



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN
PENGABAIAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ANDALAS KOTA PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

WANDA DWI PUTRI
NIM: 203110160

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN
PENGABAIAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ANDALAS KOTA PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik
Kesehatan Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu
Persyaratan untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan**

WANDA DWI PUTRI

NIM: 203110160

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

MEMORANDUM PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah (skripsi) oleh:

Nama: Winda Devi Putri
NIM: 201110140
Program Studi: D-III Keperawatan Padang
Jadual KTI: Analisis Keperawatan Pada Lansia dengan
Fraktur di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas
Kota Padang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan pengaji dan diterima sebagai persyaratan yang dipertahakan untuk memperoleh gelar AMK Madya Keperawatan Pada Program Studi D-III Keperawatan Padang.

DEWAN PENGUJI :

Ketua Pengaji	Tuamun, S.Kp, M.Kep, Sp.Kem	()
Pengaji	Ns. Vera Widi Antri, S.Kep, M.Kep	()
Pengaji	Ns. Lela Fatmala Anri, S.Kep, M.Kep	()
Pengaji	Yappi Samra, S.Kp, M.Kep, Sp. Jwb	()
Ditandatangani di	Pusat KEMENKES Padang	
Tanggal	30 Mei 2023	

Mengesahkan:

Ketua Studi D-III Keperawatan Padang



Ns. Vera Fudrianti, S.Kep, M.Kep
NIP. 197501211990012 001

Pusat KEMENKES Padang

LEMBAR PERSETUJUAN
Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Analisa Kemampuan Public Center Dengan Pengamatan di Wilayah Kerja Puskesmas Arabain Kota Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim juri/juri ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, 19 Mei 2023
Maret 2023.

Pengantar I


Ns. Yuli Yuliana Amri, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19780204 200612 2 001

Pengantar II



Hani Sumarta, S.Kep., M.Kep., Sp.K.
NIP. 19711201 200612 2 001

Mengantar
Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Padang
Poltekkes Kementerian Kesehatan RI Padang.



Ns. Yuli Yuliana Amri, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19780204 200612 2 001

Poltekkes Kementerian Kesehatan RI Padang

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Pengabaian di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2023”. Penulisan karya tulis ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma III pada Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapat bantuan, arahan dan bimbingan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep selaku dosen pembimbing I dan Ibu Heppi Sasmita, S. Kp, M. Kes, Sp. Jiwa selaku dosen pembimbing II sekaligus Wakil Direktur III Poltekkes Kemenkes RI, Bapak Tasman, SKp. M.Kep. Sp.Kom selaku penguji I sekaligus Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang dan Ibu Ns. Verra Widhi Astuti, M.Kep selaku penguji II Padang yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu dr. Weni Fitria Nazulis, M. Biomed selaku Kepala Puskesmas Andalas Kota Padang
2. Ibu Renidayati, SKp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI padang.
3. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
4. Teristimewa kepada Bapak Yuzirman dan Ibu Nofi Yanti selaku kedua orang tua peneliti dan Sdr. Vindy Rahmanda dan Tri Yunda Olivia selaku saudara peneliti yang telah memberikan support, dukungan, semangat, restu, dan kasih sayang yang tidak dapat ternilai harganya dengan apapun.
5. Sahabat dan teman-teman seperjuangan yang telah memberikan nasehat serta bantuan kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya

Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata peneliti berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan kepada pihak yang telah membantu peneliti. Dan peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, Mei 2023

Peneliti

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar:

Nama : Wanda Dwi Putri

NIM : 202110160

Tanda Tangan

A handwritten signature in black ink is written over a rectangular stamp. The stamp contains a portrait of a man and some text, but it is mostly obscured by the signature.

Tanggal : 30 Mei 2023

v

Poltekkes Kemenkes Padang

**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023
Wanda Dwi Putri**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN PENGABAIAAN DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS KOTA PADANG TAHUN
2023**

Xi + 100 halaman + 2 Tabel + 11 Lampiran

ABSTRAK

Semakin tua seseorang maka akan terjadi penurunan fungsi tubuh, sehingga meningkatkan ketergantungan yang menyebabkan resiko seseorang menjadi diabaikan. Pengabaian adalah kegagalan keluarga atau pengasuh dalam memberikan perawatan pada lansia baik disengaja ataupun tidak disengaja. Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan bagaimana asuhan keperawatan pada lansia dengan pengabaian. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang, tanggal 06 April sampai 12 Mei 2023. Desain penelitian yaitu deskriptif berbentuk study kasus dengan populasi 5 orang, sampel 1 orang lansia dipilih dengan teknik *Simple Random Sampling*. Data yang didapatkan yaitu data subjektif dan objektif yang diperoleh melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Hasil penelitian didapatkan bahwa keluarga kurang memperhatikan kebersihan dan keamanan lansia sehingga lansia hampir terjatuh di kamar mandi karena lantai licin, keluarga tidak mengantarkan klien pergi ke pelayanan kesehatan secara rutin dan juga sering meninggalkan klien sendirian di rumah. Di dapatkan 3 diagnosis utama yaitu resiko jatuh, pemeliharaan kesehatan tidak efektif, dan defisit perawatan diri. Intervensinya yaitu edukasi resiko jatuh, dukungan pengambilan keputusan, latihan fisik resiko jatuh, edukasi pengabaian, teknik nafas dalam, edukasi perawatan diri. Implementasinya yaitu edukasi resiko jatuh, senam otago, edukasi pengabaian, latihan teknik nafas dalam, edukasi perawatan diri, edukasi keselamatan lingkungan dan edukasi program pengobatan. Evaluasi keperawatan didapatkan sebagian masalah teratasi. Disimpulkan klien sudah memahami edukasi mengenai resiko jatuh, mampu melakukan senam otago, serta perawatan diri. Disarankan klien melakukan latihan senam otago 3x/minggu, teknik nafas dalam saat nyeri muncul.

Kata Kunci : Pengabaian, Keluarga, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 37 (2012 - 2022)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Wanda Dwi Putri
Tempat, tanggal lahir : Painan, 07 April 2002
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum kawin
Alamat : Ampang Tareh Lumpo, Kecamatan IV Jurai, Kabupaten Pesisir Selatan, Sumatera Barat.
Nama Orang tua
Ayah : Yuzirman
Ibu : Nofi Yanti

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	Sekolah Dasar	SD N 06 Empang Teras	2008 – 2014
2.	Sekolah Menengah Pertama	MTsN 7 Pesisir Selatan	2014 – 2017
3.	Sekolah Menengah Atas	SMA N 3 Painan	2017 – 2020
4.	D III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes Padang	2020 – 2023

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR ORISINALITAS.....	v
ABSTRAK	vi
RIWAYAT HIDUP.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat.....	6
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Lansia	7
1. Definisi Lansia.....	7
2. Batasan-batasan Lansia.....	8
3. Teori Proses Menua	8
4. Ciri-ciri Lansia.....	13
5. Perubahan-perubahan pada Lansia	14
a. Perubahan fisik.....	14
b. Perubahan Psikososial	17
B. Konsep Keluarga	19
1. Definisi Keluarga.....	19
2. Tipe Keluarga	19
3. Fungsi Keluarga.....	21
4. Struktur Keluarga	22
C. Konsep Pengabaian.....	22
1. Pengertian Pengabaian.....	22
2. Jenis Pengabaian.....	23
3. Tanda-tanda Pengabaian.....	24
4. Penyebab Pengabaian	25
D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Pengabaian	26
1. Pengkajian	26
2. Diagnosis Keperawatan	35
3. Perencanaan Keperawatan.....	36
4. Implementasi Keperawatan	59
5. Evaluasi Keperawatan	59

BAB III : METODE PENELITIAN.....	60
A. Desain penelitian	60
B. Tempat dan Waktu Penelitian	60
C. Populasi dan Sampel.....	60
D. Teknik Pengumpulan Data	62
E. Alat / Instrumen Pengumpulan Data.....	63
F. Jenis-jenis Data	63
G. Analisis.....	63
BAB IV : DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN KASUS	65
A. Deskripsi Kasus	65
1. Pengkajian	65
2. Diagnosis Keperawatan.....	73
3. Perencanaan Keperawatan.....	74
4. Implementasi Keperawatan	76
5. Evaluasi Keperawatan	78
B. Pembahasan Kasus	79
1. Pengkajian	79
2. Diagnosis Keperawatan.....	81
3. Perencanaan Keperawatan.....	85
4. Implementasi Keperawatan	90
5. Evaluasi Keperawatan	93
BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN.....	98
A. Kesimpulan.....	98
B. Saran	99

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Prioritas Masalah.....	37
Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Gantt Chart

Lampiran 2 Format Asuhan Keperawatan Keluarga

Lampiran 3 Surat izin pengambilan data dari Poltekkes ke Dinkes Kota Padang

Lampiran 4 Surat izin pengambilan data dari Dinkes ke Puskesmas Andalas

Lampiran 5 Format Skrining Lansia

Lampiran 6 Surat izin penelitian dari poltekkes ke ke Dinkes Kota Padang

Lampiran 7 Surat Selesai Penelitian

Lampiran 8 Lembar Inform Consent

Lampiran 9 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Lampiran 10 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Lampiran 11 Dokumentasi Hasil Kunjungan Keluarga

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penuaan merupakan proses seumur hidup yang tidak hanya dimulai pada titik waktu tertentu, tetapi dari awal kehidupan, dan dalam proses penuaan tersebut seseorang disebut dengan lansia (Nasrullah, 2016), seseorang yang dikatakan lansia merupakan orang yang berusia 60 tahun ke atas yang tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar fisik, mental, dan sosialnya karena faktor tertentu (Manurung et al., 2020). Lansia merupakan kelompok yang paling rentan dan memiliki angka kesakitan tertinggi dibandingkan dengan kelompok umur lainnya (Artati, 2021).

Jumlah lanjut usia di seluruh dunia saat ini di perkirakan lebih dari 629 juta jiwa dimana 1 dari 10 orang berusia lebih dari 60 tahun, dan pada tahun 2025 lanjut usia akan mencapai 1,2 milyar (Nugroho, 2008 dalam (Sari & Susanti, 2017)), Tahun 2020, terdapat 727 juta orang berusia di atas 65 tahun di dunia (United Nations, 2020 dalam (Badan Pusat Statistik, 2021)). Jumlah ini diproyeksikan menjadi dua kali lipat yaitu 1,5 miliar pada tahun 2050. Selama lima puluh tahun terakhir, proporsi lansia di Indonesia telah meningkat dari 5% pada tahun 1971 menjadi sekitar 10,7% pada tahun 2020, jumlah ini diproyeksikan akan terus berlanjut, tumbuh menjadi 19,9. % pada tahun 2045.

Di Indonesia pada tahun 2021, proporsi lansia mencapai 10,82 persen atau sekitar 29,3 juta orang, sedangkan di Provinsi Sumatera Barat sendiri jumlah penduduk lansia mencapai angka 9,86 % (Badan Pusat Statistik, 2021). Jumlah lansia di kota padang mencapai 70.061 jiwa, dengan salah satu wilayah kerja puskesmas yang memiliki jumlah kunjungan lansia tertinggi yaitu puskesmas andalas dengan jumlah 6.411 jiwa (Dinas Kesehatan Padang, 2021). Peningkatan jumlah lansia dapat menimbulkan berbagai permasalahan terkait perkembangan kehidupan bagi lansia, dimana seiring dengan adanya proses penuaan menyebabkan berbagai perubahan pada lanjut usia, antara lain perubahan biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Luthfa et al., 2021).

Hal ini dapat menyebabkan penurunan peran sosialnya, dan menimbulkan gangguan dalam pemuasan kebutuhan tersebut, yang dapat mengakibatkan peningkatan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain (Rahayu & Juanita, 2019). Meningkatnya ketergantungan lansia berdampak pada perawatan lansia yang beresiko tidak terpenuhinya semua kebutuhannya, secara tidak langsung menyebabkan kegagalan keluarga dan masyarakat dalam memberikan pelayanan kepada lansia, sehingga menyebabkan terjadinya pengabaian (Potter & Perry, 2009 dalam (Amri, 2019a)).

Pengabaian adalah kegagalan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan lansia, yang diwujudkan dalam penolakan untuk menyediakan makanan, minuman, pakaian, perumahan, kebersihan pribadi, dan perawatan medis (Andarini & Aryati, 2021). Lansia yang masuk dalam kategori teori pengabaian yaitu pergi ke pelayanan kesehatan sendiri, kekurangan nutrisi, pakaian tidak bersih, bau badan, kehilangan alat bantu seperti alat bantu jalan, alat bantu dengar, gigi palsu, kacamata serta alat bantu lainnya, luka atau lecet karena tidur terlalu lama, dimarah-marahi, diancam atau diterror, dihina, dikucilkan dari teman atau kegiatan, dehidrasi (kurang cairan), terlambat dalam melakukan pengobatan (Amri & Renidayati, 2018). Pengabaian terjadi karena kurangnya pengetahuan keluarga, ketegangan/stres pengasuh (keluarga), kekerasan serta ketergantungan lansia kepada keluarga (Amri, 2019a).

Faktor ekonomi juga berperan dalam pengabaian di kalangan lansia, akibat besarnya dampak modernisasi, banyak keluarga yang mengabaikan lansia karena sibuk mencari uang, sehingga menyebabkan lansia terabaikan, namun ketergantungan mereka pada orang terdekat (pengasuh) meningkat, seiring bertambahnya usia yang berarti lansia juga rentan terhadap pengabaian (Yadav & Paudel, 2016 dalam (Andarini & Aryati, 2021)). Pengabaian orang tua dikaitkan dengan anak-anak yang bekerja dan tidak bekerja, yang tidak memiliki pasangan, yang memiliki kesehatan yang buruk, dan yang memiliki cacat (Ezalina, 2019).

Sejalan dengan itu, pada laporan administration of aging, 1998 dalam (Alif & Darmiati, 2022), terjadi pengabaian terhadap lansia di Amerika sebesar 49%, kekerasan emosional 26% dan lansia di tinggalkan sendiri sebesar 3%. Di Indonesia, mengabaikan juga adalah kasus yang paling banyak di alami oleh lansia yaitu sebesar 68,55%. Penelitian yang dilakukan (Amri, 2019a) di kelurahan X Kota Padang Sumatera Barat, dimana jumlah sampel yang diambil sebanyak 87 orang, dan didapatkan lebih dari separuh lansia yaitu 59,6% mengalami pengabaian rendah pada lansia.

Untuk mengatasi permasalahan pengabaian, diperlukan dukungan keluarga dalam membantu lansia untuk dapat beradaptasi dengan proses penuaan, kurangnya dukungan keluarga, menyebabkan masalah psikologis bagi lansia (Luthfa et al., 2021). Selain itu dalam mengatasi pengabaian, keluarga harus memiliki pengetahuan tentang merawat dan melayani lansia di rumah, serta memperluas pengetahuan tentang pengabaian pada lansia, terutama agar lansia dapat menikmati sisa hidupnya dengan nyaman dan tenang (Amri, 2019a). Perawat juga memiliki peran yang sangat penting dalam mengatasi masalah lansia, dimana peran perawat diantaranya sebagai pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, pendidik/penyuluh kesehatan, koordinator, konselor, panutan (*role model*), pemodifikasi lingkungan, konsultan, advokat, pengelola, peneliti dan pembaharu (*inovator*) (Hidayat, 2021).

Dalam membantu lansia yang mengalami pengabaian perawat berperan dengan cara mempermudah lansia dalam memperoleh informasi kesehatan serta pengetahuan yang berhubungan dengan pengabaian seperti perawat melakukan kunjungan rumah dan mensosialisasikan bagaimana cara menjaga supaya tingkat pengabaian tidak menjadi tinggi pada saat melakukan kegiatan posbindu (Dewi et al., 2018). Selain itu berkaitan dengan aspek budaya dimana salah satu peran perawat yang dapat dilakukan yaitu sebagai edukator, dimana perawat dapat mengubah mindset keluarga mengenai lansia sehingga keluarga nantinya mengetahui tentang pengabaian. Penduduk lanjut usia masih sering dianggap beban dan untuk merubah mindset lansia sebagai beban

membutuhkan komitmen dan dukungan semua pihak termasuk keluarga dan kerabat lansia (Perguna, 2016).

Hasil Penelitian yang dilakukan oleh (Pitaloka, 2018) mengenai keperawatan lansia komprehensif dengan pendekatan teori *family centered nursing* dan *functional consequences* dalam pencegahan pengabaian lansia dalam keluarga dimana keperawatan lansia komprehensif dengan pendekatan teori *family centered nursing* dan *functional consequences* yang berkaitan dengan faktor struktur peran, fungsi keperawatan keluarga, fungsi ekonomi, stress jangka panjang, kesehatan fungsi, informasi, kondisi patologis lansia dimana ketujuh faktor tersebut berfungsi untuk mencegah pengabaian pada lansia.

Survey pendahuluan pada tanggal 25 November 2022 menunjukkan kunjungan lansia di Puskesmas Andalas kota Padang 3 bulan terakhir mencapai 600-1000 setiap bulannya, dimana jumlah ini terbilang menurun dimana biasanya jumlah kunjungan lansia setiap bulannya mencapai angka 700-1200 kunjungan setiap bulannya. Wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang terdiri atas 7 kelurahan, salah satunya yaitu kelurahan Sawahan Timur dengan kunjungan lansia terbanyak 3 bulan terakhir yaitu lansia dari RT 02 RW 04 Sawahan Timur yang akan dijadikan tempat penelitian, dengan jumlah lansia yang dicurigai mengalami pengabaian berdasarkan wawancara dengan kader sekitar 5 orang lansia.

Hasil wawancara salah seorang lansia dari RT 02 RW 04 yang pergi ke Puskesmas Andalas kota Padang dimana lansia pergi sendiri, tanpa ada keluarga yang menemaninya, dengan kondisi lansia sudah mulai sulit untuk berjalan, sehingga menggunakan tongkat, serta bau badan, Ketika ditanya kenapa tidak ada yang menemani, lansia mengatakan keluarganya sibuk bekerja sehingga tidak ada yang bisa menemaninya, di rumah lansia tinggal bersama anak dan cucunya. Lansia mengatakan pernah 3 kali terjatuh, karena kondisi lantai kamar mandi yang licin karena tidak dibersihkan oleh anaknya, selain itu untuk mandi pun lansia hanya mandi 1 atau 2 hari sekali karena

tidak ada keluarganya yang mau membantunya, dan untuk makan pun bisa dibilang lansia hanya makan 2 kali sehari karena anaknya tidak menyiapkan makanan untuknya.

Selain itu juga ada seorang lansia yang diantar oleh keluarga, namun hanya sekedar untuk mengantarkan saja dan tidak acuh kepada lansia, dan ada lansia yang menggunakan pakaian kotor, badan lansia berbau, lansia dimarah-marahi anaknya, serta lansia yang badannya terlihat kurus. Untuk mengatasi masalah pengabaian pada lansia, perawat tampak belum optimal menggali masalah psikologis terhadap lansia, dimana perawat memberikan pelayanan kesehatan sesuai keluhan penyakit yang dikeluhkan pasien saja. Dengan adanya fenomena tersebut peneliti tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Pengabaian di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas kota Padang”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang

- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Keluarga

Asuhan keperawatan ini bermanfaat bagi keluarga untuk menambah pengetahuan keluarga tentang pengabaian agar nantinya keluarga dapat memenuhi kebutuhan lansia baik fisik, psikologis, maupun finansialnya dan dapat meningkatkan kesadaran pada keluarga terhadap sikap dan perilaku yang akan membuat keluarga melakukan pengabaian pada lansia.

2. Bagi pengembangan keilmuan

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi peneliti yaitu dalam rangka pengembangan keilmuan dimana dapat dijadikan sebagai salah satu bentuk pembelajaran, untuk menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada lansia dan meningkatkan keterampilan dalam melakukan penelitian keperawatan. selain itu hasil studi kasus ini nantinya juga dapat dimanfaatkan bagi penulis berikutnya untuk dijadikan sebagai salah satu referensi dalam melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan pengabaian.

3. Bagi Intitusi tempat penelitian

Bagi institusi tempat penelitian laporan hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan sumbangan fikiran dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia, serta mampu mengembangkan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga dan masyarakat. Selain itu hasil karya tulis ilmiah ini nantinya juga dapat dijadikan sebagai salah satu sumber data tambahan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Defenisi Lansia

Usia lanjut atau menua merupakan suatu kondisi yang terjadi dalam kehidupan manusia. Penuaan adalah proses seumur hidup yang tidak hanya dimulai pada titik waktu tertentu, tetapi dari awal kehidupan. Penuaan adalah proses alami, artinya seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu masa kanak-kanak, dewasa, dan usia tua dimana masuk usia tua mengalami baik secara fisik yaitu dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi ompong, penglihatan kabur, gerakan yang mulai melambat, serta pendengaran yang mulai berkurang (Nasrullah, 2016).

Lansia adalah seseorang yang berusia di atas 60 tahun tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar fisik, mental, dan sosialnya karena faktor-faktor tertentu. Dalam populasi, lansia merupakan orang yang berusia di atas 60 tahun serta berkaitan dengan hal-hal yang berbaur dengan kependudukan (Manurung et al., 2020). Sejalan dengan hal tersebut (Kholifah, 2016) menjelaskan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun, dimana penuaan bukanlah suatu penyakit, tetapi itu adalah proses yang mengarah secara bertahap terhadap perubahan kumulatif, yaitu proses yang mengurangi ketahanan menanggapi rangsangan internal dan eksternal.

Dimana, di dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 yang menjelaskan bahwa Lanjut Usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun dimana lansia potensial adalah lansia yang masih produktif melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat digunakan untuk menghasilkan barang atau jasa, sedangkan lansia nonpotensial adalah lansia yang tidak mampu menghidupi dirinya sendiri, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2. Batasan - batasan Lanjut Usia

Batasan lanjut usia berdasarkan pendapat para ahli dalam Nasrullah, (2016) adalah sebagai berikut :

- a. WHO membagi batasan lanjut usia atas : 1). Usia pertengahan (*middle age*); yaitu kelompok usia (45-59 tahun); 2). Lanjut usia (*eldery*) yaitu antara (60-74 tahun); 3). Lanjut usia (*old*) yaitu antara (75 dan 90 tahun); 4). Usia sangat tua (*very old*) yaitu diatas 90 tahun.
- b. Setyonegoro mengungkapkan lanjut usia dikelompokkan sebagai berikut : 1). Usia dewasa muda (*eldery adulthood*) yaitu usia 18 / 20 – 15 tahun; 2). Usia dewasa penuh (*Middle years*) atau maturitas yaitu usia 25 – 60 / 65 tahun; 3). Lanjut usia (*Geriatric age*) yaitu usia lebih dari 65 / 70 tahun, yang terbagi lagi menjadi : a. Usia 70 – 75 tahun (*young old*); b. Usia 75 – 80 tahun (*old*); c. Usia lebih dari 80 tahun (*very old*).
- c. Mohammad membagi perkembangan manusia atas : 1). Usia 0-1 tahun (masa bayi); 2). Usia 1-6 tahun (masa prasekolah); 3). Usia 6-10 tahun (masa sekolah); 4). Usia 10-20 tahun (masa pubertas); 5). Usia 40-65 tahun (masa setengah umur, prasenium); 6). Usia 65 tahun ke atas (masa lanjut usia, senium).

3. Teori Proses Menua

Teori proses menua berdasarkan pendapat para ahli antara lain terdiri atas :

a. Teori Biologi

1) Teori *Genetik Clock*

Teori ini menyatakan bahwa proses penuaan terjadi melalui program genetik di dalam inti sel. Jam ini berputar dalam siklus yang konstan, dan miosis berhenti ketika jam ini berhenti berputar. Hal ini tergambar dari hasil penelitian dari teori pembelahan sel pada kultur dengan umur mutasi somatik (*error catastrophe theory*). Pertimbangan penting lainnya ketika menganalisis faktor yang mendorong proses penuaan adalah faktor lingkungan yang mendorong mutasi somatik.

Menurut teori ini, radiasi dan bahan kimia dapat memperpendek umur, dan mutasi progresif pada DNA sel somatik menyebabkan penipisan sel-sel fungsional ini ((Nasrullah, 2016); (Horan M, 1997 dalam (Sunaryo et al.,2016))). Sejalan dengan hal tersebut (Kholifah, 2016) menjelaskan bahwa menua telah terprogram secara genetik untuk spesies – spesies tertentu. Penuaan terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang terprogram dengan molekul / DNA dan setiap sel yang akan mengalami waktu mutasi.

2) Teori *Error*

Menurut teori ini, proses penuaan disebabkan oleh akumulasi berbagai macam kesalahan dalam kehidupan manusia. Kesalahan ini dapat menyebabkan kerusakan metabolisme, sehingga menyebabkan kerusakan sel dan penurunan fungsi sel (Nasrullah, 2016). Sejalan dengan hal tersebut (Sunaryo et al.,2016) menyatakan dengan adanya mutasi progresif di DNA sel somatik akan menimbulkan penurunan dalam kemampuan fungsi sel tersebut. Adanya kelebihan dalam usaha serta stress dapat mengakibatkan sel – sel tubuh lelah (rusak) (Kholifah, 2016).

3) Teori Autoimun

Proses penuaan dapat disebabkan oleh perubahan protein pasca translasi yang menyebabkan sistem imun tubuh kehilangan pengenalan dirinya (*self-recognition*), dimana mutasi somatik dapat menyebabkan kelainan permukaan sel. Sel-sel yang telah mengalami perubahan ini, dianggap sel asing dan dihancurkan. Hal ini dibuktikan dengan meningkatnya prevalensi antibodi pada usia lanjut. Di sisi lain, sistem kekebalan tubuh sendiri menjadi kurang tahan terhadap penuaan dan kurang mampu menyerang antigen, sehingga sel-sel yang sakit berkembang biak seiring bertambahnya usia (Nasrullah, 2016).

Berbeda dengan (Goldstein, 1989 dalam (Sunaryo et al.,2016) yang menyatakan bahwa dalam kegiatan metabolisme tubuh, pada suatu waktu akan diproduksi suatu zat khusus sehingga, ada jaringan

tertentu di dalam tubuh yang tidak tahan dengan zat tersebut yang nantinya akan membuat jaringan tubuh menjadi lemah, sakit ataupun mati. Sistem immune akan efektif dengan bertambahnya usia, sehingga masuknya virus dapat mengakibatkan kerusakan pada organ tubuh (Kholifah, 2016).

