditemukan pada lansia diantaranya:

a. Gangguan gaya berjalan *Hemiplegik*

Hemiplegik yaitu adanya kelemahan dan spastisitas ekstermitas *unilateral dengan fleksi pada ekstermitas atas dan bawah dalam* keadaan ekstensi sehingga berakibat kaki memanjang. Pasien harus mengayunkan sambal memutar kakinya untuk melangkah kedepan. Jenis gangguan berjalan ini ditemukan pada lesi tipe *Upper Motor Neuron (UMN)*

b. Gangguan gaya berjalan *Diplegik*

Jenis gangguan gaya berjalan ini biasanya ditemukan pada lesi *periventricular bilateral*. Ekstermitas bawah lebih lumpuh dibandingkan dengan ekstermitas atas karena *akson trakus kortikospinalis* yang mempersarafi ekstermitas bawah letaknya lebih dekat dengan ventrikel otak.

c. Gangguan gaya berjalan *Neurophaty*

Gangguan berjalan jenis ini biasanya ditemukan pada penyakit perifer dimana ekstermitas bawah bagian distal lebih sering diserang. Karena terjadi kelemahan dalam dorsifleksi kaki maka pasien harus mengangkat kakinya lebih tinggi untuk menghindari pergeseran ujung kaki dengan lantai.

d. Gangguan gaya berjalan *Miophaty*

Adanya kelainan otot, otot-otot *proksimal pelvic girdle* (tulang pelvis yang menyokong pergerakan ekstermitas bawah) menjadi lemah. Oleh karena itu, terjadi

ketidakseimbangan pelvis bila melangkah kedepan, sehingga pelvis miring ke kaki sebelahnya, akibatnya ada terjadi goyangan saat berjalan.

e. Gangguan gaya berjalan *Parkinsonian*

Terjadi *regiditas* dan *bradiknesia* dalam berjalan akibat gangguan di ganglia basalis. Tubuh membungkuk kedepan, langkah kaki memendek, lamban dan terseret disertai dengan ekspresi wajah seperti topeng.

f. Gangguan gaya berjalan *Ataxia*

Langkah berjalan menjadi melebar, tidak stabil dan mendadak akibatnya badan memutar kesamping dan jika berat badan pasien akan terjatuh. Jenis gangguan berjalan ini dijumpai pada gangguan *cerebellum*.

g. Gangguan gaya berjalan *Khoreoform*

Merupakan gangguan gaya berjalan dengan *hyperkinesia* akibat gangguan ganglia basalis tipe tertentu. Terdapat pergerakan yang ireguler seperti ular dan *involunter* baik pada ekstermitas bawah maupun atas. Gangguan gaya berjalan yang terjadi akibat proses menua tersebut antara lain disebabkan oleh: kekakuan jaringan penghubung, berkurangnya massa otot, perlambatan konduksi saraf,

penurunan visus atau lapang pandang dan kerusakan proprioseptif.

b. Faktor Ekstrinsik

1. Lingkungan

Faktor lingkungan terdiri dari penerangan yang kurang, benda-benda di lantai (seperti tersandung karpet), peralatan rumah yang tidak stabil, tangga tanpa pagar, tempat tidur atau tempat buang air terlalu rendah, lantai yang tidak rata, licin atau menurun, karpet yang tidak dilem dengan baik, keset yang tebal atau menekuk pinggirnya, benda-benda alas lantai yang licin dan mudah tergeser serta alat bantu jalan yang tidak tepat (Yuli Reny, 2014).

2. Aktivitas

Sebagian besar jatuh terjadi pada saat lansia melakukan aktivitas biasa seperti berjalan, naik atau turun tangga dan mengganti posisi. Jatuh juga sering terjadi pada lansia dengan banyak melakukan kegiatan dan olahraga, mungkin disebabkan oleh kelelahan atau terpapar bahaya yang lebih banyak. Jatuh juga sering terjadi pada lansia yang *immobile* (jarang bergerak ketika tiba-tiba ingin pindah tempat atau mengambil sesuatu tanpa pertolongan (Suyanto, 2008).

3. Obat-obatan

Jumlah obat yang diminum merupakan faktor yang bermakna terhadap penderita. Obat-obatan meningkatkan resiko jatuh

diantaranya obat golongan sedative dan hipnotik yang dapat mengganggu stabilitas postur tubuh, yang mengakibatkan efek samping menyerupai sindrom Parkinson seperti diuretic/anti hipertensi, antidepresen, antipsikotik, obat-obatan hipoglikemik dan alkohol.