4) Teori *Free Radikal*

Radikal bebas dapat terbentuk di alam, radikal bebas tidak stabil (gugus atom) menyebabkan oksidasi oksigen dalam bahan organik seperti misalnya karbohidrat dan protein, dimana radikal bebas ini dapat memblokir sel untuk meregenerasi ((Kholifah, 2016); (Masdani, 2002 dalam (Sunaryo et al.,2016)). Penuaan dapat terjadi karena interaksi komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas meliputi spoksida (O₂), radikal hidroksil, dan H₂O₂. Radikal bebas sangat reaktif dan karenanya sangat berbahaya. Artinya dapat bereaksi dengan DNA, protein dan asam lemak tak jenuh. Seiring bertambahnya usia, proses destruktif berlanjut saat radikal bebas terbentuk, menyebabkan kerusakan lebih lanjut pada organel dan akhirnya kematian sel (Nasrullah, 2016).

5) Teori Kolagen

Olahraga berlebihan dan stres menyebabkan kerusakan sel-sel tubuh. Peningkatan jumlah kolagen dalam jaringan menyebabkan kerusakan jaringan yang cepat dan memperlambat perbaikan sel jaringan. (Nasrullah, 2016). Sel tua atau usang, dimana reaksi kimianya membentuk ikatan yang kuat, terutama jaringan kolagen. Pengikatan ini menyebabkan kurangnya fleksibilitas, kekacauan dan hilangnya fungsi (Kholifah, 2016).

b. Teori Psikososial

1) *Activity theory*

Penuaan secara langsung terkait dengan penurunan aktivitas (Nasrullah, 2016). Berbeda dengan (Sunaryo et al.,2016) yang menyatakan bahwa lansia yang sukses merupakan lansia yang mengikuti banyak kegiatan sosial. Lansia yang aktif lebih bahagia

dengan kehidupan mereka, konsep diri berhubungan dengan peran, dan peran sebelumnya harus diganti dengan peran baru agar tetap aktif (Kholifah, 2016).

2) *Continuity theory*

Kehadiran kepribadian yang gigih yang menyebabkan pola perilaku yang meningkatkan stress (Nasrullah, 2016). Perubahan yang ada pada lansia itu sendiri dipengaruhi dengan tipe kepribadian yang dimilikinya ((Sunaryo et al.,2016); (Kholifah, 2016))

3) *Dissaggregation theory*

Pemisahan dari dunia luar serta masyarakat, hubungan dengan orang lain (Nasrullah, 2016). Sejalan dengan hal tersebut (Sunaryo et al.,2016); (Kholifah, 2016)) menjelaskan bahwa Berubahnya usia seseorang, secara bertahap orang tersebut akan memisahkan diri dari kehidupan sosialnya.

4) *Theory stratifikasi usia*

Karena orang dikategorikan berdasarkan usia dan mempercepat proses penuaan (Nasrullah, 2016). Berbeda hal nya dengan (Manurung et al., 2020) yang menyatakan bahwa interdependen yang tinggi antara lansia dan masyarakat.

5) *Jung Theory*

Sifat dasar dari manusia itu siniri terdiri atas dua yaitu introver dan ekstrover dimana ketika individu telah berada pada pada usia lansia ia akan cenderung untuk introver sehingga ia lebih suka bernostalgia tentang kehidupan masa lalunya (Sunaryo et al.,2016). Berbeda hal nya dengan pendapat dari (Nasrullah, 2016) yang mnyatakan ada tingkatan kehidupan yang memiliki tugas dalam perkembangan kehidupan.

c. Teori Sosiologis

1) Teori aktivitas atau kegiatan

Teori aktivitas atau kegiatan sbagaimana diungkap oleh (Nasrullah, 2016) menyatakan bahwa : a) Lansia yang sukses adalah mereka

yang aktif dan berpartisipasi dalam banyak kegiatan sosial; b) Orang yang lebih tua merasa puas jika mereka dapat berpartisipasi dalam kegiatan dan mempertahankannya selama mungkin; c) Ketinggian optimal (gaya hidup) untuk gaya hidup lanjut usia terus berlanjut; d) Pertahankan hubungan yang stabil antara sistem sosial dan individu sejak usia paruh baya.

Sejalan dengan hal tersebut (Sunaryo et al.,2016) juga menyampaikan bahwa lansia yang berhasil adalah lansia yang mengikuti serta aktif dalam berbagai kegiatan sosial, dimana ukuran pola hidup dilanjutkan terhadap cara hidup lansia serta cara mempertahankan hubungan antar sistem sosial. Lansia yang aktif lebih bahagia dengan kehidupan mereka. Konsep diri berhubungan dengan peran, dan peran sebelumnya harus diganti dengan peran baru agar tetap aktif (Manurung et al., 2020).

2) Teori kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian dan perilaku lansia tidak berubah. Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada orang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh ciri-ciri kepribadiannya. Teori ini menunjukkan bahwa ada kontinum dalam siklus hidup orang tua. Oleh karena itu, pengalaman hidup seseorang adalah gambaran dirinya setelah ia menjadi tua. Hal ini tercermin dalam cara orang hidup, perilaku mereka, dan harapan mereka, yang tidak berubah seiring bertambahnya usia ((Sunaryo et al.,2016); (Nasrullah, 2016); (Kholifah, 2016)).

3) Teori pembebasan (*Disengagement Theory*)

Teori pembebasan membahas tentang putusnya hubungan atau hubungan dengan masyarakat dan kematian individu. Teori ini pertama kali dikemukakan oleh Cumming dan Henry (1961). Teori ini menunjukkan bahwa seiring bertambahnya usia, mereka secara bertahap menarik diri dari kehidupan sosial atau menarik diri dari lingkungan mereka, terutama jika digabungkan dengan kemiskinan ((Nasrullah, 2016); (Sunaryo et al.,2016); (Kholifah, 2016)).

4. Ciri-ciri lansia

Ciri lansia sebagaimana dijelaskan oleh (Kholifah, 2016) diantaranya yaitu: a) Lansia merupakan periode kemunduran, menurunnya populasi lansia sebagian disebabkan oleh faktor fisik dan psikologis; b) Lansia memiliki status kelompok minoritas, kondisi ini merupakan akibat dari sikap sosial yang kurang baik terhadap orang yang lebih tua, yang diperkuat dengan pendapat yang kurang baik; c) Menua membutuhkan perubahan peran, pembalikan peran ini dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran di setiap kesempatan; d) Penyesuaian buruk pada lansia, perilaku yang buruk terhadap orang tua membuat mereka rentan terhadap konsep diri yang buruk, yang mengarah pada perilaku buruk sehingga menyebabkan adaptasi pada lansia buruk.

Sedangkan (Manurung et al., 2020) menyatakan bahwa ciri-ciri lansia yaitu orang yang lebih tua, dengan usia di atas 60 tahun, ini berlaku untuk semua suku. Ciri lain yaitu orang yang lebih tua akan memiliki cucu, berlaku untuk semua suku, kecuali suku di Kalimantan Barat dimana yang dimaksud lansia adalah mereka yang sudah memiliki cicit. Ciri lainnya adalah mereka yang sering sakit atau lemah fisik, dimana ciri ini berlaku untuk suku Batak, Jawa dan Sasak, serta suku Bima (Manurung et al., 2020). Ciri lansia yang dikemukakan oleh (Keliat, 1999 dalam (Maryam et al., 2012)) diantaranya yaitu : 1) Individu yang berusia lebih dari 60 tahun; 2) Kebutuhan serta masalah yang bervariasi mulai dari rentang sehat sakit, kondisi yang adaptif sampai maladaptif, kebutuhan biopsikososial sampai spiritual; 3) Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

5. Perubahan-Perubahan Pada Lansia

a. Perubahan Fisik

1. Sistem Integumen

Kulit lansia mengalami atrofi, kendur, tidak elastis, kering, dan berkerut. Kulit menjadi dehidrasi, tipis dan berjerawat. Kulit kering disebabkan oleh atrofi kelenjar sebaceous dan keringat,

mengakibatkan munculnya pigmen coklat pada kulit yang dikenal sebagai chloasma (Kholifah, 2016), sejalan dengan hal tersebut (Maryam et al., 2012) menyatakan perubahan pada lansia yaitu adanya keriput, kulit kepala dan rambut menipis serta memutih, elastisitas mengalami penurunan, rambut yang terdapat pada telinga dan hidung menebal, serta tumbuhnya kuku kaki yang berlebihan.

Sedangkan perubahan yang terjadi pada lansia seperti dikemukakan oleh (Manurung et al., 2020) antara lain : a) Proliferasi epidermal menurun; b) Kelembaban kulit menjadi menurun; c) Suplai darah ke kulit menurun; d) Dermis akan menipis; e) Kelenjar keringat menjadi berkurang; f) Kulit menjadi kering; g) Pigmentasi menjadi irregular; h) Kuku akan mudah patah; i) Kulit menjadi berkerut; j) Elastisitas akan semakin berkurang; k) Sensitivitas kulit juga menjadi menurun.

2. Sistem Indra

Pendengaran dimana terjadi defisit preaural (tuli) karena kehilangan kinerja telinga bagian dalam, terutama suara dan nada bernada tinggi, bicara cadel, dan kesulitan memahami kata (Kholifah, 2016). Tulang pendengaran akan mengalami kekakuan, serta adanya gangguan pendengaran ((Maryam et al., 2012); (Manurung et al., 2020)). Sedangkan pada penglihatan (Nasrullah, 2016) menyatakan, terjadinya sklerosis sfingter pupil, reaksi terhadap cahaya menghilang, kornea berbentuk bulat (globular), lensa lebih gelap (berawan di lensa), berkembangnya katarak, menyebabkan gangguan penglihatan, adaptasi lambat terhadap kegelapan, kesulitan melihat dalam gelap, munculnya presbiopia, kesulitan melihat dekat karena berkurangnya elastisitas lensa.

3. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan muskuloskeletal pada orang dewasa yang lebih tua: jaringan ikat (kolagen dan elastin), tulang rawan, tulang, otot dan sendi berubah. Tulang rawan: tulang rawan pada persendian

menjadi lunak, berbutir, dan permukaan persendian menjadi rata. Tulang rawan pada persendian menjadi lebih rentan terhadap gesekan karena, berkurangnya kemampuan tulang rawan untuk beregenerasi dan kecenderungan degenerasi yang terjadi untuk berkembang. Tulang: kehilangan kepadatan tulang yang teramati adalah bagian dari proses penuaan fisiologis yang menyebabkan osteoporosis dan nyeri lainnya, kelainan bentuk dan patah tulang (Kholifah, 2016).

Otot: perubahan terkait usia dalam struktur otot sangat bervariasi, dengan penurunan jumlah dan ukuran serat otot dan peningkatan jaringan ikat dan adiposa otot. Sendi: pada orang tua, jaringan ikat di sekitar sendi seperti tendon, ligamen, dan fasia mengalami elastisitas terkait usia (Kholifah, 2016). Sedangkan ((Maryam et al., 2012); (Manurung et al., 2020)) menyatakan dengan adanya penurunan dari cairan tulang sehingga akan menyebabkan terjadinya osteoporosis, bungkuk, kaku sendi, tremor, kram serta tendon mengerut serta mengalami sklerosis.

4. Sistem Kardiovaskuler

Meningkatnya massa jantung, hipertrofi ventrikel kiri, sehingga menurunkan peregangan jantung karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh akumulasi lipofusin, klasifikasi nodul sa, dan konversi jaringan konduktif menjadi jaringan ikat (Kholifah, 2016). Katub jantung menebal dan kaku, menurunnya kemampuan memompa darah, menurunnya elastisitas pembuluh darah, serta meningkatnya tekanan darah (Maryam et al., 2012). Sedangkan perubahan kardiovaskuler yang diungkapkan (Manurung et al., 2020) antara lain : a) Adanya pengerasan pembuluh darah; b) Hipertrofi dinding ventrikel kiri; c) Vena menjadi tebal, kurang elastis; d) Perubahan dalam mekanisme konduksi; e) Adanya peningkatan resistensi perifer.

5. Sistem Respirasi

Selama proses penuaan, ada perubahan pada jaringan ikat paru-paru, di mana volume total paru-paru dipertahankan, tetapi kapasitas cadangan paru-paru meningkat untuk mengkompensasi ruang paru-paru yang membesar, sehingga mengurangi jumlah udara yang masuk ke paru-paru. Perubahan pada otot, tulang rawan, dan sendi dada mengganggu pernapasan dan mengurangi kelenturan dada (Kholifah, 2016). Sedangkan ((Manurung et al., 2020); (Maryam et al., 2012)) mengungkapkan perubahan yang terjadi yaitu menurunnya otot-otot pernafasan, menurunnya elastisitas paru, meningkatnya kapasitas residu, melebarnya alveoli.

6. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan yaitu penurunan produksi seperti kehilangan gigi, berkurangnya rasa, berkurangnya rasa lapar, berkurangnya fungsi secara signifikan akibat penurunan aliran darah ((Kholifah, 2016); (Maryam et al., 2012); (Kusumo, 2020)).

7. Sistem Perkemihan

Dalam sistem kemih banyak fitur yang terdegradasi, misalnya, memperlambat laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal (Kholifah, 2016). Menurunnya aliran darah ke ginjal, menurunnya penyaringan pada glomerulus, menurunnya fungsi tubulus sehingga menyebabkan menurunnya kemampuan mengonsentrasi urine (Maryam et al., 2012).

8. Sistem Saraf

Sistem saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi progresif di serabut saraf pada orang tua. Orang tua mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Kholifah, 2016). Sedangkan (Manurung et al., 2020) menyatakan bahwa perubahan saraf pada lansia antara lain : a) Sukar bicara; b) Gerakan otot (kagok); c) Gangguan pengenalan seseorang; d) Sukar tidur (insomnia); e) Daya ingat lemah (demensia); f) Inisiatif

turun; g) Parkinson (otot-otot kaku, menggeletar). Terjadinya pengecilan saraf pancaindra sehingga menyebabkan fungsinya menjadi menurun dan lambat (Maryam et al., 2012).

9. Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi pada lansia ditandai dengan kontraksi ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada pria, testis dapat menghasilkan sperma, tetapi secara bertahap berkurang (Kholifah, 2016). Mengeringnya selaput lendir, serta sekresi yang menurun (Maryam et al., 2012). Sedangkan (Manurung et al., 2020) menyatakan bahwa perubahan yang terjadi antara lain : a) *Post-menopause*; b) Vagina yang menipis dan kering; c) Berkurangnya panjang dan lebar vagina; d) Lubrikasi vagina berkurang selama *intercourse*; e) Degeneratif pada organ reproduksi; f) Berkurangnya intensitas respons terhadap stimulus sex; g) Berkurangnya aktivitas seksual; h) Adanya gangguan kelenjar prostat.

b. Perubahan Psikososial

Berbagai bentuk perubahan psikososial yang terjadi pada lansia yang dinyatakan oleh ((Kholifah, 2016); (Maryam et al., 2012)) antara lain:

1. Kesepian

Itu terjadi ketika pasangan atau teman dekat meninggal, terutama ketika kesehatan memburuk, terutama ketika orang yang lebih tua meninggal. Penyakit fisik yang serius, keterbatasan mobilitas atau gangguan sensorik, terutama gangguan pendengaran.

2. Duka cita (*Bereavement*)

Kematian pasangan, teman dekat, atau bahkan hewan peliharaan dapat mendatangkan malapetaka pada jiwa tua yang sudah lemah. Hal ini dapat menyebabkan masalah fisik dan kesehatan.

3. *Sindroma Diogenes*

Sebuah gangguan di mana orang tua menunjukkan perilaku yang sangat mengganggu. Rumah dan kamar kotor serta bau karena

lansia sering bermain kotor dan menyimpan barang tidak teratur. Bahkan setelah dibersihkan, situasinya dapat berulang.

4. Depresi

Kesedihan terus-menerus menciptakan perasaan hampa, diikuti oleh keinginan untuk menangis, diikuti oleh episode depresi. Depresi juga dapat dipicu oleh stres lingkungan dan kemampuan beradaptasi yang buruk.

5. Gangguan cemas

Terbagi dalam kategori berikut: *Phobia*, *Panic*, *Generalized Anxiety Disorder*, *Post traumatic Stress Disorder*, dan *Obsessive compulsive Disorder*. Gangguan ini merupakan kelanjutan dari masa dewasa muda dan berhubungan dengan penyakit sekunder, depresi, efek samping obat.

6. Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia yang ditandai dengan delusi (ketidakpercayaan). Orang tua sering merasa bahwa tetangga ingin mencuri barang-barang atau membunuh mereka. Biasanya terjadi pada orang tua yang terisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

Berbeda halnya dengan (Manurung et al., 2020) yang menyatakan perubahan psikososial yang terjadi pada lansia antara lain: a) Perubahan fungsi mental; b) Perubahan kognitif, c) Perubahan roses belajar; d) Perubahan pemahaman, pengertian, tindakan; e) Perilaku cenderung lebih lambat; f) Dorongan kehendak, bertindak, pada umumnya mulai melambat sehingga reaksi dan koordinasi menjadi lebih lambat; g) Pekerjaan: Memasuki pensiun (kehilangan) pekerjaan, kedudukan/jabatan/peran kegiatan dan harga diri.

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih orang yang hidup bersama dalam hubungan dan kedekatan emosional, yang tidak terkait dengan jenis kelamin, perkawinan, atau adopsi, dan yang tidak memiliki batasan dalam keanggotaan keluarga (Friedman & Bowden, 2010 dalam (Salamung et al., 2021)). Sedangkan (Bakri, 2021) menyatakan bahwa keluarga adalah suatu kelompok primer yang terdiri atas dua atau lebih orang serta mempunyai jaringan dalam interaksi personal, hubungan perkawinan, hubungan darah serta adopsi. Keluarga merupakan suatu unit terkecil yang ada di masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa individu yang menempati suatu tempat dengan atap yang sama dan saling bergantung (Depkes RI, 1988 dalam (Harlinawati, 2013)).

2. Tipe Keluarga

Tipe keluarga terbagi atas beberapa tipe, sebagaimana yang dikemukakan oleh (Widagdo, 2016); (Yahya, 2021); (Bakri, 2021)) yang menyatakan tipe keluarga terbagi atas :

- a. Tipe keluarga tradisional, antara lain: 1) Keluarga inti (*The Nuclear family*) merupakan keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak kandung maupun angkat; 2) Keluarga *dyad* yaitu rumah tangga tanpa anak yang terdiri dari suami dan istri; 3) Orang tua tunggal “single parent” yaitu keluarga yang terdiri dari Orang tua (ayah/ibu) dan anak (anggota keluarga/angkat), dimana perceraian atau kematian dapat menyebabkan situasi ini; 4) *Single Adult* dimana mengacu pada keluarga yang terdiri dari hanya satu orang dewasa dimana kemudian ia tinggal atau bekerja di asrama atau kantor.
- b. Tipe Non Tradisional
 - 1) *He unmarriedteeneger mather* yaitu sebuah keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dan anak-anak hasil hubungan di luar nikah
 - 2) Keluarga dengan orang tua tiri (*The stepparent family*)

- 3) Keluarga komunitas yaitu keluarga yang terdiri dari beberapa keluarga yang tidak terkait dimana mereka tinggal dirumah yang sama, dengan fasilitas dan pengalaman yang sama dalam bersosialisasi untuk melakukan kegiatan kelompok dan mendapat pola asuh bersama.
- 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, dimana keluarga tinggal bersama tetapi dapat berganti pasangan tanpa menikah.
- 5) *Lesbian and Gay families* yaitu orang dengan jenis kelamin yang sama hidup sebagai pasangan pernikahan.
- 6) *Cohabiting family* yaitu orang dewasa yang tinggal dalam satu rumah tanpa adanya suatu hubungan pernikahan.
- 7) *Group marriage-family* yaitu pernikahan di mana orang dewasa berbagi peralatan keluarga, mereka menganggap hubungan romantis mereka sebagai pernikahan dan berbagi banyak hal, termasuk seks.
- 8) *Group network family* merupakan Sekelompok jaringan keluarga inti yang berbagi ikatan atau aturan yang sama dan hidup bersama untuk berbagi kebutuhan sehari-hari dan memberikan layanan dan tanggung jawab untuk membesarkan anak.
- 9) *Foster family* yaitu keluarga angkat dimana orang tua anak membutuhkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga asalnya, keluarga tersebut untuk sementara mengasuh anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara kandungnya.
- 10) *Homeless family* yaitu keluarga tunawisma karena krisis pribadi terkait kondisi ekonomi dan/atau masalah psikologis, keluarga terbentuk tanpa tempat tinggal permanen.
- 11) Gang yaitu bentuk keluarga yang merusak dalam arti bahwa mereka mencari kasih sayang emosional serta perawatan keluarga namun tumbuh dalam lingkungan kekerasan dan kejahatan dalam menjalani hidup mereka.

3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga antara lain yaitu: 1) Fungsi afektif adalah tugas yang penting dalam mengajarkan segala sesuatu kepada keluarga sehingga anggota keluarga dapat terhubung dengan orang lain; 2) Fungsi sosialisasi, yaitu fungsi yang tujuannya untuk mengajarkan anak kehidupan sosial sebelum anak meninggalkan rumah dan bersosialisasi dengan orang lain di luar rumah; 3) Fungsi reproduksi yaitu melestarikan keturunan dapat untuk melanjutkan keluarga; 4) Fungsi ekonomi adalah keluarga yang memenuhi kebutuhan finansial dan merupakan tempat dimana bakat individu dapat dikembangkan untuk menambah pendapatan guna memenuhi kebutuhan keluarga; 5) Fungsi perawatan adalah fungsi untuk menjaga kesehatan keluarga dan anggota keluarga untuk menjaga produktivitas ((Friedman & Bowden, 2010 dalam (Salamung et al., 2021)); (Harlinawati, 2013)).

Sejalan dengan itu (BKKN, 1992 dalam (Bakri, 2021)) menambahkan beberapa fungsi keluarga antara lain: 1) Fungsi pendidikan, yaitu setiap keluarga mempunyai kewajiban untuk mendidik anak yang disesuaikan dengan tingkat pendidikannya; 2) Fungsi budaya, dimana keluarga berhak memberikan pemahaman tentang budaya terhadap anggota keluarganya; 3) Fungsi agama, keluarga dapat memberikan pengetahuan serta pemahaman tentang nilai – nilai agama yang dianutnya; 4) Fungsi cinta kasih, yaitu memberikan penjelasan mengenai cinta dan kasih kepada keluarga; 5) Fungsi perlindungan, keluarga merupakan tempat berlindung yang dapat memberikan rasa aman; 6) Fungsi pelestarian lingkungan, dimana keluarga mampu membangun kesadaran tentang lingkungan kepada anak.

4. Struktur Keluarga

Struktur keluarga antara lain :1) Patrilinear adalah keluarga yang memiliki hubungan darah dan terdiri atas sanak saudara yang berasal dari keturunan ayah; 2) Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari beberapa generasi keturunan keluarga ibu; 3) Matrilokal adalah keluarga dimana pasangan suami istri tinggal dengan saudara sedarah dengan istri; 4)

Patrilokal adalah keluarga dimana sepasang suami istri hidup bersama dalam satu keluarga yang sedarah dengan suami; 5) Keluarga kawin adalah hubungan antara seorang laki-laki dan seorang perempuan sebagai perkembangan keluarga dan beberapa kerabat yang menjadi anggota keluarga karena hubungan dengan laki-laki atau perempuan tersebut ((Salamung et al., 2021); (Bakri, 2021).

Berbeda halnya dengan pendapat dari (Yahya, 2021) yang menyatakan struktur keluarga terdiri atas: 1) Pola komunikasi keluarga, komunikasi sangat penting dalam suatu hubungan, tetapi tidak hanya untuk keluarga tetapi juga untuk semua jenis hubungan; 2) Struktur peran yaitu serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi tertentu; 3) Struktur kekuatan, dimana keluarga memiliki kekuatan untuk mengubah perilaku anggotanya kearah yang lebih positif dalam hal kesehatan serta perilakunya; 4) Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga, nilai-nilai kekeluargaan juga bisa menjadi pedoman dalam pengembangan standar serta aturan.

C. Konsep pengabaian

1. Pengertian Pengabaian

Pengertian pengabaian sebagaimana di nyatakan oleh (Mauk, Kristen, 2010 dalam (Amri, 2019a)) yaitu pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia. Pengabaian adalah kegagalan keluarga dalam merawat lansia, baik itu akibat yang disengaja maupun tidak disengaja terhadap kesehatan fisik dan mental (Sari & Susanti, 2017).

Sejalan dengan pendapat dari (Hamsah et al., 2021) yang menyatakan pengabaian adalah keadaan yang terkait dengan ketidakmampuan pengasuh untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh lansia, dalam memenuhi kebutuhan kesehatan fisik, mental, individu, serta ketika pengasuh gagal memberikan layanan yang baik untuk memenuhi kebutuhan yang diperlukan, agar lansia dapat memenuhi fungsi secara optimal dan jauh dari bahaya. Selain itu (Dyer, 2005 dalam (Aryati et al., 2018)) mengungkapkan pengabaian lansia adalah penolakan sandang, pangan dan perawatan untuk orang tua, termasuk kekerasan fisik dan seksual serta eksploitasi.

2. Jenis Pengabaian

Pengabaian terbagi menjadi tiga jenis, antara lain **pengabaian fisik**, yaitu pengabaian atau kegagalan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar lansia (Hamsah et al., 2021). Dimana faktor penyebab pengabaian fisik pada lansia adalah kurangnya pengetahuan keluarga tentang pengabaian fisik itu sendiri (Rahayu & Juanita, 2019). Kemudian **pengabaian psikologis** yaitu ketidakmampuan pengasuh untuk memenuhi kebutuhan emosional atau psikologis orang tua, pengabaian psikologis terjadi ketika keluarga atau pengasuh tidak mampu memenuhi kebutuhan psikologis atau emosional orang tua, dimana beberapa faktor yang dihadapi lansia yang sangat mempengaruhi psikologi lansia adalah gangguan fisik, perubahan aspek psikososial, perubahan terkait pekerjaan dan perubahan peran sosial dalam masyarakat (Rahayu & Juanita, 2019).

Selanjutnya **pengabaian keuangan** sebagai akibat dari pengambilan atau penggunaan barang-barang berharga oleh keluarga, milik orang tua untuk keuntungan pribadi (Hamsah et al., 2021). Selain itu (Burke & Laramie, 2000 dalam (Amri & Renidayati, 2018)) menyatakan jenis pengabaian terbagi atas: a) Pengabaian aktif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan sadar dan sengaja yang dapat menimbulkan penderitaan fisik serta emosional pada lansia; b) Pengabaian pasif, yaitu perbuatan yang

dilakukan dengan tidak adanya unsur kesengajaan akan tetapi menyebabkan penderitaan fisik serta stress / penderitaan emosional pada lansia.

3. Tanda-Tanda Pengabaian

Pengabaian pada lansia mengungkapkan pengabaian emosional atau psikologis dalam konteks pengasuhan yang menyebabkan rasa sakit atau stres emosional, yang secara sengaja atau tidak sengaja. Pengabaian secara verbal diantaranya mengintimidasi dengan membentak, ancaman, hinaan, atau ejekan, serta menyalahkan atau mengkambinghitamkan orang yang lebih tua, sedangkan bentuk pengabaian non-verbal termasuk menjauhkan orang tua dari teman atau kegiatan, meneror atau mengancam orang tua. Selain tanda-tanda verbal dan nonverbal, pengabaian terhadap lansia dapat terlihat dalam perilaku mengancam, merendahkan, atau menggerutu sendiri (Robinson, 2016 dalam (Jaji et al., 2022)).

Sejalan dengan hal tersebut (Rahayu et al., 2018) menjelaskan tanda pengabaian lansia yaitu pengabaian verbal meliputi mengancam dengan membentak atau meneriaki, mengancam, mempermalukan atau mengejek, menyalahkan atau menyalahkan lansia, sedangkan pengabaian non verbal meliputi mengucilkan lansia dari teman atau kegiatan, meneror atau mengancam lansia. Selain itu tanda pengabaian yang terjadi pada lansia lainnya yaitu: a) Terlambat melakukan pengobatan; b) Dehidrasi (kurang cairan); c) Ulkus dekubitus (borok pada daerah yang tertekan biasanya terjadi jika tidur terlalu lama karena suatu penyakit); d) Kondisi kebersihan diri yang kurang; e) Perubahan pemberian pelayanan kesehatan (biasanya diperhatikan menjadi tidak diperhatikan); f) Kehilangan alat bantu seperti gigi palsu, kacamata, alat bantu dengar (Amri & Renidayati, 2018).

4. Penyebab pengabaian

Pengabaian ini dapat disebabkan baik oleh faktor internal lansia itu sendiri maupun oleh faktor eksternal lansia, seperti anggota keluarga dan pengasuh ((Burke & Laramie, 2000); (Fulmer, 2005 dalam (Amri, 2019b)). Penyebab pengabaian itu sendiri, yaitu ketika kebutuhan dasar lansia tidak terpenuhi, maka kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan akan makanan sehat, perumahan yang layak, sandang yang memadai, kebersihan, dukungan emosional, kasih sayang dan rasa aman (Hamsah et al., 2021). Ciri Demografi yang menjadi penyebab dari pengabaian pada lansia yaitu tempat tinggal, hal ini dikarenakan modernisasi yang memiliki dampak besar terhadap wilayah perkotaan dibandingkan perdesaan, dimana nilai-nilai kekeluargaan yang kuat hilang dan menjadi individualistis (Jafar et al., 2011 dalam (Andarini & Aryati, 2021)).

Faktor ekonomi juga berperan dalam penelantaran di kalangan lansia, dikarenakan akibat besarnya dampak modernisasi, serta tuntutan modernisasi, sehingga banyak keluarga yang akhirnya menelantarkan lansia karena sibuk mencari uang, dimana hal ini menyebabkan lansia menjadi terlantar, namun ketergantungan mereka pada orang terdekat (pengasuh) menjadi meningkat juga, seiring bertambahnya usia yang berarti lansia juga rentan terhadap pengabaian (Yadav & Paudel, 2016 dalam (Andarini & Aryati, 2021)).

Pengabaian lansia ini disebabkan oleh status kognitif pengasuh, informasi demografis pengasuh (usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan tempat tinggal), tekanan psikologis pengasuh, kondisi pengasuh, depresi/gangguan mood pengasuh, status kesehatan pengasuh, dukungan sosial, trauma yang dialami pengasuh saat masa kanak-kanak dan kepribadian dari pengasuh (Fulmer, 2005 dalam (Amri, 2019a)). Pengabaian juga terjadi karena kurangnya pengetahuan keluarga, ketegangan/stres pengasuh (keluarga), kekerasan dan ketergantungan lansia yang tinggi kepada keluarga (Amri, 2019a).

D. Konsep asuhan keperawatan pada lansia dengan pengabaian

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan (Rohmah & Walid, 2010 dalam (Salamung et al., 2021)), hal ini sejalan dengan pendapat (Kholifah, 2016) yang menyatakan pengkajian adalah tahap pertama yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Data yang dikumpulkan meliputi data subjektif, data objektif meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual, data terkait masalah penuaan, masalah kesehatan terkait usia, serta data keluarga dan lingkungan yang ada. Tahap pengkajian merupakan tahap yang sangat krusial lantaran pengkajian adalah dasar pada proses menentukan asuhan keperawatan (Manurung et al., 2020). Pengkajian yang dilakukan sebagaimana dikemukakan oleh (Bakri, 2021) antara lain sebagai berikut :

a. Data Umum

- 1) Nama
- 2) Tempat tanggal lahir / Umur
- 3) Alamat dan no telepon
- 4) Pendidikan
- 5) Komposisi keluarga dimana komposisi keluarga dibuat dalam bentuk genogram dari 3 generasi.
- 6) Tipe Keluarga: Yaitu menerangkan tentang tipe/jenis keluarga beserta kendala atau masalah yang dialami dalam keluarga tersebut.
- 7) Suku: Dimana menggali asal usul suku bangsa keluarga dan mengkaji adakah kaitan budaya suku bangsa tersebut dengan kesehatan.
- 8) Agama: Menggali agama yang dianut dalam keluarga dan kepercayaan yang dapat berpengaruh dengan kesehatan.
- 9) Status sosial ekonomi keluarga: Dimana status sosial ekonomi ditentukan oleh pendapatan yang dihasilkan oleh kepala keluarga serta anggota keluarga lainnya. Selain itu

sosial ekonomi keluarga tergantung juga dengan kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang yang dimiliki oleh keluarga.

- 10) Aktifitas rekreasi Keluarga: Rekreasi keluarga dilihat dari kegiatan yang dilakukan keluarga untuk menghabiskan waktu luangnya seperti mengunjungi tempat rekreasi, menonton televisi maupun mendengarkan radio serta aktivitas rekreasi lainnya.

b. Riwayat Keluarga dan Tahap Perkembangan Keluarga

- 1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dengan melihat anak tertua dari keluarga ini.

- 2) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Dimana menerangkan tentang perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan kendala kenapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

- 3) Riwayat Keluarga Inti

Menjelaskan tentang riwayat kesehatan dari keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, adanya riwayat kanker dalam keluarga, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang bias digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

- 4) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Disini menjelaskan tentang riwayat kesehatan keluarga baik dari suami maupun istri.

c. Lingkungan

- 1) Karakteristik Rumah

Karakteristik sebuah rumah ditentukan oleh ukuran rumah, tipe rumah, jumlah kamar, jumlah jendela, penggunaan ruang, penempatan furnitur, dan jenis *septic tank* serta jarak antara

septik tank dengan sumber air minum yang digunakan dan denah rumah.

2) Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Jelaskan karakteristik lingkungan dan masyarakat seperti adat istiadat, lingkungan fisik, aturan dan kesepakatan lokal, dan budaya lokal yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas Geografis Keluarga

Data yang perlu anda lihat adalah berapa lama keluarga tersebut tinggal di daerah tersebut, apakah mereka memiliki riwayat pindah, dan dari mana mereka pindah. Pertanyaan kemudian diajukan tentang perkumpulan keluarga, interaksi dengan masyarakat, akses ke layanan masyarakat, dan keterlibatan keluarga dalam masyarakat.

4) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dalam Masyarakat

Jelaskan waktu yang keluarga habiskan bersama, kelompok keluarga yang ada, dan tingkat interaksi keluarga dengan masyarakat.

d. Struktur Keluarga

1) Sistem Pendukung Keluarga

Yaitu anggota keluarga yang sehat. Fasilitas penunjang kesehatan yang dimiliki keluarga meliputi fasilitas fisik, fasilitas psikis atau dukungan dari keluarga, dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

2) Pola komunikasi

Jelaskan cara berkomunikasi dengan anggota keluarga.

3) Struktur Kekuatan Keluarga

Kemampuan anggota keluarga untuk mengontrol dan mempengaruhi perilaku orang lain, terutama perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

4) Struktur Peran

Jelaskan peran setiap anggota keluarga, baik secara formal maupun informal. Jelaskan bagaimana peran itu konsisten, bagaimana perasaan Anda tentang peran itu, dan apakah peran itu fleksibel.

5) Nilai dan Norma Budaya

Mendeskripsikan nilai-nilai inti keluarga, termasuk nilai-nilai budaya yang dianut keluarga, apakah nilai-nilai keluarga dan nilai-nilai subsistem selaras, dan mengenali pentingnya nilai-nilai keluarga, apakah terdapat konflik nilai yang signifikan dalam keluarga itu sendiri, dan bagaimana nilai-nilai diubah untuk mempengaruhi kesehatan keluarga.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga. Dengan memenuhi tugas ini, keluarga mampu mencapai tujuan psikososial utama dan membentuk sifat manusia dalam anggota keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri.

2) Fungsi Sosialisasi dan Penempatan Sosial

Sosialisasi dimulai sejak lahir dan berakhir pada saat kematian. Sosialisasi adalah proses seumur hidup dari perubahan perilaku yang terus-menerus sebagai tanggapan atas situasi yang dibentuk secara sosial yang dialami oleh seorang individu dalam proses perkembangan atau perubahan.

3) Fungsi Reproduksi

Pada fungsi reproduksi yang kita perlu kaji yaitu berapa banyak anak, adanya mengalami masalah reproduksi, apakah mengikuti program KB atau tidak.

4) Fungsi Ekonomi

Penting juga untuk mempelajari masalah keuangan, yang meliputi bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, pekerjaan, pendapatan dan pengeluaran dalam keluarga.

5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Dalam perawatan kesehatan, yang perlu dikaji bagaimana keluarga percaya dan bagaimana usaha keluarga dalam kesehatan. Pengkajian fungsi perawatan kesehatan juga mencakup pada tugas kesehatan keluarga yaitu:

- a) Kemampuan dalam mengenali masalah kesehatan, yang perlu dikaji yaitu apakah keluarga mengetahui penyakit anggota keluarganya, penyebab, tanda dan gejala penyakit, dan apa yang dilakukan keluarga untuk anggota keluarga yang sakit.
- b) Kemampuan dalam pengambilan keputusan yang tepat, dimana yang perlu dikaji antara lain bagaimana keluarga memutuskan jika ada anggota keluarga yang sakit, dibawa atau tidak ke pelayanan kesehatan, pengobatan alternatif, dukun, dan siapa yang mengambil keputusan tentang tindakan tersebut.
- c) Kemampuan dalam merawat anggota keluarga yang sakit, yang perlu dikaji adalah apakah keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, apakah mereka memahami pola makan anggota keluarga, apa saja tanggung jawab keluarga ketika ada anggota keluarga yang sakit, dan hal-hal yang berkaitan dengan perawatan keluarga.
- d) Kemampuan memodifikasi lingkungan, yang dikaji yaitu bagaimana keluarga dapat mengatur kondisi rumah agar tetap nyaman dan sehat bagi anggota keluarga lainnya, menunjang kesehatan anggota keluarga, penempatan

alat-alat dan perabotan di dalam rumah, kebersihan rumah dan bagaimana keharmonisan setiap anggota keluarga dalam menciptakan lingkungan psikologis yang nyaman bagi anggota keluarga, terutama yang menderita sakit.

- e) Kemampuan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, dimana yang perlu kita kaji adalah apakah keluarga menggunakan layanan kesehatan terdekat dan mudah diakses, seperti posyandu, puskesmas, dan lain sebagainya, serta sumber keuangan yang digunakan keluarga untuk berobat, apakah ada jaminan kesehatan atau tidak.

f. Stres dan Data Koping Keluarga

Pada data koping keluarga hal yang perlu kita kaji antara lain yaitu:

- 1) Stresor jangka panjang, yaitu stressor yang terjadi pada keluarga dan bisa ditangani dalam waktu kurang dari 6 bulan;
- 2) Stresor jangka panjang, dimana stressor ini merupakan stressor yang dialami keluarga yang bisa ditangani oleh keluarga dalam kurun waktu lebih dari 6 bulan;
- 3) Bagaimana keluarga berespon dan menghadapi masalah tersebut;
- 4) Strategi yang digunakan oleh keluarga dalam menghadapi masalah tersebut.

g. Pemeriksaan Fisik

Data yang perlu kita kumpulkan dalam pemeriksaan fisik yaitu:

- 1) Keadaan umum, dimana yang perlu kita kaji antara lain:
 - a) Penilaian tingkat kesadaran pasien;
 - b) Tanda-tanda vital yang kita periksa adalah Suhu badan, nadi, pernafasan serta tekanan darah;
 - c) Antropometri yang diperiksa yaitu tinggi badan, berat badan, lingkar perut, serta lingkar lengan atas;
 - d) Pemeriksaan postur dari tulang belakang lansia yaitu tegap, membungkuk, skoliosis, lordosis, serta kifosis.

- 2) Pemeriksaan *head to toe*, dalam pemeriksaan ini kita melakukan pemeriksaan dari kepala sampai kaki, dan yang perlu kita periksa antara lain:
- a) Kepala, yang perlu kita periksa yaitu kebersihan kepala pasien, ada ketombe atau tidak, ada rambut rontok atau tidak, warna rambut kepala, ada keluhan sakit di kepala atau tidak.
 - b) Mata, yang perlu diperiksa yaitu penglihatannya kabur atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, adanya penggunaan kacamata atau tidak, serta keluhan lain yang berkaitan dengan mata .
 - c) Hidung, yang perlu diperiksa yaitu ada polip atau tidak, bentuk hidung simetris atau tidak, adanya peradangan atau tidak, apakah ada masalah penciuman atau tidak, srta keluhan lain yang dirasakan klien.
 - d) Mulut dan tenggorokan yang diperiksa yaitu mukosa bibir kering atau lembab, mulut bersih atau tidak, adanya peradangan pada gusi dan mulut atau tidak, periksa kondisi gigi apakah masih utuh atau tidak, adanya gigi berlobang atau tidak, kemampuan mengunyah makanan keras apakah masih mampu atau tidak, kemampuan menelan, serta keluhan lainnya.
 - e) Telinga, yang diperiksa yaitu telinga bersih atau tidak, penengaran masih bagus atau sudah berkurang, adanya penggunaan alat bantu dengar atau tidak serta keluhan lain jika ada.
 - f) Leher, yang diperiksa yaitu apakah ada pembesaran kelenjar *thyroid*, atau pembesaran vena jugularis, adanya kaku kuduk atau tidak seta keluhan lainnya.
 - g) Dada, yang diperiksa yaitu bentuk dada apakah simetris kiri kanan, adanya retraksi dinding dada atau tidak,

auskultasi suara nafas, ada suara nafas tambahan atau tidak, ada *wheezing* atau tidak, ada *ronkhi* atau tidak

- h) Abdomen, yang diperiksa yaitu bentuk abdomen normal atau tidak, adanya lesi atau tidak, ada nyeri tekan, edema, serta kembung atau tidak dan keluhan lainnya.
- i) Genitalia, yang perlu diperiksa yaitu genitalia bersih atau tidak, ada hemoroid serta hernia atau tidak dan keluhan terkait genitalia yang dirasakan klien.
- j) Ekstremitas, yang perlu diperiksa yaitu kondisi kekuatan otot klien (0: lumpuh, 1:ada kontraksi, 2:melawan grafitasi dengan sokongan, 3: melawan grafitasi tapi tidak ada tahanan, 4: melawan grafitasi dengan tahanan sedikit, 5: melawan grafitasi dengan kekuatan penuh), adanya edema atau tidak, adanya tremor atau tidak, adanya penggunaan alat bantu jalan atau tidak.
- k) Integumen, yang diperiksa yaitu apakah kulit bersih atau tidak, kelembaban serta tekstur kulit dan masalah yang berkaitan dengan kulit lainnya.

h. Pengkajian Status Fungsional

Pengkajian status fungsional merupakan pengukuran dalam menilai kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, serta dalam membuat pemilihah intervensi yang tepat, dimana ruang lingkup dalam pengkajian ini mencakup keadekuatan enam fungsi yaitu mandi, *toileting*, berpakaian, berpindah, kontinen dan makan yang mana nantinya hasil tersebut untuk mendeteksi tingkat fungsional klien (mandiri, tergantung, dilakukan sendiri) (Sunaryo et al., 2016).

i. Pengkajian Status Kognitif

Pengkajian status kognitif adalah suatu pemeriksaan dari status mental dimana nantinya dapat memberikan gambaran kemampuan

mental serta perilaku dan fungsi intelektual seseorang. Pengkajian ini ditekankan pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan bahasa, ingatan, interpretasi bahasa, keterampilan dalam menghitung, menulis serta kemampuan konstruksional. (Sunaryo et al., 2016).

j. Pengkajian aspek spiritual

Pengkajian aspek spiritual, yang perlu kita kaji sebagaomana dikemukakan oleh (Sunaryo et al., 2016) antara lain :

- 1) Pengkajian data subjektif, yang mencakup konsep akan ketuhanan, sumber harapan dan kekuatan, praktik dalam agama serta ritual dan hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan.
- 2) Pengkajian data objektif yaitu melalui observasi a) afek dan sikap, apakah pasien tampak kesepian, marah cemas adanya depresi, apatis, agitasi ataupun preokupasi; b) Perilaku, yaitu apakah pasien tampak berdoa sebelum makan, membaca kitab suci, seringkali mengeluh sulit tidur, mimpi buruk ataupun adanya gangguan tidur lainnya serta bercanda dan mengekspresikan kemarahan terhadap agama; c) Verbalisasi, yaitu apakah klien menyebut doa, Tuhan, ibadah ataupun topik terkait keagamaan lainnya, mengekspresikan takut terhadap kematian, serta pernah meminta dikunjungi pemuka agama; d) Hubungan interpersonal, yaitu siapa yang mengunjungi klien serta respon klien terhadap pengunjung, apakah pemuka agama datang untuk mengunjungi klien; e) Lingkungan, yaitu apakah klien ada membawa kita suci ataupun perlengkapan dalam melakukan ibadah, dan apakah pasien memakai suatu tanda dari keagamaan seperti memakai jilbab.

k. Pengkajian Fungsi Sosial

Pengkajian fungsi sosial yang lebih ditekankan terhadap hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran utama dan informasi tentang jaringan pendukung (Sunaryo et al., 2016).

l. Harapan Keluarga

Pada harapan keluarga diuraikan seperti apa dan bagaimana harapan keluarga pada penyakit yang dialami oleh pasien, serta mengetahui apa saja harapan keluarga terhadap perawat untuk dapat diusahakan semaksimal mungkin (Bakri, 2021).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis tentang keluarga, individu, dan komunitas, yang diperoleh melalui proses pengumpulan data dan analisis data yang cermat, yang menjadi dasar untuk menentukan tindakan yang bertanggung jawab yang harus diambil oleh perawat (Bakri, 2021). Sejalan dengan (Widagdo, 2016) yang menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah interpretasi ilmiah data yang diperoleh dari pengkajian yang digunakan oleh perawat untuk perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis yang berfokus pada respon paparan manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Kholifah, 2016). Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul berkaitan dengan pengabaian yang terjadi pada lansia dalam (PPNI, 2017) antara lain : a) Defisit Nutrisi (D.0019); b) Defisit perawatan diri (D.0109); c) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0003); d) Risiko jatuh (D.0143); e) Perilaku kesehatan cenderung beresiko (D.0099); f)Gangguan mobilitas fisik (D.0054); g) Ketegangan peran pemberi asuhan (D.0124).

3. Perencanaan Keperawatan

Merupakan suatu proses mempersiapkan berbagai intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah klien. Perencanaan keperawatan ini merupakan langkah ketiga dalam menciptakan proses keperawatan. Menentukan fase perencanaan perawat membutuhkan berbagai pengetahuan dan keterampilan, termasuk kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan keyakinan klien, keterbatasan praktik keperawatan, peran profesional kesehatan lainnya, dan kemampuan memecahkan masalah. Kemampuan untuk membuat keputusan, menulis tujuan, memilih dan membuat strategi keperawatan untuk mencapai tujuan, menulis arahan keperawatan, dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Tahapan dalam penyusunan perencanaan keperawatan keluarga yaitu:

- a) Menentukan prioritas masalah, dalam menentukan prioritas masalah digunakan skala prioritas masalah dari (Bailo dan Maglaya 1978 dalam (Bakri, 2021)).

Tabel 2.1
Skala Menentukan Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah		
	Skala: Aktual	3	1
	Resiko	2	
Potensial	1		
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Skala: Mudah	2	2
	Sebagian	1	
Tidak dapat	0		
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	Skala: Tinggi	3	1
	Cukup	2	
Rendah	1		
4	Menonjolkan masalah		
	Skala: Segera	2	1
	Tidak perlu	1	
Tidak Dirasakan	0		

Cara skoring:

- 1) Kita tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Kemudian skor dibagi dengan makna tertinggi lalu dikalikan dengan bobot skor

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- 3) Lalu jumlahkan skor dari semua kriteria

Tabel 2.2
Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Defisit Nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nutrisi dari kebutuhan tubuh lansia terpenuhi	TUK 1 Dalam kunjungan 1 x30 menit keluarga dapat Mengenal masalah kebutuhan nutrisibagi lansia	Tingkat Pengetahuan (L. 12111) lansia dan keluarga meningkat, dengan kemampuan menjelaskan tentang masalah nutrisi, dimana lansia dan keluarga mampu menyebutkan 1. Pengertian dari nutrisi pada lansia dengan bahasa sendiri 2. 3 dari 4 penyebab ketidakseimbangan nutrisi 3. 4 dari 5 akibat tidak terpenuhinya kebutuhan nutrisi 4. 4 dari 6 tanda gejala tidak terpenuhinya kebutuhan nutrisi 5. 4 dari 5 penatalaksanaan pemenuhan	a. Nutrisi bagi lansia adalah substansi organik yang disusun menjadi suatu menu untuk mencakupi gizi lansia agar tetap aktif, bugar, energik, dan mandiri. b. Penyebab ketidakseimbangan nutrisi bagi lansia 1. Penurunan sensitifitas indera pembauan dan indera perasa 2. Kondisi kesehatan gigi dan mulut menurun 3. Gejala tidak lapar disebabkan oleh masalah pencernaan atau perilaku lansia 4. Penurunan produksi saliva	Edukasi Kesehatan (I.12383) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai kebutuhan nutrisi 4. Berikan kesempatan keluarga dan lansia untuk bertanya mengenai kebutuhan nutrisi 5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6. Jelaskan faktor resiko penyebab tidak terpenuhinya nutrisi

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				kebutuhan nutrisi	c. Akibat dari tidak terpenuhinya kebutuhan nutrisi pada lansia. <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelelahan karena energi dalam tubuh menurun 2. Sulit buang air besar karena kekurangan serat 3. Beresiko terkena berbagai penyakit 4. Mudah lelah, mudah pusing dan kesemutan 5. Beresiko tinggi cedera dalam mobilisasi d. Tanda dan gejala dari tidak terpenuhinya kebutuhan nutrisi pada lansia : <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun sebanyak 5-10 kilogram dari berat badan sebelumnya 	

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					<p>dalam waktu 3 sampai 6 bulan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pandangan mata sayu 3. Sering merasa lelah dan lemah sepanjang hari, 4. Pakaian dan celana menjadi lebih longgar seiring waktu 5. Nafsu makan dan minum menurun 6. Mata dan pipi terlihat cekung <p>e. Penatalaksanaan pemenuhan kebutuhan nutrisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makan dalam porsi kecil tapi sering 2. Makan makanan berprotein tinggi 3. Memberikan suplemen atau vitamin nutrisi 4. Perbanyak minum air putih 6-8 gelas perhari dan 	

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					<p>mengurangi makanan yang terlalu asin</p> <p>5. Perbanyak mengkonsumsi makanan yang mengandung serat</p>	
			<p>TUK 2</p> <p>Dalam kunjungan 1x 30 menit keluarga dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p>	<p>Dukungan Keluarga (L.13112) meningkat dengan anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dimana</p> <p>1. Keluarga dan lansia memberikan keputusan terkait dengan tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada lansia dengan sanggup merawat lansia</p>	<p>Keluarga dapat mengambil keputusan dengan :</p> <p>a. Keluarga mengatakan kesanggupan dalam merawat lansia yang sakit</p> <p>b. Keluarga memutuskan tindakan yang akan diambil dalam merawat lansia yang sakit</p>	<p>Dukungan pengambilan keputusan (I.09265)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi persepsi mengenai masalah kebutuhan nutrisi pada lansia 2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Berikan informasi yang diminta pasien 5. Berikan alternatif solusi secara jelas

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
			<p>TUK 3</p> <p>Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dapat melakukan perawatan pada lansia untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p>	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Membaik dengan mengungkapkan keinginan meningkatkan nutrisi dimana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu melakukan cara perawatan dalam menjaga kebutuhan nutrisi dan gizi untuk lansia 	<p>Cara perawatan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan gizi pada lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri makanan sesuai dengan kesukaan lansia dengan memperhatikan nutrisi, gizi dan kemampuan keluarga 2. Minum air putih sebanyak 6-8 gelas perhari untuk menghindari terjadinya dehidrasi 3. Membatasi konsumsi gula, garam dan lemak untuk menjaga kesehatan lansia 4. Jika lansia kurang kesehatan mulut, berikan makanan yang lunak atau yang mudah dikunyah 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi makanan yang disukai 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Anjurkan memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 4. Anjurkan menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
			<p>TUK 4</p> <p>Dalam kunjungan 1x30 menit keluargamampu memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang untuk memenuhi kebutuhan lansia</p>	<p>Keamanan lingkungan rumah (L.14126) meningkat dengan keluarga mampu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan cara pemeliharaan lingkungan rumah dan modifikasi lingkungan rumah 2. Mempertahankan kebersihan lingkungan rumah 3. Mempertahankan pencahayaan lingkungan rumah 	<p>Keluarga mampu menerapkan cara pemeliharaan lingkungan yang aman dan tenang untuk masalah nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka ventilasi ruangan sehingga udara segar masuk 2. Besihkan dan pertahankan lingkungan rumah yang bersih 3. Mempertahankan pencahayaan di lingkungan rumah 4. Menyiapkan ataupun memanfaatkan lingkungan perkarangan rumah yang kosong untuk menanam aneka macam sayuran yang disukai lansia dengan memperhatikan kandungannya nutrisinya 	<p>Manajemen lingkungan (I.14514)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan 2. Atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau 3. Sediakan lingkungan yang bersih dan nyaman 4. Hindari paparan langsung dengan cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu 5. Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
			TUK 5 Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan pada lansia	Ketahanan keluarga (L.09074) meningkat dengan keluarga dan lansia mampu 1. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi 2. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan bantuan 3. Memanfaatkan dan memilih fasilitas kesehatan yang dapat digunakan	Fasilitas yang dapat digunakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya : 1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Klinik Swasta 4. Dokter 5. Praktek Bidan	Pengenalan fasilitas (I.14549) 1. Identifikasi pengetahuan keluarga dan lansia tentang fasilitas kesehatan 2. Diskusikan bersama keluarga dan lansia pemanfaatan pelayanan kesehatan