2.2.3 Akibat Jatuh Pada Lansia

Jatuh dapat mengakibatkan berbagai jenis cedera, rusak fisik dan psikologis. Kerusakan fisik yang paling ditakuti dari kejadian jatuh adalah patah tulang panggul. Jenis fraktur lain yang sering terjadi akibat jatuh adalah fraktur pergelangan tangan, lengan atas dan pelvis serta kerusakan jaringan lunak. Dampak psikologis adalah walaupun cedera fisik tidak terjadi, syok setelah jatuh dan rasa takut akan jatuh lagi dapat memiliki banyak konsekuensi termasuk ansietas, hilangnya rasa percaya diri, pembatasan dalam aktifitas sehari-hari, falfobia atau fobia jatuh (Stanley, 2006).

2.2.4 Komplikasi Jatuh

Menurut Kane (1996), dalam Darmojo (2004), komplikasi-komplikasi jatuh adalah:

a) Perlukaan (*injury*)

Perlukaan (*injury*) mengakibatkan rusaknya jaringan lunak yang terasa sangat sakit berupa robek atau tertariknya jaringan otot, robeknya arteria tau vena, patah tulang atau fraktur

misalnya fraktur pelvis, femur, humerus, lengan bawah, tungkai atas.

b) Disabilitas

Disabilitas mengakibatkan penurunan mobilitas yang berhubungan dengan perlukaan fisik dan penurunan mobilitas akibat jatuh yaitu kehilangan kepercayaan diri dan pembatasan gerak.

c) Kematian

2.2.5 Pencegahan Jatuh

Menurut Tinetti (1992), yang dikutip Darmojo (2004), ada 3 usaha pokok untuk pencegahan jatuh yaitu:

a. Identifikasi faktor resiko

Setiap lanjut usia perlu dilakukan pemeriksaan untuk mencari adanya faktor intrinsic risiko jatuh, perlu dilakukan *assessment* keadaan sensorik, neurologis, musculoskeletal dan penyakit sistematis yang sering menyebabkan jatuh.

Keadaan lingkungan rumah yang berbahaya dan dapat menyebabkan jatuh harus dihilangkan. Penerangan harus cukup tetapi tidak terlalu menyilau, lantai datar tidak licin dan bersih sehingga tidak mengganggu jalan atau aktivitas lansia.

b. Penilaian keseimbangan dan gaya berjalan

Lansia harus dievaluasi bagaimana keseimbangan tubuhnya dalam melakukan gerakan pindah tempat, pindah posisi. Bila

goyangan tubuh pada saat berjalan sangat berisiko jatuh, maka diperlukan bantuan latihan oleh rehabilitasi medis.

c. Mengatur atau mengatasi faktor situasional

Faktor situasional bahaya lingkungan dapat dicegah dengan mengusahakan perbaikan lingkungan, faktor situasional yang berupa aktivitas fisik dapat dibatasi sesuai dengan kondisi kesehatan lanjut usia. Aktivitas tersebut tidak boleh melampaui batasan yang diperbolehkan baginya sesuai pemeriksaan kondisi fisik. Maka dianjurkan lanjut usia tidak melakukan aktivitas fisik yang sangat melelahkan atau berisiko tinggi untuk terjadinya jatuh.

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Lansia

Asuhan keperawatan pada lansia dimaksudkan untuk memberikan bantuan, bimbingan, pengawasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu maupun kelompok, seperti di rumah/lingkungan keluarga, panti wreda maupun puskesmas, dan di rumah sakit yang diberikan oleh perawat. Pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang

meliputi pengkajian (*Assesment*), merumuskan diagnosis keperawatan (*nursing diagnosis*), merencanakan tindakan keperawatan (*nursing intervention*), melaksanakan tindakan keperawatan (*implementation*), dan melakukan penilaian atau evaluasi (*evaluation*) (Sunaryo, dkk, 2016).

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah sebuah proses untuk mengenal dan mengidentifikasi faktor-faktor (baik positif dan negative) pada usia lanjut, baik secara individu maupun kelompok, yang bermanfaat untuk mengetahui masalah dan kebutuhan usia lanjut, serta untuk mengembangkan strategi promosi kesehatan (Azizah, 2012).

Pengkajian keperawatan pada lansia merupakan proses kompleks dan menantang yang harus mempertimbangkan kebutuhan lansia melalui pengkajian-pengkajian untuk menjamin pendekatan lansia spesifik, antara lain:

1. Pengkajian Data
 - a. Identitas Klien

Format pengkajian identitas pada lansia yang meliputi: nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, suku, agama, pekerjaan/penghasilan, dan pendidikan terakhir.

b. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan merupakan data riwayat atau masalah kesehatan yang di derita lansia pada saat ini dan masa lalu.

2. Pengkajian Fisik

- a. Pengkajian kebutuhan dasar.
- b. Kemandirian dalam melakukan aktifitas.

Tabel 2.1 Indeks Katz Kemandirian Pada Aktivitas Sehari-hari

Skor	Kemandirian	Nilai
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/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, 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 keenam fungsi tersebut	
Lain-lain	Tergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D,E atau F	

Keterangan:

Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi aktif. Pengkajian ini didasarkan pada kondisi actual klien dan bukan pada kemampuan, artinya jika klien menolak untuk melakukan suatu fungsi, dianggap sebagai tidak melakukan fungsi meskipun sebenarnya ia mampu.

Cara penilaian:

Memberikan tanda (√) pada kolom nilai sesuai dengan skor kemandirian lansia.

Tabel 2.2 Indeks Barthel

NO	KRITERIA	SKOR		NILAI
		DENGAN BANTUAN	MAN DIRI	
1	Makan	5	10	
2	Minum	5	10	
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15	
4	Personal Toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
5	Keluar masuk toilet	5	10	
6	Mandi (menyiram, menyeka tubuh)	5	15	
7	Jalan di permukaan datar	0	15	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	
12	Olahraga/Latihan	5	10	
13	Pemanfaatan waktu	5	10	

	luang/rekreasi			
Jumlah				

Penilaian:

Mandiri : 126-130

Ketergantungan sebagian : 65-125

Ketergantungan total : <60

c. Pengkajian keseimbangan

Tabel 2.3 Posisi dan Keseimbangan Lansia (Sullivan Indeks Kats)

No	Tes Koordinasi	Keterangan	Nilai
1	Berdiri dengan postur normal		
2	Berdiri dengan postur normal menutup mata		
3	Berdiri dengan kaki rapat		
4	Berdiri dengan satu kaki		
5	Berdiri fleksi trunk dan berdiri ke posisi netral		
6	Berdiri lateral dan fleksi trunk		
7	Berjalan tempatkan tumit salah satu kaki di depan jari kaki yang lain		
8	Berjalan sepanjang garis lurus		
9	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai		
10	Berjalan menyamping		
11	Berjalan mundur		
12	Berjalan mengikuti lingkaran		
13	Berjalan pada tumit		
14	Berjalan dengan ujung kaki		
Jumlah			

Keterangan: 4: mampu melakukan aktivitas dengan lengkap

3: mampu melakukan kativitas dengan bantuan

2: mampu aktivitas dengan bantuan maksimal

1: tidak mampu melakukan aktivitas.

Nilai: 42-54: mampu melakukan aktivitas

28-41: mampu melakukan sedikit bantuan

14-27: mampu melakukan bantuan maksimal

14 : tidak mampu melakukan

Tabel 2.4 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia (Tinneti ME & Ginter SF; 1998)

I. Perubahan Posisi dan Gerakan Keseimbangan			
Bangun dari kursi	Tidak bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau bergerak kebagian depan kursi terlebih dahulu	Ya	Tidak
Duduk ke kursi	Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ditengah kursi, berpegangan	Ya	Tidak
Menahan dorongan pada sternum sebanyak 3 kali	Menggerakan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya	Ya	Tidak
Mata tertutup	Menggerakan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya	Ya	Tidak
Perputaran leher	Menggerakan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh	Ya	Tidak

	sisi-sisinya, keluhan: vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil		
Gerakan menggapai sesuatu	Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara, berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untuk dukungan	Ya	Tidak
Membungkuk	Tidak mampu untuk membungkuk untuk mengambil obyek dari lantai, bisa berdiri dengan memegang obyek sekitar, memerlukan usaha-usaha multiple untuk bangun	Ya	Tidak
II. Komponen Gaya Berjalan atau Gerakan			
Gaya berjalan	Ragu-ragu, tersandung, memegang obyek untuk dukungan	Ya	Tidak
Ketinggian langkah kaki	Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi	Ya	Tidak
Kontinuitas langkah kaki	Tidak konsisten dalam mengangkat kaki, mengangkat satu kaki sementara kaki lain menyentuh kaki lain	Ya	Tidak
Kesimetrisan langkah	Panjang langkah yang tidak sama (sisi yang patologis biasanya memiliki langkah yang lebih panjang, masalah terjadi pada pinggul, lutut gerakan kaki atau otot-otot sekitarnya)	Ya	Tidak
Penyimpangan jalur	Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi	Ya	Tidak
Berbalik	Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang obyek untuk dukungan	Ya	Tidak

Nilai:

Resiko jatuh rendah : 0-5

Resiko jatuh sedang : 6-10

Resiko jatuh tinggi : 11-15

d. Pengkajian *Head To Toe* atau pengkajian per-sistem.