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
2	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan lansia bisa menjaga kebersihan dirinya	TUK 1 Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dapat : Menenal masalah kebersihan diri	Tingkat Pengetahuan (L. 12111) meningkat dengan kemampuan keluarga dan lansia dalam menjelaskan defisit perawatan diri a. Pengertian dari kebersihan diri dengan bahasa sendiri : Kebersihan diri adalah berbagai cara yang harus dilakukan secara rutin setiap hari untuk menjaga kebersihan diri agar tubuh tetap bersih dan segar. b. Menyebutkan penyebab masalah kesehatan perawatan diri pada lansia	a. Kebersihan diri adalah berbagai cara yang harus dilakukan secara rutin setiap hari untuk menjaga kebersihan diri agar tubuh tetap bersih dan segar. b. Penyebab masalah kurang perawatan diri pada lansia 1. Lansia tidak atau kurang mampu melakukan perawatan diri karena penyakit	Edukasi Kesehatan (I.12383) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Jelaskan kepada lansia dan keluarga mengenai kebersihan diri 3. Mendiskusikan bersama lansia penyebab masalah kebersihan diri 4. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai perawatan diri 5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6. Jelaskan faktor resiko penyebab defisit perawatan diri

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				<p>c. Menyebutkan 4 dari 5 tanda dan gejala pada masalah perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badan berbau 2. Kuku panjang dan kotor 3. Rambut kotor 4. Gigi kotor serta mulut berbau <p>d. Menyebutkan 4 dari 5 penatalaksanaan perawatan diri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga membimbing lansia untuk melakukan kebersihan diri 2. Keluarga membimbing lansia untuk mencuci tangan 	<p>yang diderita</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kelelahan fisik <p>c. Tanda dan gejala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badan berbau 2. Kuku panjang dan kotor 3. Rambut kotor 4. Gigi kotor serta mulut berbau 5. Penampilan tidak rapi <p>d. Penatalaksanaan melakukan cara perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga membimbing lansia untuk melakukan kebersihan diri 2. Keluarga membimbing lansia untuk mencuci tangan menggunakan 	

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				menggunakan sabun 3. Keluarga membimbing lansia untuk rutin sikat gigipada pagi dan malam hari 4. Keluarga melakukan perawatan kuku pada lansia	sabun 3. Keluarga membimbing lansia untuk rutin sikat gigipada pagi dan malam hari 4. Keluarga melakukan perawatan kuku pada lansia 5. Keluarga melakukan kebersihan pakaian pada lansia.	
			TUK 2 Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk melakukan perawatan diri	Dukungan Keluarga (L.13112) meningkat dengan anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dimana keluarga dan lansia memberikan keputusan terkait dengan tindakan	a. Keluarga mengatakan kesanggupan dalam merawat lansia yang sakit b. Keluarga memutuskan tindakan yang akan diambil dalam merawat lansia yang sakit	Dukungan pengambilan keputusan (I.09265) 1. Identifikasi persepsi mengenai masalah perawatan diri pada lansia 2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Berikan informasi yang

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				pemenuhan kebutuhan nutrisi pada lansia dengan sanggup merawat lansia		diminta pasien 5. Berikan alternatif solusi secara jelas
			TUK 3 Dalam kunjungan 1x 45 menit keluarga dapat melakukan perawatan diri pada lansia	Perawatan diri (L.11103) Meningkatkan dengan a. Keluarga dan lansia mampu menyebutkan cara perawatan diri pada lansia yang mengalami defisit perawatan diri 1. Kemampuan untuk mandi 2. Menggosok gigi 3. Mencuci rambut 4. Bercukur jika laki - laki 5. Memotong kuku 6. Berpakaian rapi dan bersih 7. Berhias bagi Perempuan	a. Cara perawatan diri pada lansia yang mengalami defisit perawatan diri : 1. Mandi 2. Menggosok gigi 3. Mencuci rambut 4. Bercukur jika laki - laki 5. Memotong kuku 6. Berpakaian rapi dan bersih 7. Berhias bagi perempuan	Edukasi pada pengasuh (I.12402) 1. Identifikasi pemahaman dan kesiapan peran pengasuh 2. Berikan dukungan pada pengasuh selama pasien mengalami kemunduran 3. Fasilitasi pengasuh untuk bertanya 4. Ajarkan pengasuh cara memberikan dukungan perawatan diri (perawatan kuku, mandi, gosok gigi)

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				b. Keluarga dan lansia mampu mendemonstrasikan cara perawatan diri salah satunya kuku: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rendam tangan dan kaki dengan air hangat kuku selama 2-5 menit ditambah sedikit aromaterapi, ataupun asam 2. Lalu angkat tangan kaki dan keringkan dengan handuk 3. Potong kuku jangan terlalu pendek dan melengkung dan bersihkan serta rapikan ujung kuku menggunakan kikir 4. Bila kuku retak atau terkelupas oleskan 	b. Keluarga dan lansia mampu mendemonstrasikan cara perawatan diri salah satunya kuku: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rendam tangan dan kaki dengan air hangat kuku selama 2-5 menit ditambah sedikit aromaterapi, ataupun asam 2. Lalu angkat tangan kaki dan keringkan dengan handuk 3. Potong kuku jangan terlalu pendek dan melengkung dan bersihkan serta rapikan ujung kuku menggunakan kikir 4. Bila kuku retak atau terkelupas oleskan 	

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				krim/lotion berpelembab 5. Rendam kembali tangan dan kaki pada air dingin kira-kira 2 menit 6. Angkat tangan atau kaki lalu keringkan dengan handuk	krim/lotion berpelembab 5. Rendam kembali tangan dan kaki pada air dingin kira-kira 2 menit 6. Angkat tangan atau kaki lalu keringkan dengan handuk	
			TUK 4 Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang	Keamanan lingkungan rumah (L.14126) meningkat dengan keluarga mampu a. Menerapkan 4 dari 5 cara pemeliharaan lingkungan rumah yang aman dan tenang untuk masalah kurang perawatan diri : 1. Menjaga kebersihan kamar mandi agar tidak licin 2. Kebersihan	Cara memelihara dan modifikasi lingkungan yang aman dan tenang untuk masalah kurang perawatan diri 1. Menjaga kebersihan kamar mandi agar tidak licin 2. Kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti) 3. Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel) 4. Ventilasi (jendela dan pintu)	Manajemen lingkungan (I.14514) 1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan 2. Diskusikan bersama keluarga cara memelihara lingkungan yang bersih dan nyaman bagi lansia 3. Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman 4. Beri reinforcement positif atas hal yang benar yang dilakukan lansia dan keluarga

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				<p>tempat tidur (seprai yang diganti)</p> <p>3. Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel)</p> <p>4. Ventilasi (jendela dan pintu)</p> <p>5. Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri (peralatan mandi, shampoo, sabun, pasta gigi)</p>	<p>5. Penerangan yang cukup</p> <p>6. Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri (peralatan mandi, shampoo, sabun, pasta gigi, pilih pakaian berbahan katun,lembut dan mudah menyerap keringat)</p>	
			<p>TUK 5</p> <p>Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dan lansia mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya</p>	<p>Status kesehatan keluarga (L.12108)</p> <p>Meningkat dengan keluarga dan lansia mampu mengakses fasilitas kesehatan yang dapat digunakan</p> <p>1. Rumah sakit</p> <p>2. Praktek Bidan</p>	<p>Fasilitas yang dapat digunakan keluarga diantaranya :</p> <p>1. Rumah sakit</p> <p>2. Puskesmas</p> <p>3. Klinik Swasta</p> <p>4. Dokter praktek</p> <p>5. Bidan</p>	<p>Edukasi perilaku upaya kesehatan (I.12435)</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan</p>

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
						5. Ajarkan pencarian dan penggunaan sistem fasilitas pelayanan kesehatan
3.	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D. 0117)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pemeliharaan kesehatan efektif	Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dan lansia dapat mengenal masalah keperawatan Menyebutkan pengertian darimasalah kesehatan pada keluarga terutama lansia	Tingkat Pengetahuan (L.12111) meningkat dengan : a. Keluarga mampu menyebutkan pengertian lanjut usia dan pengabaian dengan bahasa sendiri : Lanjut usia adalah seorang yang telah mencapai usia 60 tahun. pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga	a. Lanjut usia adalah seorang yang telah mencapai usia 60 tahun. pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia.	Edukasi Kesehatan (I.12383) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Jelaskan pengertian lansia dan pengabaian terhadap lansia 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Diskusikan bersama keluarga tentang lanjut usia dan pengabaian terhadap lansia 5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				<p>berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia.</p> <p>b. Keluarga mampu menyebutkan penyebab dari penurunan fungsi tubuh lanjut usia</p> <p>c. Keluarga mampu menyebutkan penurunan fungsi tubuh lanjut usia</p> <p>d. Keluarga mampu mengetahui jenis-jenis dari pengabaian pada</p>	<p>b. Penyebab penurunan fungsi tubuh pada lanjut usia adalah ketidakmampuan dan kerentanan lanjut usia, faktor psikososial, faktor pengasuh.</p> <p>c. Peurunan fungsi lanjut usia berupa gangguan fungsi pendengaran, penglihatan, gangguan otot dan juga mental berupa kecemasan, depresi, gangguan tidur.</p> <p>d. Jenis-jenis pengabaian : jenis pengabaian terbagi atas:</p>	

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				lansia 1. Pengabaian aktif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan sadar dan sengaja yang dapat menimbulkan penderitaan fisik serta emosional pada lansia 2. Pengabaian pasif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan tidak adanya unsur kesengajaan akan tetapi menyebabkan penderitaan fisik serta stress / penderitaan emosional pada lansia. e. Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 5 cara merawat lansia yang	1. Pengabaian aktif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan sadar dan sengaja yang dapat menimbulkan penderitaan fisik serta emosional pada lansia 2. Pengabaian pasif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan tidak adanya unsur kesengajaan akan tetapi menyebabkan penderitaan fisik serta stress / penderitaan emosional pada lansia. e. Merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh :	

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				mengalami penurunan fungsi tubuh : 1. Memberi bantuan pada lansia 2. Menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia 3. Menjaga lingkungan rumah agar tetap tenang dan nyaman 4. Menemani lansia saat ke kamar mandi atau keruangan	1. Memberi bantuan pada lansia 2. Menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia 3. Menjaga lingkungan rumah agar tetap tenang dan nyaman 4. Menemani lansia saat ke kamar mandi atau keruangan 5. Menemani lansia saat berpergian	
			TUK 2 Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dan lansia dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatannya	Dukungan Keluarga (L.13112) meningkat dengan anggota keluarga a. Mampu mengambil keputusan untuk mendukung anggota keluarga dengan mengetahui	a. Keluarga mengambil keputusan dengan keluarga mengatakan mau merawat lansia dengan mengetahui	Dukungan pengambilan keputusan (I.09265) 1. Identifikasi persepsi mengenai masalah pemeliharaan kesehatan pada lansia

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				<p>alternative yang akan diambil untuk lanjut usia</p> <p>b. Mampu mengambil keputusan terkait tindakan dengan mengetahui 5 dari 6 akibat pengabaian</p>	<p>alternative yang akan diambil :</p> <p>Alternatif pemecahan masalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga lanjut usia saat berada di rumah dan diluar rumah 2. Membatasi aktivitas sehari-hari lansia 3. Membantu lansia melakukan aktifitas fisik. <p>b. Akibat dari pengabaian pada lansia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan pemenuhan kebutuhan nutrisi lanjut usia 2. Ketidakefektifan kebutuhan cairan untuk lanjut usia 3. Kurangnya kebersihan diri pada lansia 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Diskusikan bersama keluarga kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Berikan informasi yang diminta pasien 5. Berikan alternatif solusi secara jelas

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				terhadap lansia : 1. Ketidakseimbangan pemenuhan kebutuhan nutrisi lanjut usia 2. Ketidakefektifan kebutuhan cairan 3. Kurangnya kebersihan diri pada lansia 4. Timbulnya perasaan sedih pada lansia 5. Kurang dukungan keluarga dalam kehidupan lansia	4. Timbulnya perasaan sedih pada lansia 5. Kurang dukungan keluarga dalam kehidupan lansia 6. Lansia merasa sepi di usia yang sudah menua.	
			TUK 3 Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dapat melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan	Pemeliharaan kesehatan (L.12106) meningkat dengan a. Keluarga mampu merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh 1. Keluarga memberikan	a. Merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh : 1. Memberi bantuan pada lansia 2. Menyiapkan	Edukasi prosedur tindakan (I.12442) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				bantuan kepada lansia 2. Keluarga menyediakan makanan dan minuman untuk lansia 3. Menemani lansia saat bepergian b. Keluarga dan lansia mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengalihkan rasa nyeri	makanan dan minuman untuk lansia 3. Menemani lansia saat ke kamar mandi atau keruangan 4. Menemani lansia saat berpergian. b. Keluarga dan lansia mendemonstrasikan latihan teknik relaksasi : nafas dalam	3. Menjelaskan tujuan dan manfaat Tindakan relaksasi nafas dalam 4. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam 5. Anjurkan bertanya jika tidak mengerti
			TUK 4 Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang	Pemeliharaan kesehatan (L.12106) meningkat dengan keluarga mampu a. Menjalankan 3 dari 4 perilaku sehat dengan pemeliharaan lingkungan yang aman dan tenang	a. Cara memelihara lingkungan yang aman dan tenang pada lansia dengan masalah kesehatan	Edukasi keselamatan rumah (I.12385) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				bagi lansia : 1. Kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti) 2. Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel hindari lantai licin) 3. Menjaga sirkulasi udara dengan membuka jendela atau pintu	1. Kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti) 2. Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel hindari lantai licin) 3. Menjaga sirkulasi udara dengan membuka jendela atau pintu 4. Penerangan yang cukup tidak terlalu terang ataupun gelap	2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Informasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah 5. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin
			TUK 5 Dalam 1x30 menit Lansia dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan	Ketahanan keluarga (L.09074) meningkat dengan keluarga dan lansia mampu mengakses fasilitas kesehatan yang dapat digunakan 1. Puskesmas 2. Praktek Bidan	Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan 1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Klinik Swasta 4. Dokter 5. Praktek Bidan	Edukasi perilaku upaya kesehatan (I.12435) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Diskusikan bersama keluarga mengenai faslitas kesehatan 4. Berikan kesempatan untuk

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
						bertanya 5. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan

4. Implementasi Keperawatan

Tahap selanjutnya yaitu implementasi keperawatan, tujuan dilakukannya implementasi adalah untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi kelangsungan hidup (Widagdo, 2016). Implementasi dari keperawatan dapat dilakukan untuk individu dalam keluarga maupun untuk anggota keluarga lainnya yang pelaksanaannya mempengaruhi individu (Riasmini et al., 2017 dalam (Salamung et al., 2021)). Pada tahap ini, perawat sudah siap untuk melakukan prosedur dan aktivitas yang tercatat dalam rencana perawatan pasien. Tahap implementasi atau pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan yaitu validasi rencana asuhan, dokumentasi rencana asuhan, penyampaian asuhan dan pendataan (Nasrullah, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan yang melengkapi proses keperawatan, yaitu seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan implementasi telah berhasil dilaksanakan, meskipun fase evaluasi ini berada pada akhir proses keperawatan, namun evaluasi merupakan bagian penting dari setiap fase pekerjaan keperawatan (Widagdo, 2016). Kegiatan asesmen yang dilakukan oleh perawat termasuk menilai kemajuan status kesehatan klien dalam konteks keluarga, membandingkan respons individu dan keluarga dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dan menentukan hasil dari masalah terkait pengobatan dan kemajuan menuju tujuan yang ditetapkan (Salamung et al., 2021). Evaluasi juga didefinisikan sebagai keputusan keefektifan pekerjaan keperawatan yang berpusat pada respons perilaku klien (Kholifah, 2016).

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang dipakai pada penelitian ini adalah deskriptif berbentuk studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan suatu jenis penelitian yang bertujuan buat menaruh gambaran (deskripsi) berdasarkan suatu kenyataan. Studi deskriptif menyajikan peneliti sejumlah liputan tentang aneka macam keadaan sosial, contohnya buat mendeskripsikan karakteristik-karakteristik eksklusif berdasarkan suatu sampel atau populasi penelitian (Purba, 2012), dimana penelitian deskriptif disini menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas.

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian berada di wilayah RT 02 RW 04 Sawahan Timur wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang yang merupakan jumlah kunjungan lansia terbanyak 3 bulan terakhir. Waktu penelitian mulai dari bulan November 2022 sampai Mei 2023. Asuhan keperawatan diberikan sebanyak 12 kali kunjungan dimulai sejak tanggal 06 April 2023 sampai tanggal 12 Mei 2023.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Suatu keseluruhan subjek yang menjadi satu kesatuan studi, yang dapat terdiri dari orang, benda, tumbuhan, hewan, peristiwa, gejala dan lain-lain dengan ciri-ciri tertentu (Purba & Simanjuntak, 2012). Populasi pada penelitian ini yaitu 5 orang lansia yang dicurigai mengalami pengabaian di RT 02 RW 04 Sawahan Timur wilayah kerja Puskesmas Andalas.

2. Sampel

Sampel merupakan objek penyelidikan dan dianggap mewakili seluruh populasi (Purba & Simanjuntak, 2012). Jumlah sampel yang diperiksa adalah 1 orang lansia. Untuk memilih sampel dari 5 populasi

digunakan teknik *purposive sampling* yang memungkinkan sampel dipilih berdasarkan aspek atau kriteria tertentu oleh peneliti dengan karakteristik populasi. Adapun kriteria inklusi dan kriteria eksklusi adalah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Lansia yang tinggal dengan keluarga seperti pasangan, anak, cucu, atau menantu.
- 2) Keluarga dan lansia yang kooperatif dan bersedia dilakukan atau diberi asuhan keperawatan.
- 3) Keluarga dengan tingkat kemandirian tingkat II : a) Dapat mengungkapkan masalah kesehatannya; b) Melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan.
- 4) Lansia yang masuk dalam kategori teori pengabaian. (pergi ke pelayanan kesehatan sendiri, kekurangan nutrisi, pakaian tidak bersih, bau badan, kehilangan alat bantu seperti alat bantu jalan, alat bantu dengar, gigi palsu, kacamata serta alat bantu lainnya, luka atau lecet karena tidur terlalu lama, dimarah-marahi, diancam atau diterror, dihina, dikucilkan dari teman atau kegiatan, dehidrasi (kurang cairan), tidak mendapatkan perhatian dalam pelayanan kesehatan, terlambat dalam melakukan pengobatan).

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Lansia yang tidak mau dijadikan partisipan.
- 2) Lansia yang tinggal sendiri.
- 3) Lansia yang tidak berada di tempat, atau pindah saat dilakukan penelitian.
- 4) Lansia dan keluarga tidak kooperatif dan tidak mengikuti kegiatan secara penuh.

Dalam penelitian ini peneliti melakukan skrining terhadap populasi dimana form skrining diadopsi dari (Putri, 2021). Dari 5 orang populasi yang disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi, di dapatkan 4 orang lansia yang sesuai dengan kriteria,

dimana 1 orang lansia tinggal sendiri, kemudian peneliti melakukan skrinning menggunakan form skrinning dimana di dapatkan 2 lansia yang nilai skrinning nya sama, untuk mendapatkan 1 sampel peneliti melakukan teknik *simple random sampling* dengan cara menuliskan nama-nama lansia tersebut pada secarik kertas yang diletakkan dalam kotak. Setelah itu, kertas dalam kotak tersebut diaduk dan diambil satu kertas secara acak, sehingga pada akhirnya didapatkan 1 sampel yang dijadikan partisipan.

D. Teknik Pengumpulan Data

Sebagai teknik pengumpulan data, digunakan metode berupa observasi, pengukuran, wawancara mendalam dan dokumentasi secara bersamaan untuk sumber data yang sama.

1. Observasi

Dalam penelitian ini peneliti melihat kondisi lansia dan mengamati keluarga yang tinggal bersama lansia serta kondisi fisik dari lingkungan lansia (kebersihan pakaian, kamar tidur, kamar mandi, rumah, kebersihan tubuh lansia, adanya luka pada lansia, akses lansia untuk mengambil suatu barang dan pelayanan kesehatan).

2. Pengukuran

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengukuran berupa suhu, denyut nadi, tekanan darah, pernafasan, tinggi badan, berat badan serta lingkaran lengan atas.

3. Wawancara

Dalam penelitian ini, wawancara yang dilakukan peneliti dengan keluarga responden, ditanyakan mengenai keluhan yang dirasakan lansia, riwayat kesehatan dahulu lansia, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas keluarga, stres yang dialami keluarga, coping keluarga, dan klarifikasi tentang harapan keluarga serta penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Studi Dokumentasi

Dengan mempelajari dokumentasi penelitian ini, peneliti memperoleh tambahan informasi dari dokumen- dokumen yang ada di puskesmas Andalas, Posbindu Lansia, serta ketua RT 02 RW 04 mengenai lansia.

E. Alat Atau Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dimulai dari pengkajian hingga evaluasi. Alat penilaiannya adalah format pengkajian keluarga dan lansia. Informasi yang dikumpulkan melalui wawancara dan anamnesa meliputi informasi umum, riwayat keluarga dan tahap perkembangan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stresor dan koping keluarga, serta harapan keluarga. Informasi yang dikumpulkan melalui observasi meliputi karakteristik rumah, perilaku keluarga dan pemeriksaan fisik. Data yang diperoleh dari pengukuran meliputi tekanan darah, berat badan, tinggi badan, nadi, respirasi, suhu dan lingkaran lengan atas. Untuk melengkapi data pra-penilaian peserta, peneliti menggunakan stetoskop, tensi meter, penlight, timbangan berat badan dan staturemeter.

F. Jenis-Jenis Data

1. Data primer

Peneliti mengumpulkan data primer langsung dari sumber data atau pelanggan. Informasi utama yang diperoleh peneliti melalui wawancara dan anamnesa langsung, meliputi identitas semua anggota keluarga klien, riwayat keluarga klien, aktivitas klien sehari-hari di rumah, dan pemeriksaan fisik anggota keluarga klien. Data primer juga diperoleh dengan mengamati keluarga lansia, seperti perilaku keluarga, kondisi lingkungan lansia dan kondisi fisik lansia.

2. Data Sekunder

Data sekunder diambil langsung dari dokumentasi pelayanan kesehatan, yaitu. Puskesmas, dokumentasi kader dan ketua RT tempat lansia tinggal yaitu Kelurahan Sawahan Timur.

G. Analisis

Informasi yang ditemukan peneliti selama pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh melalui analisis, peneliti segera merumuskan diagnosa keperawatan, setelah itu ditentukan prioritas masalah untuk merumuskan dan menentukan diagnosis yang diinginkan. Kemudian, peneliti menyiapkan intervensi atau rencana, mengimplementasikan intervensi yang direncanakan, dan melanjutkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan. Terakhir, peneliti melakukan dokumentasi. Dalam analisis berikut, peneliti membandingkan asuhan keperawatan menurut teori dan literatur.

BAB IV

DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

Kunjungan dilakukan pada keluarga nenek B dengan masalah pengabaian lansia dalam keluarga. Nenek B tinggal bersama anak perempuan, menantu dan satu orang cucunya. Nenek B sering dirumah sendirian karena anaknya bekerja. Nenek B sering mengeluh punggung dan pinggangnya nyeri secara tiba-tiba, pusing dan juga sakit kepala, namun anggota keluarga terlihat kurang mampu dalam merawat dan memperhatikan kesehatan nenek B dimana ketika sakit hanya minum obat yang dibeli diwarung, karena keluarga menganggap hal tersebut hanya proses penuaan saja dan jarang ke fasilitas kesehatan karena tidak ada keluarga yang menemaninya. Kunjungan pada partisipan dimulai pada tanggal 06 April 2023 sampai 12 Mei 2023. Kunjungan dilakukan sebanyak 12 kali kunjungan, lokasi penelitian dilakukan di RT 02 RW 04 Sawahan Timur, Kota Padang Sumatera Barat.

1. Pengkajian

a. Data Umum

Nenek B (78 tahun) adalah seorang ibu bagi anaknya dan seorang nenek bagi cucunya, suami nenek B sudah 5 tahun meninggal, dan nenek B juga sudah tidak bekerja lagi, dimana agama yang dianut nenek B yaitu agama islam, suku nenek B melayu. Sekarang nenek B tinggal bersama menantunya yaitu Tn.H (38 tahun), istri Tn. H sekaligus anak perempuan terakhir nenek B yaitu Ny. G (37 tahun), dan anak dari Tn. H dan Ny. G sekaligus cucu nenek B berumur 4 tahun yaitu An. A. Keluarga ini merupakan three generation family terdiri dari nenek, anak dan cucu.

b. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

1. Tahap Perkembangan Keluarga Saat ini

Tahap perkembangan keluarga Tn. H saat ini adalah tahap III yaitu tahap dimana saat anak berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Nenek B tinggal dengan anak keempatnya yaitu Ny. G yang merupakan istri

dari Tn. H, sedangkan anak pertama, kedua dan ketiga Nenek B lainnya tinggal dan bekerja di luar kota.

2. Tugas Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu membantu anak untuk bersosialisasi, pembagian waktu untuk individu, pasangan, anak, serta kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang anak.

3. Riwayat Keluarga Inti

Nenek B sudah berusia 78 tahun semua fungsi tubuhnya sudah mulai menurun, seperti fungsi otot, nenek B memiliki kelemahan pada otot ekstremitas bawah, nenek B berjalan lambat dan sudah mulai membungkuk serta nenek B tidak memakai alat bantu. Nenek B sering mengeluh punggung dan pinggang nya nyeri secara tiba-tiba, pusing dan juga sakit kepala, nenek B ketika sakit hanya minum obat yang dibeli diwarung. Anak nenek B jarang menemani nenek B ke fasilitas kesehatan untuk mengontrol kesehatannya karena menganggap hal tersebut hanya proses penuaan saja, Keluarga nenek B juga tidak memotivasi nenek B melakukan perawatan diri, maupun membantu nenek B melakukan perawatan diri baik mandi, berhias dan perawatan kuku. Ny G dan Tn. H bekerja membuka usaha jual beli rempah (bumbu) di sebuah kedai di pasar Simpang Haru dari pagi hingga sore. Cucu nenek B belum sekolah dimana Ny. G terkadang membawanya ke kedai ataupun menitipkannya ke keluarga dari Tn. H.