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, baik secara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* (kepala ke kaki) dan *review of system* (sistem tubuh).

1. Keadaan Umum

- a) Tingkat kesadaran :
- b) GCS :
- c) TTV :
- d) BB & TB :
- e) Bagaimana postur tulang belakang :
 - (a) Tegap (b) Membungkuk (c) Kifosis (d) Skoliosis
 - (e) Lordosis

2. Penilaian Tingkat Kesadaran (Kualitatif)

- a) Composmetis (kesadaran penuh).
- b) Apatis (acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya).
- c) Somnolen (kesadaran lebih rendah, yang ditandai klien tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsive terhadap rangsangan ringan tetapi masih responsive terhadap rangsangan kuat).
- d) Sopor (tidak memberikan respon ringan maupun sedang, tetapi masih sedikit respons terhadap rangsangan yang kuat, refleks pupil terhadap cahaya masih positif).
- e) Koma (tidak ada reaksi terhadap stimulus apa pun, refleks pupil terhadap cahaya tidak ada).

f) Delirium (tingkat kesadaran paling rendah, disorientasi, kacau, dan salah persepsi terhadap rangsangan).

3. Penilaian Kuantitatif

Diukur melalui GCS (*Glasgow Coma Scale*)

- a) Membuka mata/*Eye Movement* (E)
- b) Respons Verbal (V)
- c) Respons Motorik (M)

4. Indeks Massa Tubuh

- a) Berat Badan (kg)
- b) BMI :

TB (m) x TB (m)

Normal :

Laki-laki (20,1-25,0)

Wanita (18,7-23,8)

Klasifikasi Nilai :

- a. Kurang : <18,5
- b. Normal : 18,5-24,9
- c. Berlebih : 25-29,9
- d. Obesitas : >30

5. Head To Toe

- a) Kepala

Inspeksi: kulit kepala; warna, bekas lesi, bekas trauma, area terpajan sinar matahari, hipopigmentasi, hygiene, sianosis, eritema. Rambut; warna, bentuk rambut, kulit kepala, botak

simetris pada pria, rambut kering atau lembab, rapuh, mudah rontok.

Palpasi : kulit kepala; suhu dan tekstur kulit, ukuran lesi, benjolan atau tidak, nyeri tekan atau tidak.

b) Mata

Inspeksi: kesimetrisan, warna retina, kepekaan terhadap cahaya atau respon cahaya, anemis atau tidak pada konjungtiva, sklera icterus atau tidak. Ditemukan strabismus, riwayat katarak atau tidak, penggunaan alat bantu penglihatan atau tidak.

c) Hidung

Inspeksi: Kesimetrisan, kebersihan, polip, terdapat perdarahan atau tidak, olfaktorius.

Palpasi : Sinus frontal dan maksilaris terhadap nyeri tekan.

d) Mulut

Inspeksi: Kesimetrisan bibir, warna, tekstur lesi dan kelembaban serta karakteristik permukaan pada mukosa mulut dan lidah. Jumlah gigi, gigi yang karies dan penggunaan gigi palsu. Peradangan stomatitis atau tidak, kesulitan mengunyah dan menelan.

Palpasi : lidah dan dasar mulut terhadap nyeri tekan dan adanya massa.

Tes uji fungsi saraf facial dan glosofaringeal dengan memberikan perasa manis, asam, asin, manis.

e) Telinga

Inspeksi: permukaan bagian luar daerah tragus dalam keadaan normal atau tidak. Kaji struktur telinga dengan otoskop untuk mengetahui adanya serumen, otorhea, obyek asing dan lesi.

Tes uji pendengaran atau fungsi auditori dengan melakukan skrining pendengaran dilakukan secara kualitatif dengan menggunakan garpu tala dan kuantitatif dengan menggunakan audiometer. Tes suara detik jam, tes Weber, tes Rine dengan media garpu tala.

f) Leher

Inspeksi: pembesaran kelenjar thyroid, gerakan-gerakan halus pada respon percakapan, secara bilateral kontraksi otot seimbang, garis tengah trachea pada area suprasternal, pembesaran kelenjar tiroid terhadap masa simetris tak tampak pada saat menelan.

Palpasi : arteri temporalis iramanya teratur, amplitude agak berkurang, lunak, lentur dan tidak nyeri tekan. Area trachea adanya massa pada tiroid. Raba JVP (*Jugularis Vena Pleasure*) untuk menentukan tekanan pada otot jugularis.

Tes uji kaku kuduk

g) Dada thorax

a. Paru

Inspeksi: bentuk dada normal chest/barrel chest/pigeon chest, tampak adanya retraksi, irama dan frekuensi pernafasan pada usia lanjut normal 12-20 permenit. Ekspansi bilateral dada secara simetris, durasi inspirasi lebih panjang daripada ekspirasi.

Tidak ditemukan takipnea, dyspnea.

Palpasi : adanya tonjolan-tonjolan abnormal, taktil fremitus (keseimbangan lapang paru), ada nyeri tekan atau tidak, krepitasi karena defisiensi kalsium.

Perkusi : Sonora atau tidak.

Auskultasi: Vesikuler atau ada suara tambahan wheezing dan rinchi.

b. Jantung : IC tidak tampak, IC teraba di ICS V midklavikula sinistra, pekak, suara jantung tunggal.

Inspeksi: Ictus Cordis tidak tampak

Palpasi : Ictus Cordis teraba di ICS V midklavikula sinistra

Perkusi : Terdengar pekak

Auskultasi: area katup aorta, katup pulmonal, area pulmonal kedua, area trikuspidalis, untuk mengetahui keadaan abnormal pada jantung dan

organ sekitar jantung. Kaji bunyi S1, S2, S3 dan S4 murmur dan gallop.

h) Abdomen

Inspeksi: bentuk distensi, flat, simetris.

Auskultasi: bising usus dengan frekuensi normal 20 kali permenit pada kuadran 8 periksa karakternya, desiran pada daerah epigatrik.

Palpasi : adanya benjolan, permukaan abdomen, pembesaran hepar dan limfa dan kaji adanya nyeri tekan.

Perkusi : adanya udara dalam abdomen, kembung.

i) Genetalia

Inspeksi: pada pria; kesimetrisan ukuran skrotum, kebersihan, kaji adanya hemaroid pada anus. Pada wanita; kebersihan, karakter mons pubis dan labia mayora serta kesimetrisan labia mayora, klitoris ukuran bervariasi.

Palpasi : pada pria; batang lunak, ada nyeri tekan, tanpa nodulus atau dengan nodulus, skrotum dan testis mengenai ukuran, letak dan warna. Pada wanita; bagian dalam labia mayora dan minora, kaji warna, kontur kering dan kelembapannya.

j) Ekstermitas

Inspeksi: warna kuku, ibu jari dan jari-jari tangan, penurunan transparansi, beberapa distorsi dari datar normal atau permukaan agak melengkung pada inspeksi bentuk

kuku, permukaan tebal dan rapuh. Penggunaan alat bantu, deformitas, tremor, edema kaki. Kaji kekuatan otot.

Palpasi : turgor kulit hangat, dingin. Kaji reflek pada daerah brakhioradialis, trisep, patella, plantar dan kaji reflek patologis.

k) Integumen

Inspeksi: kebersihan, warna kulit, kesimetrisan, kontur tekstur dan lesi.

Palpasi : CRT < 2 detik

3. Pengkajian status kognitif/afektif

Pengkajian status kognitif/afektif merupakan pemeriksaan status mental sehingga dapat memberikan gambaran perilaku dan kemampuan mental dan fungsi intelektual. Pengkajian status mental bisa digunakan untuk klien yang beresiko delirium.

Tabel 2.5 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini?
		2	Hari apa sekarang?
		3	Apa nama tempat ini?
		4	Dimana alamat anda?
		5	Berapa anak anda?
		6	Kapan anda lahir?
		7	Siapakah presiden Indonesia saat ini?