4. Riwayat Keluarga sebelumnya

Keluarga nenek B tidak memiliki riwayat penyakit keluarga atau keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, maupun penyakit jantung.

c. Lingkungan

Rumah milik keluarga nenek B adalah rumah semi permanen dengan luas kira-kira $8 \times 18 \text{ m}^2$ dengan atap menggunakan seng, dengan lantai keramik. Terdapat 1 ruang tamu yang digabung dengan ruang keluarga dimana lantainya licin dan berdebu, karena ketika mencuci peralatan masak di luar, tidak dikeringkan sampai benar-benar kering sehingga airnya menetes ke lantai di dalam rumah, serta disana terdapat mainan cucu nenek B, peralatan dapur yang berserakan dan pakaian yang tergantung sembarangan. Ada 2 kamar tidur, 1 kamar untuk Ny. G dan 1 untuk nenek B dimana kondisi pencahayaan dikamar masih kurang memadai (remang-remang) serta terdapat pula kain yang berserakan diatas tempat tidur selain itu kamar nenek B juga tidak terdapat tempat air minum ataupun galon, sehingga jika nenek B ingin minum harus mengambilnya ke dapur terlebih dahulu.

Dirumah nenek B juga ada 1 dapur dan 1 kamar mandi, serta 1 ruang tamu, keadaan lantai kamar mandi keluarga nenek B licin karena jarang dibersihkan, serta pencahayaan yang masih kurang memadai (remang-remang) dan tidak terdapat pegangan bagi nenek B, terdapat jamban dikamar mandi, dimana saluran pembuangan jamban berbeda dengan aliran pembuangan tempat cuci piring. Rumah keluarga nenek B sedikit pengap karena jendela yang jarang dibuka, serta ventilasi yang tertutup gordena. Terdapat 1 sofa di ruang tamu nenek B. Keluarga biasanya membuang sampah didepan rumah dan ada petugas yang mengambil sampah tersebut.

d. Struktur Keluarga

1. Pola Komunikasi Keluarga

Komunikasi antar keluarga adalah komunikasi terbuka, dimana komunikasi antar keluarga cukup baik. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa minang. Nenek B berkomunikasi dengan

anak serta cucunya.

2. Struktur Kekuatan Keluarga

Meskipun anak nenek B selalu sibuk, tetapi jika diberi nasihat oleh nenek B anaknya akan mematuhi serta mendengarkan nasihat nenek B, begitupun dengan menantu nenek B yaitu Tn. H.

3. Struktur Peran

Nenek B berperan sebagai orang tua dari anaknya dan Nenek dari cucunya, dan berperan dalam memberikan nasehat serta penengah dalam keluarganya. Namun nenek B merasa dirinya sudah tua sehingga tidak banyak pekerjaan yang dapat ia lakukan, serta nenek B juga merasa malu karena beranggapan bahwa dirinya hanya menjadi beban bagi anak-anaknya. Nenek B tinggal dengan anak, menantu dan juga cucunya. Tn. H berperan sebagai kepala keluarga, suami, ayah dan menantu dimana Tn. H berperan untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarganya, membimbing keluarganya, serta melindungi anak dan keluarganya, sedangkan Ny. G berperan sebagai anak, istri dan ibu bagi anaknya dimana Ny. G berperan mengurus ibu, suami dan anaknya, melayanai dan membantu suaminya serta mendidik anaknya. An. N berperan sebagai cucu dan juga anak dari Ny. G dan Tn. H dimana An. N pada usianya ia berperan untuk bermain serta mempelajari hal-hal yang ada di lingkungan sekitarnya.

4. Nilai dan Norma Budaya

Tidak ada nilai-nilai tertentu dan nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan yang dianut keluarga nenek B. Menurut keluarga kesehatan merupakan hal yang penting. Nenek B dan keluarga biasanya membeli obat yang diwarung jika sakit dan jarang ke fasilitas kesehatan.

e. Fungsi Keluarga

Nenek B mengetahui akan kelemahan yang dialaminya. Biasanya saat sakit nenek B akan mengonsumsi obat yang dibeli diwarung dan apabila tidak ada perubahan baru dibawa ke klinik ataupun

bidan terdekat. Keluarga nenek B masih belum mampu memodifikasi lingkungan yang nyaman dan aman untuk kesehatan, keluarga nenek B juga menganggap masalah yang terjadi pada nenek B karena penuaannya saja. Depan rumah nenek B kurang bersih karena dedaunan serta terdapat keran air yang juga biasa dipakai untuk mencuci peralatan masak sehingga membuat depan rumah menjadi becek. Keluarga nenek B juga terlihat tidak memotivasi nenek B untuk melakukan perawatan diri ataupun membantu nenek B melakukan perawatan diri.

Didalam rumah nenek B lantainya berdebu, terkadang juga basah dan licin karena ketika mencuci peralatan masak di luar, tidak dikeringkan sampai benar-benar kering sehingga airnya menetes ke lantai di dalam rumah, serta keluarga masuk ke dalam rumah dengan kondisi kaki yang masih basah. Selain itu di bagian ruang tamu nenek B, terlihat mainan cucu dan peralatan dapur yang tidak tersusun rapi, serta terdapat pakaian yang digantung sembarangan, ventilasi yang tertutup gordena dan jendela rumah yang jarang dibuka sehingga terasa pengap dan udara tidak bertukar, untuk kamar mandi nenek B lantainya pun licin, lampunya kurang memadai (remang-remang) serta tidak ada pegangan untuk nenek B. Keluarga nenek B jarang menemani nenek B mengontrol kesehatannya ke fasilitas kesehatan karena pekerjaan yang memakan banyak waktu.

f. Stress Dan Koping Keluarga

1. Stressor jangka Pendek

Beban pikiran nenek B yaitu selalu memikirkan anak-anaknya dirantau yang jarang mengunjunginya, nenek B juga sering menangiskarna anak-anaknya yang jarang melihatnya dan kadang menganggap bahwa dirinya sudah terlalu tua, sehingga tidak begitu banyak dapat melakukan pekerjaan serta merasa malu karena menganggap dirinya sebagai beban bagi anak-anaknya.

2. Stressor Jangka Panjang

Pemikiran kedepan nenek B yaitu cemas tentang keadaan fisiknya yang semakin menurun, takut sesuatu terjadi padanya saat anak dan cucunya tidak ada dirumah.

3. Kemampuan Keluarga Berespon terhadap Masalah

Untuk membantu pekerjaan rumah anaknya nenek B terkadang membersihkan rumput dan membersihkan halaman depan rumah keluarga nenek B, jika nenek B sakit nenek B akan beristirahat dan meminum obat warung.

4. Strategi Koping yang Digunakan

Jika ada masalah dalam keluarga, biasanya keluarga nenek B mencari jalan keluar dengan bermusyawarah. Jika terdapat masalah yang tidak bisa diselesaikan, nenek B dan keluarga akan tetap mencari jalan keluar dengan musyawarah tanpa mengedepankan ego dan emosi serta nenek B juga menerima apapun yang terjadi padanya terkait penyakitnya, karena beliau yakin semua sudah diatur oleh Allah SWT.

5. Strategi Adaptasi Fungsional

Jika merasa lelah dan sakit Nenek B akan beristirahat dan tidur.

6. Strategi Adaptasi Disfungsional

Keluarga nenek B jika ada masalah kesehatan tidak membiarkannya begitu saja, apabila ada anggota keluarga yang sakit dibelikan obat yang dibeli diwarung apabila tidak ada perubahan maka dibawa ke pelayanan kesehatan.

g. Harapan Keluarga

Keluarga nenek B berharap mereka semua selalu diberikan kesehatan, keberkahan, dan rezeki yang cukup oleh allah SWT. Keluarga berharap dengan adanya petugas kesehatan yang mengunjunginya, akan ada perubahan tingkah laku yang dapat dilakukan oleh nenek B dan keluarga, dalam menunjang peningkatan kesehatan nenek B dan keluarga.

h. Pemeriksaan fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil tanda-tanda vital nenek B yaitu tekanan darah 130/80 mmhg, nadi 75 kali per menit, pernapasan 19 kali per menit dan suhu 36,6 °C, pada pemeriksaan tinggi badan nenek B didapat 140 cm, berat badan 40 kg didapatkan hasil IMT 20,40 Pada pemeriksaan ekstremitas, nenek B mengeluh akan kelemahan pada ekstermitas nya, nenek B tidak menggunakan alat bantu berjalan.

2. Diagnosa Keperawatan

a. **Resiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman**

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan terhadap nenek B didapatkan diagnosa utama pada nenek B yaitu resiko jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman yang ditandai dengan nenek B mengatakan kakinya lemah dan mulai sulit berjalan, nenek B mengatakan pernah hampir tergelincir dikamar mandi akibat lantai licin, keluarga mengatakan tidak mampu membuat lingkungan yang aman untuk lansia. Dari hasil observasi tampak kaki nenek B lemah dan sulit berjalan serta membungkuk, di ruang tamu nenek B banyak peralatan bumbu dan mainan cucunya yang tidak ditata dengan rapi, nenek B tidak menggunakan tongkat, nenek B hanya berjalan lambat-lambat.

b. **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat**

Diagnosa keperawatan kedua pada nenek B yaitu pemeliharaan kesehatan tidak efektif dimana, nenek B mengatakan sering pusing dan juga sakit punggung, keluarga mengatakan sering meninggalkan nenek B dirumah, keluarga mengatakan tidak tahu masalah kesehatan yang dialami nenek B, dan menganggap itu hanya proses penuaan saja. Nenek B mengatakan mengkonsumsi obat yang dibeli diwarung ketika sakit kepala, Keluarga mengatakan jarang menemani nenek B kontrol kesehatan ke fasilitas kesehatan. Dari hasil observasi tampak anak

nenek B sering keluar dan cucunya jarang berada dirumah, Rumah kurang bersih dan kurang tertata rapi serta banyak baju yang tergantung sembarangan.

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat

Diagnosa keperawatan ketiga pada nenek B yaitu defisit perawatan diri dimana nenek B mengatakan mandi hanya 1 kali dalam sehari, nenek B mengatakan mandi hanya disore hari, nenek B mengatakan malas mandi karena takut terpeleset dikamar mandi, anak nenek B juga tidak memotivasi dan membimbing nenek B untuk mandi supaya tidak tergelincir. Nenek B mengeluh lemah pada ekstremitas bawah. Dari hasil observasi tampak nenek B kurang bersih, tercium bau keringat, kuku nenek B tampak panjang dan kurang bersih.

3. Intervensi Keperawatan

a. Resiko jatuh

Untuk diagnosa resiko jatuh intervensi yang akan dilakukan yaitu : memberikan pendidikan kesehatan mengenai resiko jatuh pada lansia meliputi pengertian resiko jatuh, penyebab resiko jatuh, akibat resiko jatuh, pencegahan resiko jatuh, serta cara pencegahan resiko jatuh dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terkait resiko jatuh terhadap lansia, kemudian mengajarkan cara perawatan lansia dengan resiko jatuh diantaranya keluarga membantu lansia melakukan latihan fisik, mendemonstrasikan salah satu latihan fisik yaitu senam otago, keluarga dapat menyediakan alat bantu jalan yang aman digunakan bagi lansia, keluarga menyediakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin, keluarga memotivasi lansia melakukan aktivitas fisik, lansia ditemani keluarga pergi ke fasilitas kesehatan. Kemudian dilanjutkan dengan kegiatan cara memodifikasi lingkungan yaitu dengan membuat lantai rumah tidak licin dengan ventilasi yang bagus, penerangan yang cukup, barang tertata rapi dan tidak berantakan, kamar mandi tidak licin, suasana rumah tenang dan tidak ada konflik, serta

pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan oleh keluarga yaitu puskesmas, praktek bidan.

b. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Untuk diagnosa pemeliharaan kesehatan tidak efektif intervensi yang akan dilakukan yaitu : pendidikan kesehatan mengenai pengetahuan untuk mencegah terjadinya pengabaian pada lansia meliputi pengertian lanjut usia, pengabaian, penurunan fungsi yang dialami lansia, jenis pengabaian, serta cara merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh, dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terhadap masalah pengabaian pada lansia. Kemudian memberikan pendidikan mengenai cara merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh, yaitu memberi bantuan pada lansia, menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia, menemani lansia saat ke kamar mandi atau keruangan, menemani lansia saat berpergian serta melakukan demonstrasi teknik relaksasi nafas dalam. Selanjutnya dilakukan pendidikan kesehatan cara memodifikasi lingkungan yaitu menjaga kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti), melakukan kebersihan lantai (menyapu dan mengepel hindari lantai licin) menjaga sirkulasi udara dengan membuka jendela atau pintu, memberikan enerangan yang cukup tidak terlalu terang ataupun gelap serta pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan oleh keluarga yaitu puskesmas, praktek bidan.

c. Defisit perawatan diri

Untuk diagnosa defisit perawatan diri intervensi yang akan dilakukan yaitu pendidikan kesehatan mengenai pengetahuan kebersihan diri pada lansia meliputi pengertian kebersihan diri, penyebab terjadinya masalah kebersihan diri, tanda dan gejala masalah kebersihan diri serta cara perawatan diri, dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terkait defisit perawatan diri. Kemudian memberikan pendidikan kesehatan tentang cara merawat lanjut usia yang mengalami masalah defisit perawatan diri yaitu mandi, menggosok

gigi, mencuci rambut, memotong kuku, berpakaian rapi dan bersih, berhias serta melakukan demonstrasi cara perawatan kuku yang baik dan benar. Kemudian dilakukan pendidikan kesehatan mengenai cara modifikasi lingkungan yaitu menjaga agar kamar mandi tidak licin, memberikan penerangan yang cukup, ventilasi (jendela dan pintu dibuka, kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti), pemenuhan kebutuhan kebersihan diri (peralatan mandi, shampoo, sabun, pasta gigi) serta pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Setelah merumuskan intervensi yang disusun, maka langkah selanjutnya adalah melaksanakan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.

a. Resiko jatuh

Pada tanggal 06 April 2023 dilakukan kunjungan ke rumah nenek B, yaitu dengan kegiatan memberikan pendidikan kesehatan mengenai resiko jatuh pada lansia meliputi pengertian resiko jatuh, penyebab resiko jatuh, akibat resiko jatuh, pencegahan resiko jatuh, serta cara pencegahan resiko jatuh dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terkait resiko jatuh terhadap lansia. Pada tanggal 05 Mei 2023 dilakukan kunjungan pada keluarga nenek B dengan kegiatan cara perawatan lansia dengan resiko jatuh diantaranya keluarga membantu lansia melakukan latihan fisik, mendemonstrasikan salah satu latihan fisik yaitu senam otago, keluarga dapat menyediakan alat bantu jalan yang aman digunakan bagi lansia, keluarga menyediakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin, keluarga memotivasi lansia melakukan aktivitas fisik, lansia ditemani keluarga pergi ke fasilitas kesehatan. Pada tanggal 06 Mei 2023 dilakukan kunjungan ke rumah keluarga nenek B dengan kegiatan cara memodifikasi lingkungan yaitu dengan membuat lantai rumah tidak licin dengan ventilasi yang bagus, penerangan yang cukup, barang tertata rapi dan tidak berantakan, kamar mandi tidak licin, suasana rumah tenang dan tidak ada konflik, serta pemanfaatan fasilitas

kesehatan yang dapat digunakan oleh keluarga yaitu puskesmas, praktek bidan.

b. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Pada tanggal 07 Mei 2023 dilakukan kunjungan ke rumah nenek B dengan kegiatan yaitu pendidikan kesehatan mengenai pengetahuan untuk mencegah terjadinya pengabaian pada lansia meliputi pengertian lanjut usia, pengabaian, penurunan fungsi yang dialami lansia, jenis pengabaian, serta cara merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh, dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terhadap masalah pengabaian pada lansia. Pada tanggal 08 Mei 2023 dilakukan kunjungan dengan kegiatan memberikan pendidikan mengenai cara merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh, yaitu memberi bantuan pada lansia, yaitu menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia, menemani lansia saat ke kamar mandi atau keruangan, menemani lansia saat berpergian serta melakukan demonstrasi teknik relaksasi nafas dalam. Pada tanggal 09 Mei 2023, dilakukan kunjungan dengan kegiatan pendidikan kesehatan tentang cara memodifikasi lingkungan yaitu menjaga kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti), melakukan kebersihan lantai (menyapu dan mengepel hindari lantai licin) menjaga sirkulasi udara dengan membuka jendela atau pintu, memberikan penerangan yang cukup tidak terlalu terang ataupun gelap serta pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan oleh keluarga yaitu puskesmas, praktek bidan.

c. Defisit perawatan diri

Pada tanggal 10 Mei 2023 dilakukan kunjungan ke rumah nenek B yaitu kegiatan pendidikan kesehatan mengenai pengetahuan kebersihan diri pada lansia meliputi pengertian kebersihan diri, penyebab terjadinya masalah kebersihan diri, tanda dan gejala masalah kebersihan diri serta cara perawatan diri, dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terkait defisit perawatan diri. Pada tanggal 11 Mei 2023 dilakukan kunjungan ke rumah nenek B dengan kegiatan pendidikan

kesehatan tentang cara merawat lanjut usia yang mengalami masalah defisit perawatan diri yaitu mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, memotong kuku, berpakaian rapi dan bersih, berhias serta melakukan demonstrasi cara perawatan kuku yang baik dan benar. Pada tanggal 12 Mei 2023 dilakukan pendidikan kesehatan mengenai cara modifikasi lingkungan yaitu menjaga agar kamar mandi tidak licin, memberikan penerangan yang cukup, ventilasi (jendela dan pintu dibuka, kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti), pemenuhan kebutuhan kebersihan diri (peralatan mandi, shampoo, sabun, pasta gigi) serta pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan setiap selesai melakukan intervensi keperawatan evaluasi untuk diagnosa I, II, dan III sesuai TUK, yaitu :

a. Resiko Jatuh

Keluarga sudah mampu mengenal masalah resiko jatuh pada lansia dimana keluarga dapat menyebutkan pengertian resiko jatuh, penyebab dan cara merawat lansia dengan resiko jatuh, keluarga dapat memberikan keputusan terkait resiko jatuh pada lansia, dan keluarga mampu merawat lansia yang mengalami resiko jatuh dengan sudah menata barang yang berserakan, lantai sudah tidak licin, dan membantu lansia melakukan aktifitas fisik, dan membuat lingkungan yang aman bagi lansia dengan resiko jatuh serta dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

b. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Keluarga sudah mampu mengenal masalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif dengan keluarga menyebutkan pengertian pengabaian, penyebab dan cara merawat lansia dengan pengabaian, keluarga sudah dapat mengambil keputusan dengan akan merawat lansia yang mengalami pengabaian, keluarga dapat merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh dengan dapat mengulang kembali teknik relaksasi nafas dalam serta membuat lingkungan yang aman dan

bersih bagi lansia dengan mengganti sprei, membuka jendela sehingga udara bersih dapat masuk dan memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan mengantarkan lansia pergi berobat.

c. Defisit perawatan diri

Keluarga dan lansia sudah mampu mengenal masalah defisit perawatan diri dengan menyebutkan pengertian, penyebab serta cara melakukan perawatan diri terhadap lansia, keluarga juga dapat mengambil keputusan dengan merawat lansia serta membantu lansia melakukan perawatan kuku dan sudah membuat lingkungan dengan lantai kamar mandi sudah tidak licin, dan menyediakan kebutuhan mandi, gosok gigi dan berhias untuk lansia, serta sudah mengantarkan lansia berobat ke pelayanan kesehatan.

B. Pembahasan Kasus

Setelah dilakukan penerapan asuhan keperawatan keluarga pada nenek B sebagai partisipan dengan masalah pengabaian pada lanjut usia dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang sejak tanggal 06 April 2023 sampai tanggal 12 Mei 2023 sebanyak 12 kali kunjungan, maka pada BAB pembahasan peneliti akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada partisipan antara teori dengan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, merumuskan rencana tindakan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi keperawatan.

a. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan peneliti kepada nenek B serta keluarganya dengan menggunakan metode pengkajian keluarga, yaitu wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Saat dilakukan pengkajian nenek B mengeluhkan kelemahan fisiknya, seperti mengalami kesulitan dalam berjalan namun tidak menggunakan alat bantu berjalan tidak menggunakan tongkat, mengeluh sakit pinggang dan punggung, jika sakit hanya minum obat di warung karena keluarga menganggap itu hanya proses penuaan saja. Nenek B tinggal bersama anak perempuan, menantu dan satu cucunya.

Nenek B sering ditinggal dirumah sendirian. Dirumah nenek B hanya bisa melakukan pekerjaan rumah yang bisa dia lakukan seperti membersihkan rumput didepan rumah, nenek B juga jarang mandi dimana ia hanya mandi 1 kali sehari karena takut terjatuh dikamar mandi. Keluarga jarang memperhatikan serta membantu nenek B untuk merawat kebersihan diri baik itu untuk mandi maupun kebersihan kuku serta keluarga juga tidak memotivasi nenek B untuk melakukan perawatan diri dan juga jarang mengantarkan nenek B mengontrol kesehatan rutin di pelayanan kesehatan.

Lingkungan teras rumah nenek B juga becek dan licin karena terdapat kran untuk tempat pencucian peralatan masak selain itu lantai rumah nenek B licin dan juga berdebu karena air dari peralatan memasak yang habis dicuci tidak dikeringkan sampai benar – benar kering terlebih dahulu. nenek B memiliki ruang tamu yang terdapat TV dan lantainya hanya dialas dengan karpet dan memiliki 1 kursi tamu. Lantai rumah nenek B terdapat debu sehingga kaki terasa tidak nyaman saat berjalan, barang-barang terlihat berserakan seperti peralatan memasak serta mainan dari cucu nenek B, jendela di rumah nenek B juga jarang dibuka begitupun ventilasi sehingga rumah terasa pengap. Penerangan dirumah nenek B menggunakan listrik, namun untuk kamar mandi dan kamar penerangannya masih kurang memadai (remang-remang), kamar mandi berlantai semen yang sudah mulai berlumut sehingga menjadi licin.

Berdasarkan data pengkajian yang peneliti dapatkan terdapat kesesuaian penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2020), dimana pengkajian pada lansia dengan pengabaian yang didapatkan yaitu mengeluhkan kelemahan fisik, sering ditinggal dirumah sendirian, kebersihan diri jarang diperhatikan oleh keluarga, lingkungan tidak bersih dan juga jarang mengontrol kesehatan rutin di pelayanan kesehatan. Dimana kondisi yang dialami nenek B sesuai dengan yang diutarakan oleh (Mauk, Kristen, 2010 dalam (Amri, 2019)) yaitu pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia

sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia.

Sejalan dengan itu (Hamsah et al., 2021) yang menyatakan pengabaian adalah keadaan yang terkait dengan ketidakmampuan pengasuh untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh lansia, dalam memenuhi kebutuhan kesehatan fisik, mental, individu, serta ketika pengasuh gagal memberikan layanan yang baik untuk memenuhi kebutuhan yang diperlukan, agar lansia dapat memenuhi fungsi secara optimal dan jauh dari bahaya.

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh (Amri & Renidayati, 2018) tanda – tanda adanya bentuk pengabaian yang dialami lansia yaitu: a) Terlambat melakukan pengobatan; b) Dehidrasi (kurang cairan); c) Ulkus dekubitus (borok pada daerah yang tertekan biasanya terjadi jika tidur terlalu lama karena suatu penyakit); d) Kondisi kebersihan diri yang kurang; e) Perubahan pemberian pelayanan kesehatan (biasanya diperhatikan menjadi tidak diperhatikan); f) Kehilangan alat bantu seperti gigi palsu, kacamata, alat bantu dengar. Terdapat dua perbedaan yang dialami oleh nenek B yaitu ulkus dekubitus dan dehidrasi, dimana pada kasus ini nenek B tidak mengalami masalah ulkus dekubitus maupun dehidrasi. Hal ini dibuktikan dengan diperoleh hasil pemeriksaan fisik yang terlihat mukosa bibir nenek B tidak kering dan pecah – pecah serta IMT nenek B yaitu 20,40 yang dikategorikan normal.

Berdasarkan asumsi peneliti perbedaan tersebut bisa terjadi karena keluarga hanya mementingkan kebutuhan nutrisi dibandingkan dengan kebutuhan psikososial lansia. Asumsi peneliti berdasarkan data yang ditemukan pada nenek B bahwa keluhan utama pada nenek B merupakan bagian penting untuk mengetahui kondisi pasien, masalah utama yang dialami nenek B diantaranya sering ditinggal sendirian dirumah, tidak ada yang mengantarkan ke pelayanan kesehatan dan tidak ada yang memperhatikan kebersihandiri nenek B.

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang dilakukan didapatkan diagnosa keperawatan pada nenek B yaitu resiko jatuh, pemeliharaan kesehatan tidak efektif, dan defisit perawatan diri. Terdapat kesesuaian penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan (Sari, 2020) dimana diagnosa yang muncul pada lansia dengan pengabaian yaitu resiko jatuh, defisit perawatan diri dan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga, berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2021) dimana diagnosa yang muncul pada lansia dengan pengabaian yaitu harga diri rendah, perilaku kesehatan cenderung beresiko, dan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul berkaitan dengan pengabaian yang terjadi pada lansia dalam (PPNI, 2017) antara lain : a) Defisit Nutrisi, b) Defisit perawatan diri, c) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif, d) Resiko jatuh, e) Perilaku kesehatan cenderung beresiko, f) Gangguan mobilitas fisik, g) Ketegangan peran pemberi asuhan. Berdasarkan kasus yang ditemui terdapat sedikit perbedaan dimana diagnosa yang sama terdapat 3 diagnosa yaitu resiko jatuh, pemeliharaan kesehatan tidak efektif, dan defisit perawatan diri.

Diagnosa pertama yaitu **Resiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman**. Masalah ini didukung dengan data ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang aman bagi lansia seperti yang dikeluhkan nenek B yang mengatakan kakinya lemah dan sulit untuk berjalan. Nenek B berjalan membungkuk sehingga tampak kesulitan, nenek B juga pernah hampir terjatuh dikamar mandi diakibatkan lantai kamar mandi yang licin. Nenek B juga tidak menggunakan tongkat dan hanya berjalan lambat-lambat.

Berdasarkan data tersebut terdapat kesesuaian hasil penelitian peneliti dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2021) dimana diagnosa resiko jatuh diangkat berdasarkan data penelitian yaitu mengalami kelemahan pada ekstremitas, tidak menggunakan alat bantu jalan, berjalan

membungkuk dan berjalan lambat serta lingkungan yang tidak aman. Setelah melakukan penilaian prioritas masalah, diagnosa ini diangkat menjadi diagnosa pertama terhadap partisipan. Sesuai dengan yang diutarakan oleh (Ezalina, 2019) yang menjelaskan bahwa, pengabaian merupakan penurunan kualitas pengasuhan atau kelalaian pengasuhan yang diberikan oleh pelaku rawat kepada lansia, dalam pemenuhan kebutuhan lansia baik pemenuhan kebutuhan makan, pakaian, pengobatan, tempat tinggal yang tidak layak, keuangan dan transportasi.

Hal ini juga didukung oleh pendapat dari (Akbar et al., 2021) yang menyatakan seiring dengan meningkatnya usia, terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi pada sel, serta jaringan dan sistem organ. Hasil analisis peneliti terkait keluhan nenek B terdapat kesesuaian antara hasil penelitian peneliti dengan penelitian lainnya, yaitu mengalami kelemahan pada ekstremitas, tidak menggunakan alat bantu jalan, lingkungan yang tidak aman, serta terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi pada sel.

Diagnosa Kedua yaitu **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat**. Masalah ini didukung dengan adanya data nenek B yang mengeluh sering merasakan pusing dan juga sakit pinggang, nenek B dan keluarga mengatakan tidak tahu masalah kesehatan yang dialaminya, dan menganggap hal tersebut hanya masalah penuaan, Nenek B sering ditinggal anaknya sendiri dirumah dan ketika sakit nenek B hanya dibelikan obat diwarung dan tidak dibawa ke fasilitas kesehatan oleh keluarga. Dari hasil observasi juga terlihat rumah yang kurang rapi, terdapat debu dilantai sehingga membuat kaki tidak nyaman dan juga lantai kamar mandi yang licin.

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan terdapat kesesuaian hasil penelitian peneliti, dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2020) dimana diagnosa pemeliharaan kesehatan tidak efektif diangkat berdasarkan hasil penelitian yaitu sering mengeluh pusing dan juga sakit, sering ditinggal sendiri, mengkonsumsi obat yang dibeli di warung, jarang

mengontrol kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh (Mauk, Kristen, 2010 dalam (Amri, 2019)) yaitu pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia.

Sejalan dengan pendapat dari (Hamsah et al., 2021) yang menyatakan pengabaian adalah keadaan yang terkait dengan ketidakmampuan pengasuh untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh lansia, dalam memenuhi kebutuhan kesehatan fisik, mental, individu, serta ketika pengasuh gagal memberikan layanan yang baik untuk memenuhi kebutuhan yang diperlukan, agar lansia dapat memenuhi fungsi secara optimal dan jauh dari bahaya. Hasil analisis peneliti terkait keluhan nenek B terdapat kesesuaian antara hasil penelitian peneliti dengan penelitian lainnya yaitu sering mengeluh pusing dan juga sakit, sering ditinggal sendiri, jarang mengontrol kesehatan serta tidak menyiapkan layanan untuk lansia.

Diagnosa ketiga yaitu **Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat**. Masalah ini didukung dengan adanya data nenek B mengatakan mandi hanya 1 kali dalam sehari, nenek B mengatakan sakit pada kakinya, mandi hanya saat sore hari, nenek B mengatakan malas mandi karna takut terjatuh akibat kamar mandi yang licin. Pada saat observasi keluarga nenek B tidak memotivasi nenek B untuk mandi maupun membimbing nenek B untuk melakukan perawatan diri, nenek B tampak kurang bersih dalam penampilannya, dan juga tercium bau keringat, kuku nenek B juga terlihat panjang dan kotor.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2020) dimana diagnosa defisit perawatan diri diangkat berdasarkan hasil pengkajian yaitu malas mandi, mandi hanya sekali, kurang bersih, bau keringat, dan kuku yang panjang. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh (Sari & Susanti,

2017), menyatakan kegagalan keluarga dalam merawat lansia, baik itu akibat yang disengaja maupun tidak disengaja terhadap kesehatan fisik dan mental adalah perlakuan pengabaian. Begitupun dengan dengan pendapat dari (Hamsah et al., 2021) yang menyatakan pengabaian adalah keadaan yang terkait dengan ketidakmampuan pengasuh untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh lansia, dalam memenuhi kebutuhan kesehatan fisik, mental, individu, serta ketika pengasuh gagal memberikan layanan yang baik untuk memenuhi kebutuhan yang diperlukan, agar lansia dapat memenuhi fungsi secara optimal dan jauh dari bahaya. Hasil analisis peneliti terkait keluhan nenek B terdapat kesesuaian antara hasil penelitian peneliti dengan penelitian lainnya yaitu malas mandi, mandi hanya sekali, kurang bersih, bau keringat, dan kuku yang panjang serta pendapat yang mendukung bahwa pengabaian terjadi ketika pengasuh gagal memberikan layanan yang baik untuk memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh lansia.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi untuk diagnosa pertama **Resiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman**. Direncanakan sesuai dengan tugas utama keluarga yaitu TUK 1 keluarga mampu mengenal masalah kesehatan pada lansia yaitu kejadian resiko jatuh dengan cara menggali pengetahuan keluarga tentang resiko jatuh, dan melakukan pendidikan kesehatan tentang resiko jatuh pada lansia, pengertian resiko jatuh yaitu keadaan yang memungkinkan seseorang terjadinya jatuh yang dapat menyebabkan cedera fisik. TUK 2 keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan, jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga seperti menjaga lansia saat berada dirumah maupun diluar rumah, membatasi aktivitas sehari-hari lansia, dan menciptakan lingkungan yang aman bagi lansia.

TUK 3 keluarga mampu merawat lansia yang memiliki resiko jatuh seperti memotivasi lansia melakukan aktifitas fisik, membantu lansia melakukan aktifitas fisik seperti senam, menyediakan alat bantu jalan yang aman

bagi lansia, serta mengantar lansia ke pelayanan kesehatan untuk mengontrol kesehatannya. Jatuh merupakan kejadian yang tidak disadari dimana seseorang terjatuh dari tempat yang lebih tinggi ke tempat rendah terlebih lansia mengalami perubahan pada organ tubuh, sistem indra, sistem saraf dan kognitif bisa disebabkan oleh kelemahan fisik pada lansia, peran keluarga sangat penting dalam menjaga lansia.

TUK 4 keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga seperti menghindari agar lantai rumah maupun kamar mandi tidak licin, penerangan yang cukup, barang tertata rapi dan juga suasana rumah yang aman tidak ada konflik. Kelemahan fisik pada lansia dapat berdampak pada kualitas hidup, aktivitas sosial, peran keluarga sangat penting dalam memenuhi kebutuhan lansia, dan TUK 5 keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan mengontrol kesehatan lansia seperti rumah sakit, praktek dokter, puskesmas, klinik dan bidan.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang disusun oleh peneliti sejalan dengan strategi tindakan keperawatan dalam penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2020) yaitu menjelaskan mengenai pendidikan kesehatan tentang resiko jatuh pada lansia, mendiskusikan pengambilan keputusan, menjelaskan cara merawat lansia dengan resiko jatuh, memodifikasi lingkungan serta pemanfaatan fasilitas kesehatan pada lansia dengan resiko jatuh. Hal ini di dukung oleh teori yang dimpaikan (Kholifah, 2016) yaitu strategi yang dapat dilakukan untuk mengatasi kecelakaan pada lansia diantaranya menganjurkan lansia menggunakan alat bantu untuk meningkatkan keselamatan, membantu klien kekamar mandi, mengusahakan ada yang menemani jika berpergian serta menempatkan lansia diruangan yang mudah dijangkau.

Berdasarkan hasil penelitian orang lain dan teori terdapat kesesuaian strategi yang peneliti susun dengan strategi orang lain yaitu menjelaskan mengenai pendidikan kesehatan tentang resiko jatuh pada lansia, mendiskusikan pengambilan keputusan, menjelaskan cara merawat lansia

dengan resiko jatuh, dengan menganjurkan lansia menggunakan alat bantu untuk meningkatkan keselamatan, membantu klien ke kamar mandi, mengusahakan ada yang menemani jika berpergian memodifikasi lingkungan serta pemanfaatan fasilitas kesehatan pada lansia dengan resiko jatuh.

Intervensi untuk diagnosa kedua **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat.** Direncanakan sesuai dengan tugas utama keluarga yaitu TUK 1 keluarga mampu mengenal tentang masalah pengabaian terhadap lansia dengan cara menggali pengetahuan keluarga tentang masalah pengabaian, dan melakukan pendidikan kesehatan tentang pengabaian terhadap lansia yang mana pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia (Mauk, Kristen, 2010 dalam (Amri, 2019)).

TUK 2 keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah pengabaian pada lansia yaitu dengan menjaga lansia dirumah dan diluar rumah, membatasi aktivitas yang mungkin dapat memberatkan lansia, membantu lanjut usia melakukan aktivitas fisik seperti senam dan aktivitas fisik lainnya. TUK 3 keluarga mampu merawat lansia yang mengalami masalah pengabaian seperti menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia, menjaga lingkungan agar tetap tenang dan nyaman, menemani lansia saat berpergian. keluarga dan lansia mampu menerapkan teknik relaksasi nafas dalam.

TUK 4 keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga seperti menjaga agar lantai rumah maupun kamar mandi agar tidak licin, barang tertata rapi dan tidak berantakan dan suasana rumah tenang tidak ada konflik. TUK 5 keluarga

mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan mengontrol kesehatan lansia seperti rumah sakit, klinik, puskesmas, dokter praktek dan bidan. Terdapat kesesuaian strategi tindakan keperawatan yang peneliti di susun dengan strategi keperawatan yang disusun oleh (Sari, 2020) yaitu menjelaskan mengenai pendidikan kesehatan tentang pemeliharaan kesehatan pada lansia, mendiskusikan pengambilan keputusan tentang pemeliharaan kesehatan, menjelaskan cara merawat lansia dengan masalah pemeliharaan kesehatan dan demonstrasi teknik nafas dalam, memodifikasi lingkungan terkait pemeliharaan kesehatan, serta pemanfaatan fasilitas kesehatan pada lansia dengan resiko jatuh.

Sejalan dengan pendapat dari (Hidayat, 2021) yang mengungkapkan bahwa strategi atau metode yang digunakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap perawatan kesehatan anggota keluarga lansia meliputi pendidikan kesehatan menggunakan verbal, psikomotor (praktik) dan afektif untuk melihat sejauh mana kepatuhan keluarga melakukan kegiatan mengatasi masalah kesehatan yang ada di keluarga. Hasil analisis peneliti terdapat kesesuaian strategi yang peneliti susun dengan penelitian dan teori yaitu pendidikan kesehatan tentang pemeliharaan kesehatan pada lansia, mendiskusikan pengambilan keputusan tentang pemeliharaan kesehatan serta cara pemeliharaan kesehatan.

Intervensi untuk diagnosa ketiga yaitu **Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat**. Direncanakan sesuai dengan tugas utama keluarga yaitu TUK 1 keluarga mampu mengenal masalah pada lansia yaitu defisit perawatan diri dengan cara menggali pengetahuan keluarga tentang kebersihan diri, dan melakukan pendidikan kesehatan tentang defisit kebersihan diri pada lansia. Pengertian kebersihan diri yaitu berbagai cara yang harus dilakukan secara rutin setiap hari untuk menjaga kebersihan diri agar tubuh tetap bersih dan segar.

TUK 2 keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kebersihan diri dalam keluarga terutama lansia, seperti membimbing dan memotivasi lansia untuk mandi, mencuci rambut, mengingatkan lansia untuk selalu mencuci tangan, mengingatkan lansia untuk selalu rutin menggosok gigi, membantu lansia untuk memotong kuku, membantu lansia dalam membersihkan pakaian. TUK 3 keluarga mampu merawat lansia yang memiliki masalah defisit perawatan diri seperti membimbing dan memotivasi lansia untuk mandi, mencuci rambut, mengingatkan lansia untuk selalu mencuci tangan, mengingatkan lansia untuk selalu rutin menggosok gigi, membantu lansia untuk memotong kuku, membantu lansia dalam membersihkan pakaian.

TUK 4 keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga seperti menjaga kebersihan tempat tidur lansia, menjaga kebersihan lantai, membuka jendela atau ventilasi sehingga tidak pengap, dan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri lansia. Pengetahuan keluarga akan pentingnya kebersihan diri tersebut sangat diperlukan, karena pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. TUK 5 keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan mengontrol kesehatan lansia seperti rumah sakit, klinik, dokter praktek, puskesmas, dan bidan.

Strategi yang disusun peneliti sesuai dengan strategi keperawatan yang disusun oleh (Sari, 2020) yaitu menjelaskan mengenai pendidikan kesehatan tentang defisit perawatan diri pada lansia, mendiskusikan pengambilan keputusan tentang perawatan diri, menjelaskan cara merawat lansia dengan defisit perawatan diri, memodifikasi lingkungan terkait defisit perawatan diri serta pemanfaatan fasilitas kesehatan pada lansia dengan defisit perawatan diri. Sejalan dengan teori yang disampaikan oleh (Kholifah, 2016) dimana strategi yang dapat digunakan untuk masalah defisit perawatan diri yaitu membantu lansia untuk melakukan upaya

kebersihan diri, menganjurkan lansia untuk menggunakan sabun lunak yang mengandung minyak atau berikan skin lotion, membantu lansia untuk menggunting kuku.

Hasil analisis peneliti terdapat beberapa kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu membantu lansia untuk melakukan upaya kebersihan diri, membantu lansia untuk menggunting kuku serta memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan diri, mendiskusikan pengambilan keputusan tentang perawatan diri, menjelaskan cara merawat lansia dengan defisit perawatan diri, memodifikasi lingkungan dan menganjurkan penggunaan fasilitas kesehatan terkait defisit perawatan diri.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi dari keperawatan dapat dilakukan untuk individu dalam keluarga maupun untuk anggota keluarga lainnya yang pelaksanaannya mempengaruhi individu (Riasmini et al., 2017 dalam (Salamung et al., 2021)). Pada tahap ini, perawat sudah siap untuk melakukan prosedur dan aktivitas yang tercatat dalam rencana perawatan pasien. Tahap implementasi atau pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan yaitu validasi rencana asuhan, dokumentasi rencana asuhan, penyampaian asuhan dan pendataan (Nasrullah, 2016).

Implementasi dari diagnosa pertama yaitu **Resiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman**. Implementasi dilakukan pada tanggal 06 April 2023 di rumah nenek B dimana TUK 1 dan TUK 2 yaitu dengan kegiatan memberikan pendidikan kesehatan mengenai resiko jatuh pada lansia menggunakan lembar balik dan leaflet. pengertian resiko jatuh yaitu keadaan yang memungkinkan seseorang terjadinya jatuh yang dapat menyebabkan cedera fisik. Dilanjutkan dengan diskusi pengambilan keputusan dalam merawat lanjut usia.

Pada tanggal 05 Mei 2023 implementasi dilakukan di rumah nenek B. Menjaga lansia saat berada di rumah maupun diluar rumah, membatasi aktivitas sehari-hari lansia, dan menciptakan lingkungan yang aman bagi

lansia dengan TUK 3 yaitu kegiatan pendidikan kesehatan tentang cara merawat lansia dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang cara untuk mencegah resiko jatuh, mengantar lansia ke pelayanan kesehatan untuk mengontrol kesehatannya, keluarga menyediakan alat bantu jalan yang aman dan nyaman bagi lansia, memotivasi lansia melakukan aktifitas fisik, membantu lansia melakukan latihan fisik dengan demonstrasi (senam otago). Tanggal 06 Mei 2023 dilakukan kunjungan dengan TUK 4 dan TUK 5 yaitu menjelaskan cara memodifikasi lingkungan dengan mengatur perabotan rumah, memberikan penerangan yang cukup serta membuat lantai tidak licin serta menjelaskan mengenai fasilitas kesehatan yang dapat digunakan.

Terdapat kesesuaian implementasi yang peneliti lakukan dengan implementasi yang dilakukan oleh (Putri, 2021) dimana melakukan implementasi sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat yaitu menjelaskan mengenai resiko jatuh, pengambilan keputusan terkait resiko jatuh, mengajarkan cara perawatan lansia resiko jatuh, memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan terkait resiko jatuh. Hal ini sejalan dengan yang disampaikan oleh (Widagdo, 2016) implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik.

Dimana dalam hal tersebut peneliti berperan melaksanakan tindakan keperawatan dengan penerapan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk membantu pasien mengenal masalah resiko jatuh, penyebab, cara perawatan lansia dengan resiko jatuh dan pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk resiko jatuh. Asumsi penulis tidak terdapat perbedaan dalam pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan pada nenek B dengan tahap dan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan sesuai masalah resiko jatuh yang dialami pasien.

Implementasi dari diagnosa kedua yaitu **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan dalam membuat penilaian yang tepat**. Implementasi dilakukan pada tanggal 07 Mei 2023

dirumah nenek B. TUK 1 dan TUK 2 yaitu dengan kegiatan memberikan pendidikan kesehatan mengenai pengetahuan tentang caregiver pada lansia untuk mencegah terjadinya pengabaian pada lansia. Dilanjutkan dengan diskusi tentang pengambilan keputusan dalam merawat lanjut usia. Pada tanggal 08 Mei 2023 dirumah nenek B, TUK 3 yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan yaitu tentang cara merawat lansia dirumah yang mengalami masalah kesehatan dengan upaya agar pengabaian pada lanjut usia tidak terjadi. Tanggal 09 Mei 2023 telah dilaksanakan implementasi TUK 4 dan TUK 5 yaitu menjelaskan cara memodifikasi lingkungan dengan mengatur perabotan rumah, mengganti sprei, memberikan penerangan yang cukup serta membuat lantai tidak licin serta menjelaskan mengenai fasilitas kesehatan yang dapat digunakan.

Terdapat kesesuaian implementasi yang peneliti lakukan dengan implementasi yang dilakukan oleh (Sari, 2020) dimana melakukan implementasi sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Hal ini sejalan dengan yang disampaikan oleh (Widagdo, 2016) implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Dimana dalam hal ini, perawat berperan melaksanakan tindakan keperawatan dengan penerapan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk membantu pasien mengenal masalah pemeliharaan kesehatan, penyebab, cara perawatan lansia dengan pemeliharaan kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk pemeliharaan kesehatan. Asumsi penulis tidak terdapat perbedaan dalam pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan pada nenek B dengan tahap dan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan dimana sesuai dengan masalah pemeliharaan kesehatan yang dialami pasien.

Implementasi dari diagnosa ketiga yaitu **Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat**. Implementasi dilakukan pada tanggal 10 Mei 2023 dirumah nenek B. TUK 1 dan TUK 2 dengan kegiatan memberikan

pendidikan kesehatan mengenai pengetahuan kebersihan diri pada lansia. Pengertian kebersihan diri yaitu berbagai cara yang harus dilakukan secara rutin setiap hari untuk menjaga kebersihan diri agar tubuh tetap bersih dan segar, dilanjutkan dengan diskusi dalam pengambilan keputusan untuk merawat lansia dengan masalah kebersihan diri. Pada tanggal 11 Mei 2023 di rumah nenek B, dilakukan pendidikan kesehatan tentang cara merawat lansia di rumah yang mengalami masalah kebersihan diri, membimbing dan memotivasi lansia untuk mandi, mencuci rambut, membantu lansia untuk memotong kuku, membantu lansia dalam membersihkan pakaian. Tanggal 12 Mei 2023 dilakukan kunjungan dengan TUK 4 dan 5 yaitu menjelaskan cara memodifikasi lingkungan dengan menyediakan peralatan perawatan diri, menjaga sirkulasi rumah agar tetap bertukar, serta memberikan penerangan yang cukup dan menjelaskan mengenai fasilitas kesehatan yang dapat digunakan.

Hal ini sejalan dengan yang disampaikan oleh (Widagdo, 2016) implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Dimana dalam hal ini, perawat berperan melaksanakan tindakan keperawatan dengan penerapan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk membantu pasien mengenal masalah defisit perawatan diri, penyebab, cara perawatan lansia dengan defisit perawatan diri dan pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk defisit perawatan diri. Asumsi penulis tidak terdapat perbedaan dalam pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan pada nenek B dengan tahap dan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan sesuai masalah defisit perawatan diri yang dialami pasien.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari diagnosa pertama yaitu **Resiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman**. Pada evaluasi subjektif keluarga nenek B yaitu partisipan dan keluarga mengatakan sudah tahu pengertian, faktor yang mempengaruhi, dampak jatuh, pencegahan jatuh pada lansia, mengetahui peran keluarga untuk merawat lansia agar terhindar dari kejadian jatuh,

dan sudah mau memodifikasi lingkungan. Evaluasi objektif pada keluarga nenek B yaitu, terlihat dari partisipan dan keluarga mendengarkan penjelasan, dapat bertanya dan dapat menyimpulkan kembali penjelasan yang telah diberikan setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang resiko jatuh pada lansia.

Resiko jatuh yaitu keadaan yang memungkinkan seseorang terjadinya jatuh yang dapat menyebabkan cedera fisik. Partisipan dan keluarga mampu membuat keputusan apa yang akan dilakukan jika ada anggota keluarga terutama lansia yang beresiko untuk jatuh. menjaga lansia saat berada dirumah maupun diluar rumah, membatasi aktivitas sehari-hari lansia, dan menciptakan lingkungan yang aman bagi lansia. Serta sudah mau memodifikasi lingkungan agar berkurangnya resiko jatuh. Hasil analisis bahwa masalah teratasi sebagian keluarga sudah mampu mengenal masalah, mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga yang sakit dan untuk menindak lanjuti hal tersebut telah diambil keputusan bahwa keluarga akan melanjutkan intervensi dirumah.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2021) yang menyebutkan bahwa pengaruh pelaksanaan pendidikan kesehatan terhadap resiko jatuh didapatkan ada perubahan yang dilakukan keluarga lansia yang ditandai dengan keluarga membuat lingkungan yang aman dan nyaman bagi lansia, menyediakan alat bantu bagi lansia, dan menemani lansia ke fasilitas kesehatan. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh (Kholifah, 2016) dimana evaluasi adalah menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku setelah semua tindakan keperawatan dilakukan.

Menurut asumsi penulis, evaluasi yang dilakukan kepada pasien dengan resiko jatuh sesuai dengan teori dan hasil penelitian orang lain dimana terdapat perubahan kondisi pasien ke arah yang lebih baik setelah dilakukan tindakan keperawatan dan sesuai dengan kriteria hasil yang

dibuat pada tahap perencanaan tindakan keperawatan serta didapatkan masalah resiko jatuh pada nenek B dapat teratasi.

Evaluasi dari diagnosa kedua yaitu **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat**. Evaluasi subjektif pada keluarga nenek B yaitu partisipan dan keluarga mengatakan sudah tau pengertian, penyebab, akibat, pencegahan dari pengabaian pada lansia. Pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia (Mauk, Kristen, 2010 dalam (Amri, 2019)). Pengabaian adalah kegagalan keluarga dalam merawat lansia, baik itu akibat yang disengaja maupun tidak disengaja terhadap kesehatan fisik dan mental (Sari & Susanti, 2017).

Mengatahui cara merawat lansia dirumah, seperti menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia, menjaga lingkungan agar tetap tenang dan nyaman, menemani lansia saat berpergian. Dan sudah mau memodifikasi lingkungan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga seperti menjaga agar lantai rumah maupun kamar mandi agar tidak licin, barang tertata rapi dan tidak berantakan dan suasana rumah tenang tidak ada konflik. serta telah mengetahui fasilitas kesehatan dan manfaatnya bagi nenek B dan anggota keluarga lainnya.

Evaluasi objektif pada keluarga nenek B yaitu, terlihat dari partisipan dan keluarga mendengarkan penjelasan, dapat bertanya dan dapat menyimpulkan kembali penjelasan yang telah diberikan setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang pengabaian pada lansia. Partisipan dan keluarga mampu membuat keputusan apa yang akan dilakukan jika ada anggota keluarga terutama lansia yang mengalami pengabaian. Hasil analisis bahwa masalah teratasi sebagian keluarga sudah mampu mengenal masalah, mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga yang sakit

dan untuk menindaklanjuti hal tersebut telah diambil keputusan bahwa keluarga akan melanjutkan intervensi di rumah.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2020) yang menyebutkan bahwa pengaruh pelaksanaan pendidikan kesehatan terhadap pemeliharaan kesehatan tidak efektif didapatkan ada perubahan yang dilakukan keluarga lansia yang ditandai dengan keluarga membuat lingkungan yang aman dan nyaman bagi lansia, membantu lansia melakukan teknik realisasi nafas dalam, dan menemani lansia ke fasilitas kesehatan. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh (Kholifah, 2016) dimana evaluasi adalah menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku setelah semua tindakan keperawatan dilakukan.

Menurut asumsi penulis, evaluasi yang dilakukan kepada pasien dengan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan teori dan hasil penelitian orang lain dimana terdapat perubahan kondisi pasien ke arah yang lebih baik setelah dilakukan tindakan keperawatan dan sesuai dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan tindakan keperawatan serta didapatkan masalah pemeliharaan kesehatan pada nenek B dapat teratasi

Evaluasi dari diagnosa ketiga yaitu **Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat.** Evaluasi subjektif pada keluarga nenek B yaitu partisipan dan keluarga mengatakan sudah tau pengertian, penyebab, akibat, apabila tidak melakukan keberishan diri, kebersihan diri yaitu berbagai cara yang harus dilakukan secara rutin setiap hari untuk menjaga kebersihan diri agar tubuh tetap bersih dan segar. Dan mengetahui cara merawat lansia di rumah seperti seperti membimbing dan memotivasi lansia untuk mandi, mencuci rambut, mengingatkan lansia untuk selalu mencuci tangan, mengingatkan lansia untuk selalu rutin menggosok gigi, membantu lansia untuk memotong kuku, membantu lansia dalam membersihkan pakaian.

Keluarga sudah mau memodifikasi lingkungan seperti menciptakan lingkungan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga seperti menjaga kebersihan tempat tidur lansia, menjaga kebersihan lantai, membuka jendela atau ventilasi sehingga tidak pengap, dan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri lansia dan juga telah mengetahui fasilitas kesehatan dan manfaatnya bagi nenek B dan anggota keluarga lainnya. Evaluasi objektif pada keluarga nenek B yaitu, terlihat dari partisipan dan keluarga mendengarkan penjelasan, dapat bertanya dan dapat menyimpulkan kembali penjelasan yang telah diberikan setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri pada lansia.