		8	Siapakah presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapakah nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari angka baru semua secara menurun.
Jumlah			

Interpretasi:

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : fungsi intelektual kerusakan berat

Tabel 2.6 Mini-Mental State Exam (MMSE)

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan 1. Tahun 2. Musim 3. Tanggal 4. Hari 5. Bulan
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? 1. Negara 2. Provinsi 3. Kabupaten
	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas), kemudian tanya kan

				<p>kepada klien, menjawab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
3	Perhatian dan kalkulasi	5		<p>Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 100, 92, ..., ..., ...
4	Mengingat	3		<p>Meminta klien untuk menyebutkan objek pada point 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi 2. Meja 3.
5	Bahasa	9		<p>Menanyakan kepada klien tentang benda (sambil menunjuk benda tersebut).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jendela 2. Jam dinding <p>Meminta klien untuk mengulang kata berikut “tanpa, jika, dan, atau, tetapi”. Klien menjawab ..., dan, atau, tetapi.</p> <p>Meminta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah.</p> <p>Ambil pulpen di tangan anda, ambil kertas, menulis “saya mau tidur”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil pulpen 2. Ambil kertas 3. <p>Perintahkan klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 poin): “tutup mata anda”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menutup mata <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar (2 buah segi 5).</p>

Total		30		
-------	--	----	--	--

Skor:

24-30 : Normal

17-33 : Probable gangguan kognitif

0-16 : Definitif gangguan kognif

4. Pengkajian aspek spiritual

Spiritualitas merupakan sesuatu yang multidimensi, yaitu dimensi eksistensi dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, sedangkan agama lebih berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Penguasa (Hawari, 2002; Sunaryo, dkk, 2016).

Pengkajian spiritual meliputi:

- a. Pengkajian data subjektif, yang mencakup konsep ketuhanan, sumber kekuatan dan harapan, praktik agama dan ritual, dan hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan.
- b. Pengkajian data objektif, pengkajian ini mencakup afek dan sikap, perilaku, verbalisasi, hubungan interpersonal, dan lingkungan.

5. Pengkajian fungsi sosial

Pengkajian aspek fungsi sosial dapat dilakukan dengan menggunakan alat skrining singkat untuk mengkaji fungsi sosial lanjut usia, yaitu APGAR Keluarga (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*). Instrumen APGAR adalah:

Tabel 2.7 APGAR LANSIA Penilaian Fungsi Sosial Lansia

NO	FUNGSI	URAIAN	SKOR
1	Adaption	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman saat saya kesusahan	
2	Partnership	Saya puas dengan cara keluarga/teman membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalahnya kepada saya	
3	Growth	Saya puas bahwa keluarga/teman saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas yang baru	
4	Affection	Saya puas dengan cara keluarga/teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	
5	Resolve	Saya puas dengan keluarga/teman yang mau menyediakan waktu untuk bersama-sama	

Keterangan:

Selalu : 2

Kadang-kadang : 1

Tidak pernah : 0

Nilai:

Diskusi keluarga tinggi : <3

Diskusi keluarga sedang : 4-6

Tidak ada diskusi keluarga : 7-10

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

menyatakan bahwa diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu tentang masalah kesehatan actual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Semua diagnosis keperawatan harus di dukung oleh data dimana menurut NANDA diartikan sebagai definisi karakteristik. Definisi karakteristik tersebut dinamakan tanda dan gejala (NANDA, 2012-2014).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada lanjut usia dapat ditinjau dari beberapa aspek, antara lain: aspek fisik atau biologis dan aspek psikososial. Salah satu cara menentukan diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan yaitu dengan menggunakan NIC (*Nursing Intervention Classification*) dan NOC (*Nursing Outcomes Classification*).



Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan

Masalah	NOC:	NIC:	Rasional
<p>Keperawatan: Resiko Jatuh</p> <p>Definisi: Rentan terhadap peningkatan risiko jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik dan gangguan kesehatan.</p>	<p>Risk Control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko jatuh dapat diminimalkan dengan</p> <p>Kriteria Hasil: 1. Keseimbangan: Kemampuan untuk</p>	<p>Pencegahan risiko jatuh</p> <p>1. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, berdasarkan tingkat fisik dan fungsi kognitif.</p> <p>2. Identifikasi kebiasaan dan faktor risiko mempengaruhi cedera.</p> <p>3. Identifikasi</p>	<p>1. Menentukan kebutuhan pasien terhadap keamanan.</p> <p>2. Membantu petugas kesehatan mengurangi resiko cedera pasien.</p> <p>3. Menentukan faktor lingkungan penyebab tinggi jatuh.</p> <p>4. Mengetahui gaya</p>