Partisipan dan keluarga telah mampu membuat keputusan terhadap keluarga yang mengalami defisit perawatan diri yaitu memotivasi nenek B dan menyiapkan peralatan mandi yang dibutuhkan. Serta keluarga sudah mau melakukan modifikasi lingkungan. Hasil analisis bahwa masalah teratasi, keluarga sudah mampu mengenal masalah, mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga yang sakit dan untuk menindaklanjuti hal tersebut telah diambil keputusan bahwa keluarga akan melanjutkan intervensi di rumah.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2020) yang menyebutkan bahwa pengaruh pelaksanaan pendidikan kesehatan terhadap defisit perawatan diri didapatkan ada perubahan yang dilakukan keluarga lansia yang ditandai dengan keluarga membuat lingkungan yang mendukung perawatan diri bagi lansia, menyediakan peralatan perawatan diri, dan menemani lansia ke fasilitas kesehatan. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh (Kholifah, 2016) dimana evaluasi adalah menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku setelah semua tindakan keperawatan dilakukan.

Menurut asumsi penulis, evaluasi yang dilakukan kepada pasien dengan defisit perawatan diri sesuai dengan teori dan hasil penelitian orang lain dimana terdapat perubahan kondisi pasien ke arah yang lebih baik setelah

dilakukan tindakan keperawatan dan sesuai dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan tindakan keperawatan serta didapatkan masalah defisit perawatan diri pada nenek B dapat teratasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah pengabaian. Terhadap nenek B sebagai partisipan di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang tahun 2023, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian didapatkan ada beberapa keluhan yang sama dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya yaitu memiliki keluhan kurang diperhatikan keluarga, kebersihan diri kurang, serta sering ditinggal, dan juga jarang ke fasilitas kesehatan untuk memeriksa rutin kesehatannya karena keluarga yang tidak mengetahui masalah kesehatan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada partisipan adalah Resiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman, Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat, Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang direncanakan dirumuskan berdasarkan diagnosa keperawatan. Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa resiko jatuh yaitu menjelaskan mengenai resiko jatuh, cara perawatan resiko jatuh yaitu latihan fisik senam, memodifikasi lingkungan yang aman bagi lansia dengan penataan barang-barang dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa pemeliharaan kesehatan tidak efektif yaitu menjelaskan mengenai lansia dan pengabaian, menjelaskan teknik relaksasi nafas dalam, memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa defisit

perawatan diri yaitu menjelaskan tentang defisit perawatan diri, menjelaskan cara perawatan kuku, membuat lingkungan yang bersih, menyediakan peralatan perawatan diri serta pemanfaatan fasilitas kesehatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan dari tanggal 06 April 2023 sampai dengan 12 Mei 2023 dengan kunjungan sebanyak 12 kali berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Implementasi dilakukan dengan metode konseling, diskusi, demonstrasi, dan pendidikan kesehatan. Dalam pelaksanaan ada beberapa implementasi yang digabung seperti tugas utama keluarga 1 yaitu mengenal masalah kesehatan dan tugas utama keluarga 2 yaitu mengambil atau membuat keputusan. Dan tugas utama keluarga 3 yaitu merawat anggota keluarga yang sakit. Tugas utama keluarga 4 yaitu memodifikasi lingkungan serta tugas utama keluarga 5 memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dalam penatalaksanaan implementasi tidak ada masalah serta partisipan mau mendengarkan penyuluhan yang diberikan dan mau melaksanakan demonstrasi yang diajarkan.

5. Evaluasi Keperawatan

Peneliti melakukan evaluasi kepada partisipan dan keluarga pada tanggal 06 April 2023 sampai 12 Mei 2023, setiap selesai melakukan implementasi dengan membuat catatan perkembangan dengan metode SOAP. Peneliti juga melakukan evaluasi keseluruhan sebelum terminasi mengenai apa yang didiskusikan pada pertemuan - pertemuan sebelumnya.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Pimpinan Puskesmas Andalas Kota Padang

Disarankan melalui pimpinan Puskesmas Andalas Kota Padang agar hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi dan dapat memberikan sumbangan pikiran pada pemegang program pelayanan kesehatan lansia dalam mengembangkan program puskesmas

di keluarga dengan lansia seperti program tentang kesehatan dan psikologis lansia dengan menambah ilmu kepada perawat tentang pengabaian lansia, kemudian melakukan screening kepada lansia melalui kegiatan posbindu, dan melakukan penyelesaian masalah kesehatan dan psikologis lansia di dalam keluarga melalui kunjungan rumah dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang masalah pengabaian dan memantau perkembangan keluarga setiap bulan untuk menentukan apakah keluarga masih mengabaikan lansianya atau sudah mulai berubah dan menjadi lebih baik dan menjaga lansia sebagaimana mestinya.

2. Bagi Keluarga

Diharapkan kepada keluarga untuk lebih memperhatikan dan memenuhi kebutuhan lansia agar lansia bisa hidup dengan nyaman sesuai dengan kondisinya, melakukan komunikasi yang efektif dan membatasi aktivitas lansia agar tidak terlalu memberatkan diri lansia serta lebih meningkatkan kesadaran keluarga terhadap sikap dan perilaku yang mengarah kepada pengabaian terhadap lansia.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan informasi bagi peneliti selanjutnya sehingga dapat merencanakan implementasi yang lebih baik sesuai dengan 5 tugas utama keluarga dan dapat melanjutkan intervensi yang masih belum optimal yang dilakukan oleh peneliti, seperti pada pengabaian masalah kesehatan lansia agar lansia tidak mengalami masalah pengabaian lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, F., Darmiati, D., Arfan, F., & Putri, A. A. Z. (2021). Pelatihan dan Pendampingan Kader Posyandu Lansia di Kecamatan Wonomulyo. *Jurnal Abdidas*, 2(2), 392–397. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v2i2.282>. Diakses tanggal 16 Mei 2023.
- Alif, N., & Darmiati. (2022). *Peran Perawat Sebagai Fasilitator dalam Peningkatan Ekonomi Lansia The Role of Nurses as Facilitators in Improvement Elderly Economy*. 1 (2). <https://www.researchgate.et544lansia>. Diakses tanggal 10 November 2022.
- Amri, L. F. (2019a). Pengetahuan Keluarga tentang Pengabaian Lansia. In *Ensiklopedia of Journal*. 2 (1). <https://jurnal.enviewFile/354/321>. Diakses tanggal 10 November 2022.
- Amri, L. F. (2019b). Budaya Kerja Petugas Panti Menurut Persepsi Lansia Dengan Kejadian Pengabaian di PSTW X. *Jurnal Endurance Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 4(3), 651–658. <https://doi.org/10.37430/jen.v1i1.61>. Diakses tanggal 9 Desember 2022.
- Amri, L. F., & Renidayati. (2018). *Buku Saku Peningkatan Pengetahuan Caregiver Dalam Mencegah dan Menurunkan Kejadian Pengabaian Pada Lansia*. Padang : Poltekkes Kemenkes Padang. <https://pustaka.poltekkes-pengabaian>. Diakses tanggal 9 Desember 2022.
- Andarini, A. F., & Aryati, D. P. (2021). Gambaran Karakteristik Demografi Lansia Yang Mengalami Pengabaian Literature Review. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, 1, 237–247. <https://doi.org/10.48144/prosiding.v1i.660>. Diakses tanggal 10 November 2022.
- Artati, M. (2021). *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Barat 2021*. Padang : Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Barat. <https://sumbar.bps.g6/profil-kesehatan-provinsi-sumatera-barat-2021.html>. Diakses tanggal 10 November 2022.
- Aryati, D. P., Dwidiyanti, M., & Widyastuti, R. H. (2018). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Pengabaian Pada Lansia*. Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. <http://lbi.ac.191>. Diakses tanggal 10 November 2022.
- Bakri, M. H. (2021). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Pustaka Mahardika.
- Badan Pusat Statistik. (2021). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2021*. Jakarta : Badan Pusat Statistik. Badan Pusat Statistik (bps.go.id). Diakses tanggal 10 November 2022.

- Dewi, I. S., Juanita, Ridwan, A., & Nurhasanah. (2018). Gambaran Pengabaian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Aceh Besar. *Idea Nursing Journal*9(2), 38–42. <http://jurnal.unsyiah.ac.id/INJ/article/view/11488/>. Diakses tanggal 23 Desember 2022.
- Dinas Kesehatan Kota Padang. (2022). Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2021. Padang : Dinas Kesehatan Kota Padang <https://dinkes.padgo.id/profil-kesehatan-kota-padang-tahun-2021>. Diakses tanggal 10 November 2022.
- Ezalina, E. (2019). Karakteristik Kejadian Pengabaian Lansia Pada Keluarga Di Puskesmas Harapan Raya Kecamatan Bukit Raya Kota Pekanbaru. *Health Care Jurnal Kesehatan*, 8(1), 11–15. <https://doi.org/10.3676hcare.v8i1.37>. Diakses tanggal 10 November 2022.
- Hamsah, I. A., Akbar, F., & Indriani. (2021). *Pengabaian Lanjut Usia Oleh Keluarga*. 1(1), 15. <https://mcj.yamando.id/index.php/MCJ/article/view/30>. Diakses tanggal 12 November 2022.
- Harlinawati. (2013). *Konsep dan proses keperawatan keluarga*. Sulawesi Selatan : Pustaka As Salam. <https://books.google.co.id/books?id=nepage&q&f=false>. Diakses tanggal 10 Desember 2022.
- Hidayat, C. T. (2021). Pengaruh Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Lansia. *The Indonesian Journal of Health Science*, 13(1), 103–109. <https://doi.org/10.32528/ijhs.50>. Diakses tanggal 22 Desember 2022.
- Jaji, Natosba, J., Idriansari, A., & Latifin, K. (2022). *Analisa Perbedaan Kejadian Bentuk Pengabaian Yang Dialami Lansia Di Panti Dan Komunitas Menggunakan Metode Screening Dengan Aplikasi*. 23–29. <http://conference.uniew/2650/1447>. Diakses tanggal 28 November 2022.
- Kholifah, S. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Pusdik SDM Kesehatan. <https://bppsdmk.kemkes.go.Keperawatan-Gerontik.pdf>. Diakses tanggal 11 November 2022.
- Kusumo, M. prasetyo. (2020). *Buku Lansia*. Yogyakarta : Lembaga Penelitian, Publikasi dan Pengabdian Masyarakat (LP3M) UMY. <https://www.LANSIA>. Diakses Tanggal 10 Desember 2022.
- Luthfa, I., Susanto, H., & Hasna, M. Y. (2021). Terapi reminissence sebagai upaya meningkatkan kepuasan hidup lansia di rumah pelayanan sosial Pucang Gading Semarang. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 4(3), 590–597. <http://ejournalmalreativitas/artic3604/pdf>. Diakses tanggal 9 November 2022.
- Machmud, R., Effendi, N., Maputra, Y. (2020). *Analysis of the Neglect Types Experienced By the Elderlies Living With Their Family*. 8 (1), 6 – 11. <https://journal3.uin-alauddin.ac.p/kesehatan/article/view/7>. Diakses tanggal 9 November 2022.

- Manurung, S. S., Ritonga, I. L., & Damanik, H. (2020). *Keperawatan gerontik*. Yogyakarta : Penerbit Deepublish. <https://penerbitbukudeepublishbuku-ajar-keperawatan-gerontik/>. Diakses tanggal 10 November 2022.
- Maryam, R.S., Ekasari, M. F., Rosidawati., Jubaedi, A., Batubara, I. (2012). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika.
- Perguna, L. A. (2016). Ruang Publik Katup Penyelamat Penduduk Lanjut Usia (Studi Gerontologi Sosial di Pondok Sepuh Payaman Magelang). *Jurnal Sosiologi Pendidikan Humanis*, 1(1), 47–55. <https://doi.org/10.17977/1i47>. Diakses tanggal 10 januari 2023
- Pitaloka, D. (2018). Keperawatan Lansia Komprehensif Dengan Pendekatan Teori Family Centered Nursing Dan Functional Consequences Dalam Pencegahan Pengabaian Lansia Dalam Keluarga. *Repository Universitas Airlangga*, 1–198. https://repository.unair.ac.id/77871/2/TKP_60_18_Pit_k.pdf. Diakses tanggal 27 Desember 2022.
- Purba, E. F., Simanjuntak, P. (2012). *Metode Penelitian*. Medan : Percetakan Sadia. [https://repositihn.ac.id/bitstream/handle/123456789/3586/Buku Metode Penelitian.pdf?sequence=1&=y](https://repositihn.ac.id/bitstream/handle/123456789/3586/Buku_Metode_Penelitian.pdf?sequence=1&=y). Diakses tanggal 10 November 2022.
- Putri, R. G. (2021). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Pengabaian Pada Lansia di RT 01 RW 01 Wilayah Kerja Puskesmas Pauh, Kota Padang*. Karya Tulis Ilmiah <https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/indords=pengabaian>. Diakses tanggal 9 November 2022.
- Rahayu, D. P., & Juanita. (2019). Hubungan pengabaian pada lansia dengan pemenuhan kebutuhan spiritual. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa*, 08, 1–7. <http://etd.unsyiah.ac.id/baca/index.php?id=24520&page=100>. Diakses pada tanggal 9 November 2022.
- Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Primasari, N. A., Rumbo, H., & Al., E. (2021). *Keperawatan Keluarga (Family Nursing)*. Jawa Timur : Duta Media Publishing. <http://reluarga.pdf>. Diakses tanggal 11 November 2022.
- Sari, M. (2020). *Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia Dengan Masalah Pengabaian di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang*. <https://pustaka.pada+lansia+dengan+pengabaian>. Diakses pada tanggal 10 Mei 2023
- Sari, M. T., & Susanti. (2017). Gambaran Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Luhur Dan Lansia Di Kelurahan Paal V - Kota Jambi. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 17(2), 178–183. <http://ji.unbari.ac.id/index.php/ilmiah/article/view/371>. Diakses pada tanggal 10 November 2022.
- Sunaryo., Wijayanti, R., Kuhu, M. M., Sumedi, T., Widayanti, E. D., Sukrillah, U. A., Riyadi, S., Kuswati, A. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Widagdo, W. (2016). *Keperawatan keluarga dan komunitas*. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan. <https://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdKeperawatan-Keluarga-dan-Komunitas-Komprehensif.pdf>. Diakses tanggal 12 November 2022.
- Yahya, S. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Bulukumba : Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M) STIKES Panrita Husada Bulukumba. https://www.researchgate.net/publication/357339311_BARGA. Diakses Tanggal 9 Desember 2022.

LAMPIRAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN PENGABAIAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS KOTA PADANG TAHUN 2023**

NO	KEGIATAN	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARDET	APRIL	MEI	JUNI
1.	Komitasi dan ACC (judul Proposal)	█							
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal		█						
3.	Pendidikaran Sidang Proposal		█						
4.	Sidang proposal		█						
5.	Perbaikan Proposal			█					
6.	Penelitian dan Penyusunan Pendadaran Ujian KTI				█				
7.	Sidang K. TI Perbaikan K. TI					█			
8.	Penyusunan perbaikan K. TI							█	
9.	Pengumpulan perbaikan K. TI								█
10.	Publikasi								█

Padang, Mei 2023

Mahasiswa



Wanda Dwi Putri
NIM: 203110160



Henggi Sasmita, S.Keb, M.Kep, Sp. Jns
NIP. 197010201993012002



Nis. Laila Firdausia, Amri, S.Kep., M.Kep
NIP. 197602062000122001

Poltekkes Kemenkes Padang

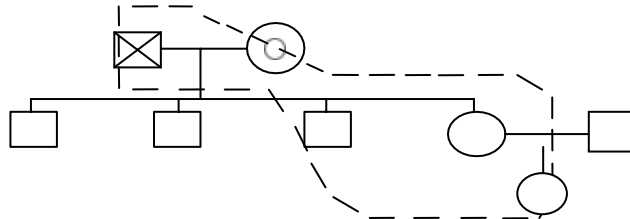
PENGKAJIAN KELUARGA

A. DATA UMUM

1. Nama Keluarga (KK) : Tn.H
2. Alamat dan telepon : Jl. Blk Psr Simpang Haru No. 2A
3. Usia : 38 tahun
4. Pendidikan : SMA
5. Komposisi keluarga

No.	Nama	Hub dg KK	TTL/Umur	Pendidikan
1.	Ny. G	Istri	06-08-1986	SMA
2.	An. N	Anak	31-01-2019	Belum Sekolah
3	Nenek B	Mertua	07-09-1945	SD

Genogram :



Keterangan :

- | | |
|---------------|-----------------------|
| □ : Laki-laki | ⊗ : Meninggal |
| ○ : Perempuan | ◻ : Bercerai |
| ⊙ : Klien | --- : Tinggal Serumah |

6. Tipe Keluarga

Keluarga nenek.B merupakan *three generation family* yang terdiri dari seorang nenek, ayah, ibu dan satu orang anak. Ny. G berusia 37 tahun yang merupakan anak keempat dari nenek, Suami Ny. G yaitu Tn H berusia 38 tahun, ibu Ny.G yaitu nenek B berumur 78 tahun, Ny. G memiliki seorang anak perempuan yaitu Nn. N yang berumur 4 tahun.

7. Suku

Keluarga nenek B bersuku melayu, bahasa yang sering digunakan sehari-hari yaitu bahasa minang. Keluarga nenek B tidak ada pantangan atau budaya yang bertentangan dengan kesehatan.

8. Agama

Nenek B dan keluarga beragama islam. Nenek B jarang mengikuti kegiatan yang ada di mesjid seperti pergi sholat berjamaah ataupun wirid semenjak kondisi kesehatannya menurun.

9. Status Sosial Keluarga

Tn H dan Ny. G bekerja membuka usaha jual beli rempah-rempah (bumbu) di kedai yang ada dipasar dengan penghasilan \pm 1.000.000 perbulan, nenek B tidak banyak membantu pekerjaan sang anak yang mana pekerjaan membutuhkan tenaga. Sedangkan Nenek B mengatakan fisiknya sudah mulai lemah.

10. Aktifitas Rekreasi Keluarga

Keluarga Nenek B jarang berpergian untuk rekreasi keluar rumah. Mereka hanya menghabiskan waktu senggangnya dirumah dengan menonton televisi, berbincang diteras rumah dan berkunjung ke rumah tetangga.

B. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap Perkembangan Keluarga Saat ini

Tahap perkembangan keluarga Tn. H saat ini adalah tahap III yaitu tahap dimana saat anak berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Nenek B tinggal dengan anak keempatnya yaitu Ny. G yaitu istri dari Tn. H, sedangkan anak pertama, kedua dan ketiga Nenek Y lainnya tinggal dan bekerja di luar kota.

2. Tugas Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu membantu anak untuk bersosialisasi, pembagian waktu untuk individu, pasangan, anak, serta kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang anak.

3. Riwayat Keluarga IntI

Nenek B sudah berusia 78 tahun semua fungsi tubuhnya sudah mulai menurun, seperti fungsi otot, nenek B memiliki kelemahan pada otot ekstremitas bawah, nenek B berjalan lambat dan sudah mulai membungkuk serta nenek B tidak memakai alat bantu. Nenek B sering mengeluh punggung dan pinggang nya nyeri secara tiba-tiba, pusing dan juga sakit kepala, nenek B ketika sakit hanya minum obat yang dibeli anak-anaknya diwarung. Nenek B jarang ke fasilitas kesehatan untuk mengontrol kesehatannya karena tidak ada yang menemani dan malas pergi sendiri. Ny G dan Tn. H bekerja membuka usaha jual beli rempah (bumbu) di sebuah kedai di pasar simpang haru dari pagi hingga sore. Cucu nenek B belum sekolah dimana Ny. G terkadang membawanya ke kedai ataupun menitipkannya ke keluarga dari Tn. H.

4. Riwayat Keluarga sebelumnya

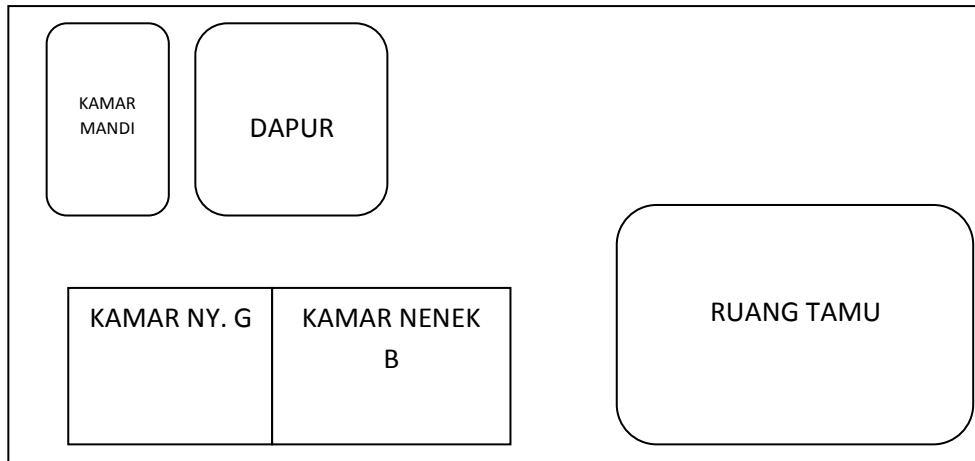
Keluarga nenek B tidak memiliki riwayat penyakit keluarga atau keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, maupun penyakit jantung.

C. LINGKUNGAN

1. Karakteristik Rumah

Rumah milik keluarga nenek B adalah rumah semi permanen dengan luas kira-kira 8 x 18 m² dengan atap menggunakan seng, dengan lantai keramik. Terdapat 1 ruang tamu yang digabung dengan ruang keluarga dimana lantainya licin dan berdebu, karena ketika mencuci peralatan masak di luar, tidak dikeringkan sampai benar-benar kering sehingga airnya menetes ke lantai di dalam rumah, serta disana terdapat mainan cucu nenek B, peralatan dapur yang berserakan dan pakaian yang tergantung sembarangan. Ada 2 kamar tidur, 1 kamar untuk Ny. G dan 1 untuk nenek B dimana kondisi pencahayaan dikamar masih kurang memadai (remang-remang) serta terdapat pula kain yang berserakan diatas tempat tidur selain itu kamar nenek B juga tidak terdapat tempat air minum ataupun galon, sehingga jika nenek B ingin minum harus mengambilnya ke dapur terlebih dahulu. Dirumah nenek B juga ada 1 dapur dan 1 kamar mandi, serta 1 ruang tamu, keadaan lantai kamar mandi keluarga nenek B licin karena jarang dibersihkan, serta pencahayaan yang masih kurang memadai (remang-remang) dan tidak terdapat pegangan bagi nenek B, terdapat jamban dikamar mandi,

dimana saluran pembuangan jamban berbeda dengan aliran pembuangan tempat cuci piring. Rumah keluarga nenek B sedikit pengap karena jendela yang jarang dibuka, serta ventilasi yang tertutup gordena. Terdapat 1 sofa di ruang tamu nenek B. Keluarga biasanya membuang sampah didepan rumah dan ada petugas yang mengambil sampah tersebut.



2. Karakteristik tetangga dan komunikasi

Nenek B sering menghadiri acara-acara yang diadakan dilingkungan tempat tinggalnya namun akhir-akhir ini jarang dikarenakan nenek B yang sudah mulai sulit berjalan. Hubungan keluarga nenek B dengan tetangga baik, dimana jika kakinya tidak sakit nenek B berkunjung kerumah tetangga untuk mengobrol serta keluarga nenek B dengan tetangga saling menghormati satu sama lain, saling bantu membantu, dan kerukunan antar warga terjaga dengan baik.

3. Mobilitas Geografis Keluarga

Nenek B dan keluarga lahir dan besar di Padang. Sejak menikah tetap tinggal diwilayah Andalas Padang, tepatnya di jalan belakang pasar simpang haru.

4. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Saat lebaran dan libur panjang anak-anak dan cucu nenek B akan pulang dan berkumpul di rumah nenek B di Padang. Terdapat warung kecil yang menjadi tempat berkumpul khususnya ibu-ibu untuk berbelanja kebutuhan sehari-hari di dekat rumah nenek B.

5. Sistem Pendukung Keluarga

Yang menjadi kepala keluarga adalah Tn. H, jadi semua urusan rumah tangga serta kebutuhan sehari-hari keluarganya Tn. H yang memenuhi, dan dibantu oleh Ny. G juga. Namun anak laki-laki nenek B yang bekerja di perantauan terkadang juga membantu kebutuhan nenek B.

D. STRUKTUR KELUARGA

1. Pola Komunikasi Keluarga

Komunikasi antar keluarga adalah komunikasi terbuka, dimana komunikasi antar keluarga cukup baik. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa minang. Nenek B berkomunikasi dengan anak serta cucunya.

2. Struktur Kekuatan Keluarga

Meskipun anak nenek B selalu sibuk, tetapi jika diberi nasihat oleh nenek B anaknya akan mematuhi serta mendengarkan nasihat nenek B, begitupun dengan menantu nenek B yaitu Tn. H.

3. Struktur Peran

Nenek B berperan sebagai orang tua dari anaknya dan Nenek dari cucunya, dan berperan dalam memberikan nasehat serta penengah dalam keluarganya. Namun nenek B merasa dirinya sudah tua sehingga tidak banyak pekerjaan yang dapat ia lakukan, serta nenek B juga merasa malu karena beranggapan bahwa dirinya hanya menjadi beban bagi anak-anaknya. Nenek B tinggal dengan anak, menantu dan juga cucunya. Tn. H berperan sebagai kepala keluarga, suami, ayah dan menantu dimana Tn. H berperan untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarganya, membimbing keluarganya, serta melindungi anak dan keluarganya, sedangkan Ny. G berperan sebagai anak, istri dan ibu bagi anaknya dimana Ny. G berperan mengurus ibu, suami dan anaknya, melayani dan membantu suaminya serta mendidik anaknya. An. N berperan sebagai cucu dan juga anak dari Ny. G dan Tn. H dimana An. N pada usianya ia berperan untuk bermain serta mempelajari hal-hal yang ada di lingkungan sekitarnya.

4. Nilai dan Norma Budaya

Tidak ada nilai-nilai tertentu dan nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan

yang dianut keluarga nenek B. Menurut keluarga kesehatan merupakan hal yang penting. Nenek B dan keluarga biasanya pergi berobat ke bidan ataupun puskesmas, namun jika hanya demam atau sakit kepala keluarga nenek B hanya mengonsumsi obat yang dibeli di warung terdekat.

E. FUNGSI KELUARGA

1. Fungsi Afektif

Keluarga nenek B sudah melaksanakan fungsi afektifnya dengan baik, dapat dilihat dari interaksi antara anggota keluarga yang saling menyayangi, saling menghargai, dan saling membantu.

2. Fungsi Sosialisasi

Keluarga nenek B sering berkomunikasi dengan tetangga disekitar rumahnya, dan mengikuti kegiatan yang diadakan dilingkungan tempat tinggal serta jika ada masalah yang terjadi, keluarga nenek B menyelesaikannya dengan bermusyawarah untuk menemukan jalan keluarnya.