	<p>mempertahankan keseimbangan</p> <p>2. Pasien mengenal tanda gejala yang mengindikasikan faktor resiko.</p> <p>3. Pasien dapat mengidentifikasi resiko kesehatan yang mungkin terjadi.</p> <p>4. Pengetahuan; pemahaman pencegahan jatuh.</p> <p>5. Kejadian jatuh tidak ada.</p>	<p>karakteristik dari lingkungan yang mungkin meningkatkan potensi jatuh (misalnya, lantai licin dan tangga yang terbuka).</p> <p>4. Monitor gaya berjalan dan keseimbangan.</p> <p>5. Ciptakan lingkungan yang aman untuk pasien :</p> <p>a. Taruh barang-barang yang sering diperlukan berada dalam jangkauan</p> <p>b. Gunakan karpet antislip di depan kamar mandi</p> <p>c. Pertahankan lantai supaya tidak licin</p> <p>d. Pasang pegangan tangan di tempat yang diperlukan</p> <p>e. Berikan penerangan yang memadai</p> <p>f. Hindari penggunaan furniture yang beroda</p> <p>6. Anjurkan penggunaan alat</p>	<p>berjalan dan keseimbangan.</p> <p>5. Mencegah terjadinya resiko cedera.</p> <p>6. Mengurangi resiko jatuh pada pasien dan membantu keseimbangan pasien.</p> <p>7. Menambah pengetahuan pasien.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		bantu jalan. 7. Ajarkan cara bangun dari jatuh.	
--	--	----------------------------------------------------	--

2.3.4 Implementasi Keperawatan

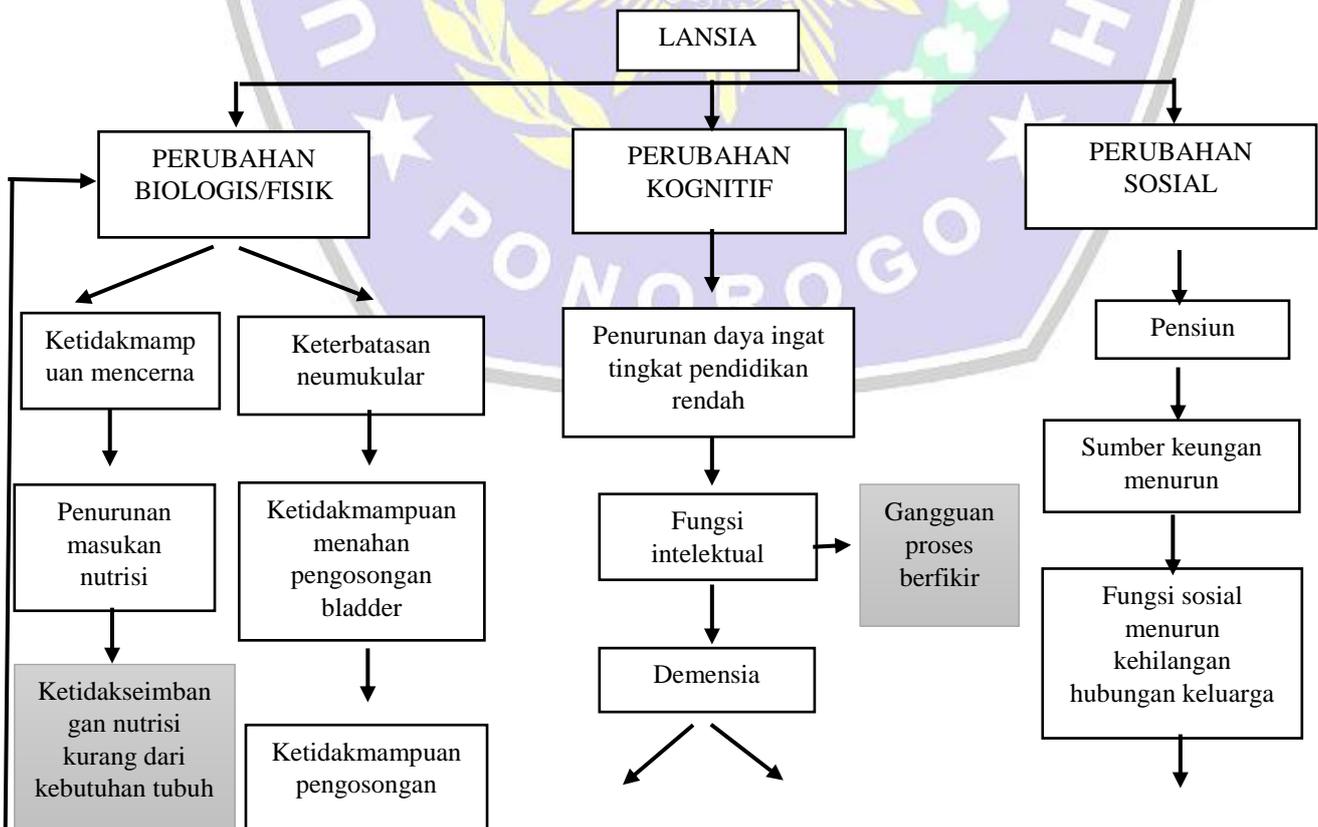
Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994; Potter & Perry, 1997; Deden, 2012).

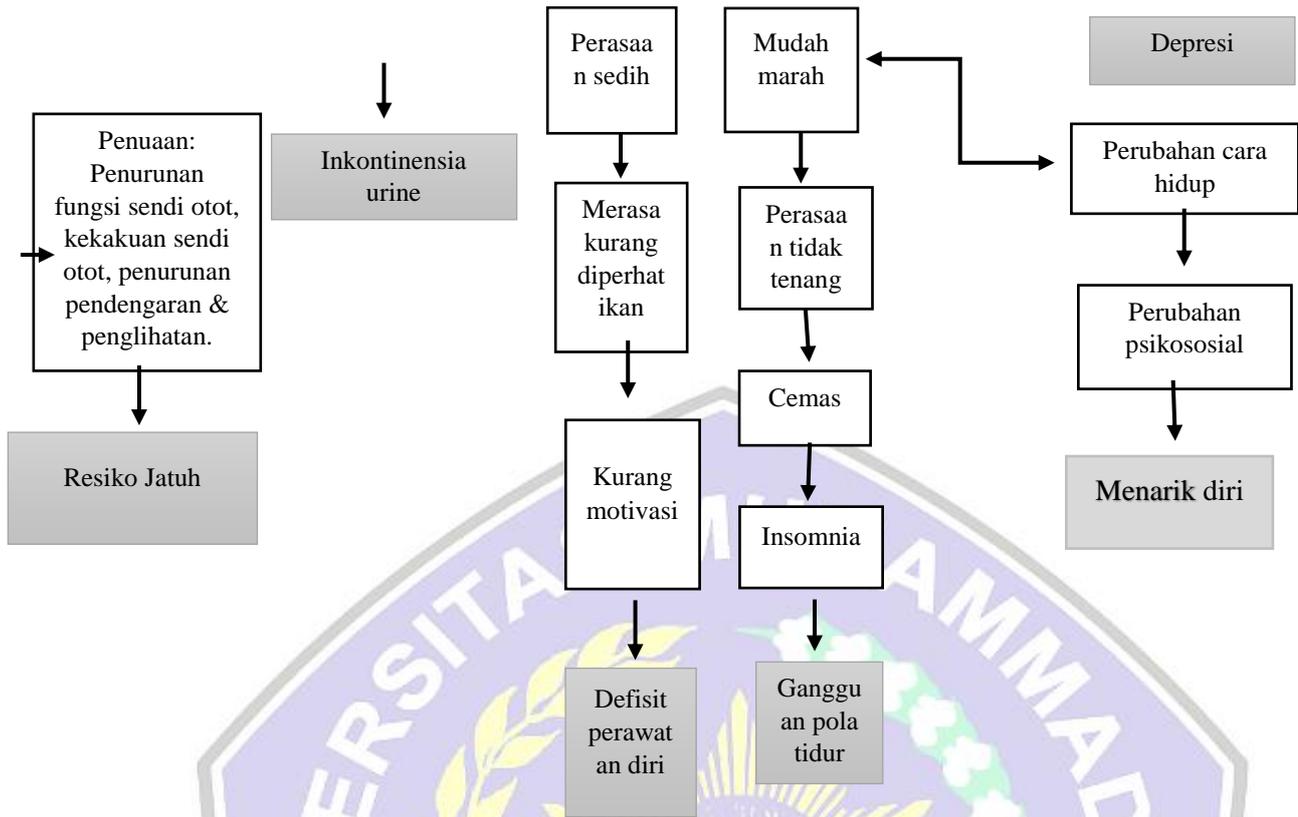
Dalam implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antara lain:

1. Individualitas klien, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan.
2. Melibatkan klien dengan mempertimbangkan energy yang dimiliki, penyakitnya, hakikat stressor, keadaan psiko-sosio-kultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi
3. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan
5. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008; Ratnawati, 2018). Setidaknya ada dua hal utama yang harus diperhatikan dalam tahap evaluasi. Pertama, perkembangan klien terhadap hasil yang sudah ia capai dan kedua adalah efektif atau tidaknya rencana keperawatan yang sudah disusun sebelumnya.





Gambar 2.1 Pathway Asuhan Keperawatan pada Lansia