3. Fungsi Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga nenek B menghasilkan uang setiap bulan sebanyak $\pm 1.000.000$ penghasilan dari hasil usaha berjualan rempah (bumbu). Pengeluaran keluarga nenek B yaitu seperti biaya listrik, air, pulsa serta cicilan dan untuk makanan pokok seperti beras, lauk-pauk, sayuran serta kebutuhan lainnya.

4. Fungsi Reproduksi

Nenek B mempunyai empat orang anak dimana anak pertama sampai ketiga berjenis kelamin laki-laki yang sudah menikah dan meninggalkan rumah sedangkan anak terakhir nenek B berjenis kelamin perempuan yaitu Ny. G yang juga sudah menikah dan tinggal bersama nenek B. Ny. G memiliki seorang anak berjenis kelamin perempuan yang tinggal bersama Ny. G dan juga nenek B di satu rumah yang sama.

5. Fungsi Perawatan Keluarga

Sesuai dengan tugas utama keluarga, saat dilakukan pengkajian, nenek B mengetahui akan kelemahan yang dialaminya dan mengetahui apa penyakit yang sedang

dialaminya. Biasanya saat sakit nenek B akan mengonsumsi obat yang dibeli diwarung dan apabila tidak ada perubahan baru dibawa ke klinik ataupun bidan terdekat. Keluarga nenek B masih belum mampu memodifikasi lingkungan yang nyaman dan aman untuk kesehatan, terlihat dari depan rumah nenek B yang kurang bersih karena dedaunan serta terdapat keran air yang juga biasa dipakai untuk mencuci peralatan masak sehingga membuat depan rumah menjadi becek. Didalam rumah nenek B lantainya berdebu, terkadang juga basah dan licin karena ketika mencuci peralatan masak di luar, tidak dikeringkan sampai benar-benar kering sehingga airnya menetes ke lantai di dalam rumah, serta keluarga masuk ke dalam rumah dengan kondisi kaki yang masih basah. Selain itu di bagian ruang tamu nenek B, terlihat mainan cucu dan peralatan dapur yang tidak tersusun rapi, serta terdapat pakaian yang digantung sembarangan, ventilasi yang tertutup gordena dan jendela rumah yang jarang dibuka sehingga terasa pengap dan udara tidak bertukar, untuk kamar mandi nenek B lantainya pun licin, lampunya kurang memadai (remang-remang) serta tidak ada pegangan untuk nenek B. Keluarga nenek B mengetahui fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk menunjang kesehatan anggota keluarganya, namun keluarga nenek B jarang menemani nenek B mengontrol kesehatannya ke fasilitas kesehatan karena pekerjaan yang memakan banyak waktu. Selain itu Nenek B mengatakan bahwa ia sering lupa, nenek B mengatakan bahwa ia sering lupa menaruh barang, nenek B mengatakan bahwa ia tidak berobat untuk masalah pelupunya.

F. STRESS DAN KOPING KELUARGA

1. Stressor jangka Pendek

Beban pikiran nenek B yaitu selalu memikirkan anak-anak nya dirantau yang jarang mengunjunginya, nenek B juga sering menangis karna anak-anaknya yang jarang melihatnya dan kadang menganggap bahwa dirinya sudah terlalu tua, sehingga tidak begitu banyak dapat melakukan pekerjaan serta merasa malu karena menganggap dirinya sebagai beban bagi anak-anaknya.

2. Stressor Jangka Panjang

Pemikiran kedepan nenek B yaitu cemas tentang keadaan fisiknya yang semakin menurun, takut sesuatu terjadi padanya saat anak dan cucunya tidak ada dirumah.

3. Kemampuan Keluarga Berespon terhadap Masalah

Untuk membantu pekerjaan rumah anaknya nenek B terkadang membersihkan rumput dan membersihkan halaman depan rumah keluarga nenek B, jika nenek B sakit nenek B akan beristirahat dan meminum obat.

4. Strategi Koping yang Digunakan

Jika ada masalah dalam keluarga, biasanya keluarga nenek B mencari jalan keluar dengan bermusyawarah. Jika terdapat masalah yang tidak bisa diselesaikan, nenek B dan keluarga akan tetap mencari jalan keluar dengan musyawarah tanpa mengedepankan ego dan emosi serta nenek B juga menerima apapun yang terjadi padanya terkait penyakitnya, karena beliau yakin semua sudah diatur oleh Allah SWT.

5. Strategi Adaptasi Fungsional

Jika merasa lelah dan sakit Nenek B akan beristirahat dan tidur.

6. Strategi Adaptasi Disfungsional

Keluarga nenek B jika ada masalah kesehatan tidak membiarkannya begitu saja, apabila ada anggota keluarga yang sakit dibelikan obat yang dibeli diwarung apabila tidak ada perubahan maka dibawa ke pelayanan kesehatan.

G. HARAPAN KELUARGA

Keluarga nenek B berharap mereka semua selalu diberikan kesehatan, keberkahan, dan rezeki yang cukup oleh Allah SWT. Keluarga berharap dengan adanya petugas kesehatan yang mengunjunginya, akan ada perubahan tingkah laku yang dapat dilakukan oleh nenek B dan keluarga, dalam menunjang peningkatan kesehatan nenek B dan keluarga.

FORM PENGAJIAN LANSIA

A. IDENTITAS DIRI KLIEN

Nama (Umur) ; Nenek B (78 th)
Jenis kelamin ; Perempuan
Status Perkawinan ; Cerai mati
Agama / Suku ; Islam / Melayu
Pendidikan terakhir ; SD
Sumber Informasi ; Klien dan Anak
Keluarga yang bisa di hubungi ; Anak
Diagnosis Medis (Jika Ada) ; -

B. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

1. Keluhan utama ; Sakit kaki, sakit punggung, sakit kepala serta pusing
2. Kronologi keluhan
 - a. Faktor pencetus ; Ketika melakukan aktifitas yang berat
 - b. Timbulnya keluhan ; () Mendadak () Bertahap
 - c. Lamanya ; 6-10 menit
 - d. Upaya klien untuk Mengatasi ; Minum obat yang dibeli diwarung

C. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat alergi (makanan, Obat, binatang, lingkungan) ; Tidak ada alergi makanan, obat-obatan, binatang maupun lingkungan
2. Riwayat kecelakaan ; Tidak pernah mengalami kecelakaan yang parah
3. Riwayat di rawat di RS ; Tidak pernah dirawat di rumah sakit
4. Riwayat pemakaian obat ; Tidak ada meminum obat rutin, hanya obat dari warung jika sakit.

D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Keluarga nenek B tidak memiliki riwayat penyakit keluarga ataupun keturunan seperti hipertensi, DM maupun jantung.

E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Orang terdekat dengan klien ; Anak perempuan nenek B yaitu Ny. g
2. Masalah yang mempengaruhi klien ; Cemas akan kondisinya jika terjadi sesuatu ketika anaknya tidak dirumah
3. Mekanisme koping terhadap stress
() Pemecahan masalah () Minum Obat () Tidur
() Makan () Cari ertolongan () Lain”, sebutkan
4. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 - a. Hal yang sangat dipikirkan klien saat ini :
Nenek B mengetahui bahwa ia sudah tua dan sudah tidak sekuat dulu lagi, dan cemas jika sewaktu kondisinya memburuk anaknya tidak ada di dekatnya namun nenek B percaya semuanya sudah diatur oleh Allah SWT
5. Sistem nilai kepercayaan
 - a. Aktifitas keagamaan / kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi) :
Nenek B melaksanakan sholat lima waktu di rumah serta membaca Al-quran 2 kali dalam seminggu
 - b. Kegiatan keagamaan / kepercayaan yang ingin dilakukan :
Naik haji bersama keluarganya
 - c. Kepercayaan akan adanya kematian :
Nenek B percaya dengan adanya kematian

F. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Nutrisi
 - a. Frekuensi makan : 3 x sehari
 - b. Jenis makanan : Makanan biasa yaitu ikan, sayur dengan nasi sedikit lunak
 - c. Kebiasaan sebelum makan : Berdoa dan mencuci tangan
 - d. Nafsu makan : Cukup baik
 - e. Makanan yang disukai / alergi / pantangan : Nenek B suka makan buah seperti pepaya
 - f. BB / TB : 40/ 140

2. Eliminasi

a. Berkemih

- Frekuensi : 5-8 x sehari
- Warna : Kuning
- Keluhan yang berhubungan dengan BAK: Tidak ada

b. Defekasi

- Frekuensi : 3x seminggu
- Warna : Coklat
- Waktu : Pagi
- Bau : Khas feses
- Konsistensi : Lunak
- Keluhan yang berhubungan dengan defekasi : Tidak ada
- Pengalaman makan laksatif : Tidak ada

3. Higiene Personal

a. Mandi

- * Frekuensi : 1x sehari
- * Pakai Sabun (Ya / ~~Tidak~~)

b. Higiene Oral

- * Frekuensi : 1 x sehari
- * Waktu : Malam.

c. Cuci Rambut

- * Frekuensi : 1x seminggu
- * Pakai Shampo (Ya / ~~Tidak~~)

d. Gunting kuku

- * Frekuensi 1x 2 minggu

4. Istirahat dan tidur

- * Lama tidur (jam / hari) : 5-7 jam
- * Tidur Siang (Ya / ~~Tidak~~)

5. Aktivitas dan latihan

a. Olahraga (~~Ya~~ / Tidak)

b. Kegiatan waktu luang : Bebincang dengan tetangga, menyapu halaman depan

c. Keluhan dalam beraktifitas ;

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pergerakan tubuh | <input type="checkbox"/> Sesak nafas setelah latihan |
| <input type="checkbox"/> Mengenakan pakaian | <input type="checkbox"/> Mandi |
| <input type="checkbox"/> Bersolek / Berhias | <input type="checkbox"/> Lain – lain |

6. Kebiasaan

- a. Merokok (Ya / Tidak)
 Frekuensi / jumlah / lama pakai
- b. Minuman Keras (Ya / Tidak)
 Frekuensi / jumlah / lama pakai
- c. Ketergantungan obat (Ya / Tidak)
 Frekuensi / jumlah / lama pakai

G. PEMERIKSAAN FISIK (Head To Toe)

1. Keadaan Umum (TTV) :
 TD: 130/80 mmHg
 HR: 75x/i
 RR: 19x/i
 T : 36,6°C
2. Rambut :
 Rambut lurus, beruban, panjang dan tidak mudah dicabut.
3. Mata :
 Simetris kiri dan kanan,
 konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, penglihatan sudah mulai kabur.
4. Hidung :
 Simetris polip, tidak ada sekret, indra penciuman baik, tidak ada bernafas menggunakan cuping hidung.
5. Telinga :
 Bentuk simetris telinga bersih, tidak ada serumen, pendengaran kurang.
6. Mulut dan Bibir :
 Mukosa mulut kering, gigi sudah tidak lengkap, tidak terdapat lesi pada area mulut dan nafsu makan cukup.
7. Leher :
 Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening dan tidak ada pembesaran vena jugularis.
8. Dada :
 I : bentuk simetris, tidak terdapat tarikan dinding dada, dada mengembang simetris kiri kanan
 P : fremitus kiri dan kanan sama
 P : sonor
 A : vesikuler
9. Abdomen :
 I : abdomen simetris, tidak terdapat lesi atau bekas luka
 A: bising usus(+)
 P : tidak terdapat nyeri tekan
 P : timpani
10. Genitalia :
 Klien mengatakan tidak ada masalah pada daerah genitalia (tidak dilakukan pemeriksaan)
11. Ekstremitas :

a. Atas
Edema (-), lesi (-), akral
hangat, CRT <2 detik

b. Bawah
Edema (-) pada kedua telapak
kaki, akral hangat, CRT <2
detik.

PENGKAJIAN STATUS KEMANDIRIAN

NO	Aktivitas	Mandiri (Nilai 1)	Bergantung (Nilai 0)
1	Mandi di kamar mandi (menggosok, membersihkan, dan mengeringkan badan).	1	
2	Menyiapkan pakaian, membuka, dan menggunakannya.	1	
3	Memakan makanan yang telah disiapkan.	1	
4	Memelihara kebersihan diri untuk penampilan diri (menyisir rambut, mencuci rambut, menggosok gigi, mencukur kumis).	1	
5	Buang air besar di WC (membersihkan dan mengeringkan daerah bokong).	1	
6	Dapat mengontrol pengeluaran feses (tinja)	1	
7	Buang air kecil dikamar mandi (membersihkan dan mengeringkan daerah kemaluan)	1	
8	Dapat mengontrol pengeluaran air kemih	1	
9	Berjalan dilingkungan tempat tinggal atau keluar ruangan tanpa alat bantu, seperti tongkat	1	
10	Menjalankan agama sesuai agama dan kepercayaan yang dianut.	1	
11	Melakukan pekerjaan rumah, seperti : merapikan tempat tidur, mencuci pakaian, memasak, dan membersihkan ruangan.	1	
12	Berbelanja untuk kebutuhan sendiri atau kebutuhan Kelompok khusus (lansia).	1	
13	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang sendiri).	1	
14	Menggunakan transportasi umum untuk bepergian.		0
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai dengan aturan (takaran obat dan waktu minum obat tepat).	1	
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan Kelompok khusus (lansia) dalam hal penggunaan uang, aktivitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan.	1	
17	Melakukan aktivitas diwaktu luang (kegiatan keagamaan, sosial, rekreasi, olah raga dan menyalurkan hobi).	1	
	JUMLAH POIN MANDIRI	16	

Berdasarkan hasil pengkajian status kemandirian nenek B didapatkan bahwa nenek B mandiri dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

PENGAJIAN FUNGSI KOGNITIF

(SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab : 9 pagi	√	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab : 2020		√
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab : 05-06-1955		√
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : 75		√
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Belakang pasar simpang haru	√	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : 3	√	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab : Haris, Gusnita, nadia	√	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab : 1945	√	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : SBY		√
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab : 20, 19, 18, 16, 17, 15, 14, 13, 11, 12, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1		√
	JUMLAH		5

Berdasarkan hasil pengkajian fungsi kognitif terhadap nenek B didapatkan hasil kerusakan intelektual sedang karena nenek B salah menjawab tahun, tanggal lahir, umur, nama presiden serta salah dalam menghitung angka terbalik.

FORMAT PENGKAJIAN MMSE

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		0
	2. Musim apa sekarang ?		0
	3. Tanggal berapa sekarang ?		0
	4. Hari apa sekarang ?		0
	5. Bulan apa sekarang ?		0
	6. Dinegara mana anda tinggal ?	1	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?	1	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?	1	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?	1	
	10. Di desa mana anda tinggal ?	1	
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. Kursi	1	
	12. Buku	1	
	13. Pena	1	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K	1	
	15. A		0
	16. P		0
	17. A		0
	18. B	1	
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek diatas		
	19. Kursi	1	
	20. Buku	1	
	21. Pena	1	
5	BAHASA		
	Penamaan: Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	1	
	23. Pensil	1	
	Pengulangan : Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “		0
	Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !	1	
	26. Lipat dua !	1	
	27. Taruh dilantai !	1	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	1	
	29. Tulis satu kalimat		0
	30. Salin gambar		0
	JUMLAH	19	

Berdasarkan hasil pengkajian MMSE terhadap nenek B didapatkan data bahwa nenek B mengalami kerusakan kognitif karena salah menjawab tahun, musim, tanggal, hari, bulan, pengulangan kata secara terbalik, pengulangan kalimat, penulisan kalimat serta menyalin gambar, sehingga nenek B menjawab hanya 19 jawaban yang benar.

**PENGAJIAN STATUS FUNGSIONAL
(Indeks Kemandirian Katz)**

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	√	
2	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	√	
3	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√	
4	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√	
5	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	√	
6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	√	

Berdasarkan hasil pengkajian status fungsional nenek B didapatkan bahwa nenek B mandiri dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian yang artinya tingkat kemandirian nenek B adalah A.

PENGKAJIAN RESIKO JATUH

Parameter	Skrining	Jawaban	Keterangan nilai	Skor
Riwayat jatuh	Apakah pasien datang ke RS karena jatuh ?	Ya / tidak	Salah satu Jawaban Ya = 6	0
	Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini ?	Ya / tidak		
Status mental	Apakah pasien delirium ?(tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat	Ya / tidak	Salah satu Jawaban ya = 14	14
	Apakah pasien disorientasi ? (salah menyebutkan waktu, tempat atau orang)	Ya / tidak		
	Apakah pasien mengalami agitasi ? (ketakutan, gelisah dan cemas)	Ya / tidak		
Penglihatan	Apakah pasien memakai kacamata ?	Ya / tidak	Salah satu Jawaban ya =1	1
	Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram ?	Ya / tidak		
	Apakah pasien mempunyai glaucoma, katarak atau degenari macula ?	Ya / tidak		
Kebiasaan berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih ? (frekuensi urgensi, inkontinensia, Nokturia)	Ya / tidak	Ya=2	0
Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur)	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	Jumlahkan nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3 maka skor= 0. jika nilai 4-6 maka skor =7	0
	Memerlukan sedikit bantuan (1orang) / dalam pengawasan	1		
	Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)	2		
	Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	3		
Mobilitas	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0		
	Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik)	1		
	Menggunakan kursi roda	2		
	Imobilisasi	3		
Total Skor				15

Berdasarkan pengkajian resiko jatuh nenek B didapatkan bahwa nenek B memiliki gangguan daya ingat, penglihatannya buram, transfer dan mobilitas mandiri sehingga total skor didapatkan yaitu 15 yang artinya nenek B memiliki resiko jatuh sedang.

ANALISA DATA

No.	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nenek B mengatakan kakinya lemah dan mulai sulit berjalan b) Nenek B mengatakan pernah hampir tergelincir dikamar mandi akibat lantai licin c) Keluarga mengatakan tidak mampu membuat lingkungan yang aman untuk lansia. <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kaki nenek B tampak lemah dan sulit berjalan serta membungkuk b) Di ruang tamu nenek B banyak peralatan bumbu dan mainan cucunya yang tidak ditata dengan rapi c) Nenek B tidak mau menggunakan tongkat, nenek B hanya berjalan lambat-lambat 	Resiko Jatuh	Lingkungan tidak aman
2.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nenek B mengatakan dirinya sudah tua sehingga tidak banyak yang dapat ia lakukan b) Nenek B mengatakan bahwa ia merasa malu karena hanya menjadi beban bagi anak-anaknya 	Resiko harga diri rendah situasional	Gangguan peran sosial

	<ul style="list-style-type: none"> c) Nenek B mengatakan sering menangis sendirian karna teringat dengan anak-anaknya dirantau dan kondisinya d) Nenek B mengatakan anak- anaknya jarang melihatnya karena sibuk bekerja e) Nenek B mengatakan sering ditinggal sendirian dirumah f) Keluarga mengatakan nenek B sering terlihat melamun <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nenek B berbicara pelan b) Nenek B berjalan menunduk c) Nenek B menangis saat menceritakan anak-anaknya d) Nenek B sulit untuk berkonsentrasi 		
3.	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nenek B mengatakan sering mengeluh pusing dan juga sakit punggung b) Keluarga mengatakan sering meninggalkan nenek B dirumah c) Keluarga mengatakan tidak tahu masalah kesehatan yang dialami nenek B d) Nenek B mengatakan mengkonsumsi obat yang dibeli diwarung ketika sakit kepala 	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif	Ketidakmampuan dalam membuat penilaian yang tepat

	<p>e) Keluarga mengatakan nenek B jarang kontrol kesehatan ke fasilitas kesehatan.</p> <p>Data objektif</p> <p>a) Anak nenek B sering keluar dan cucunya jarang berada dirumah</p> <p>b) Rumah kurang bersih dan kurang tertata rapi serta banyak baju yang tergantung sembarangan</p>		
4.	<p>Data subjektif</p> <p>a) Nenek B mengatakan mandi hanya 1 kali dalam sehari</p> <p>b) Nenek B mengatakan mandi hanya disore hari</p> <p>c) Nenek B mengatakan malas mandi karena takut terpeleset dikamar mandi</p> <p>d) Nenek B mengeluh kelemahan pada ekstremitas bawah</p> <p>Data objektif</p> <p>a) Nenek B tampak kurang bersih</p> <p>b) Tercium bau keringat</p> <p>c) Kuku nenek B tampak panjang dan kurang bersih.</p>	Defisit perawatan diri	Gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat

5.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nenek B mengatakan bahwa ia sering lupa b) Nenek B mengatakan bahwa ia sering lupa menaruh barang c) Nenek B mengatakan bahwa ia tidak berobat untuk masalah pelupanya <p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Saat dilakukan pengkajian MMSE didapatkan bahwa nenek B sulit mengingat dalam hal orientasi dimana nenek B tidak dapat mengingat tahun, musim, bulan, hari, dalam hal perhatian dan kalkulasi yaitu mengeja kata belakang BAPAK menjadi KABAP b) Saat dilakukan pengkajian SPMSQ, nenek B tampak sulit mengingat tahun, tanggal lahir, umur, nama presiden serta menghitung angka terbalik 	Gangguan Memori	Proses Penuaan
----	--	-----------------	----------------

PRIORITAS MASALAH

1. Resiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman

NO	KRITERIA	BOBOT	SKORS	PEMBENARAN
1.	Sifat Masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$2/3 \times 1 = 0,67$	Masalah ini bersifat resiko karena akan memperburuk kondisi nenek B
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Tinggi = 2 Sedang = 1 Rendah = 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah dapat diubah yaitu tinggi, karena keluarga nenek B mau merawat nenek B serta sumber daya, fasilitas kesehatan tersedia dan dapat dijangkau/dimanfaatkan
3.	Potensial untuk dicegah Tinggi = 3 Cukup = 2 Tidak dapat = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Potensial masalah untuk dicegah tinggi karena nenek B dan keluarganya mau merubah kebiasaan serta mengikuti arahan petugas kesehatan
4.	Menonjolnya masalah Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani = 2 Masalah dirasakan = 1 Masalah tidak dirasakan = 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga dan nenek B merasakan masalah tersebut dan perlu segera untuk ditangani karena nenek B pernah hampir terjatuh karena lantai kamar mandi licin
	Total skor		4,67	

2. Resiko harga diri rendah situasional berhubungan dengan gangguan peran sosial

NO	KRITERIA	BOBOT	SKORS	PEMBENARAN
1.	Sifat Masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$2/3 \times 1 = 0,67$	Masalah ini bersifat resiko karena akan memperburuk kondisi nenek B
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Tinggi = 2 Sedang = 1 Rendah = 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah dapat diubah yaitu tinggi, karena keluarga mau merawat nenek B dan pengetahuan, sumberdaya, fasilitas kesehatan tersedia dan dapat dijangkau/dimanfaatkan
3.	Potensial untuk dicegah Tinggi = 3 Cukup = 2 Tidak dapat = 1	1	$2/3 \times 1 = 0,67$	Potensial masalah ini dapat dicegah cukup karena keluarga bisa membantu nenek B dan masalah dapat teratasi dengan melakukan intervensi
4.	Menonjolnya masalah Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani = 2 Masalah dirasakan = 1 Masalah tidak dirasakan = 0	1	$0/2 \times 1 = 0$	Keluarga dan nenek B tidak merasakan masalah
	Total skor		3,34	

3. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat

NO.	KRITERIA	BOBOT	SKORS	PEMBENARAN
1.	Sifat Masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah ini bersifat aktual karena terjadi pada keluarga nenek B
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Tinggi = 2 Sedang = 1 Tidak dapat = 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah dapat diubah yaitu tinggi, karena pengetahuan, sumberdaya, serta fasilitas kesehatan tersedia dan dapat dijangkau/dimanfaatkan
3.	Potensial untuk dicegah Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1	1	$1/3 \times 1 = 0,33$	Potensial masalah ini dapat dicegah rendah karena masalah sudah terjadi dan hanya bisa diberikan intervensi agar masalah tidak berlanjut
4.	Menonjolnya masalah Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani = 2 Masalah dirasakan = 1 Masalah tidak dirasakan = 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga dan nenek B merasakan masalah dan perlu segera ditangani
	Total skor		4,33	

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat

NO	KRITERIA	BOBOT	SKORS	PEMBENARAN
1.	Sifat Masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$2/3 \times 1 = 1$	Masalah ini bersifat aktual karena sudah terjadi kepada nenek B
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Tinggi = 2 Sedang = 1 Tidak dapat = 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah dapat diubah yaitu tinggi, karena keluarga mau merawat nenek B dan pengetahuan, sumberdaya, fasilitas kesehatan tersedia dan dapat dijangkau/dimanfaatkan
3.	Potensial untuk dicegah Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1	1	$1/3 \times 1 = 0,33$	Potensial masalah ini dapat dicegah rendah karena sudah terjadi kepada nenek B dan hanya bisa dilakukan intervensi agar masalah tidak berlanjut
4.	Menonjolnya masalah Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani = 2 Masalah dirasakan = 1 Masalah tidak dirasakan = 0	1	$1/2 \times 1 = 0,5$	Keluarga dan nenek B merasakan masalah tersebut
	Total skor		3,83	

5. Gangguan Memori berhubungan dengan proses penuaan

NO	KRITERIA	BOBOT	SKORS	PEMBENARAN
1.	Sifat Masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah ini bersifat actual karena nenek B sudah pelupa
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Tinggi = 2 Sedang = 1 Rendah = 0	2	$1/2 \times 2 = 1$	Kemungkinan masalah dapat diubah yaitu sedang, karena keluarga mau merawat nenek B dan pengetahuan, sumberdaya, fasilitas kesehatan tersedia dan dapat dijangkau/dimanfaatkan
3.	Potensial untuk dicegah Tinggi = 3 Cukup = 2 Tidak dapat = 1	1	$1/3 \times 1 = 0,33$	Potensial masalah untuk dicegah, tidak dapat karena keluarga hanya bisa mengurangi akibat dari masalah pelupa pada nenek B
4.	Menonjolnya masalah Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani = 2 Masalah dirasakan = 1 Masalah tidak dirasakan = 0	1	$1/2 \times 1 = 0,5$	Keluarga dan nenek B merasakan masalah pelupa pada nenek B
	Total skor		2,83	

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. Resiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman (D.0143)
2. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat (D.0117)
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat (D.0109)
4. Resiko harga diri rendah situasional berhubungan dengan gangguan peran sosial (D.0102).
5. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan (D.0062).

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

No	Dx Kep	Tujuan		Evaluasi		Rencana Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Resiko jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga dapat memahami dan menjaga lansia agar terhindar dari kejadian jatuh.	TUK 1 Dalam kunjungan 1 x 30 menit keluarga dapat mengenal masalah resiko jatuh pada lansia	Tingkat Pengetahuan (L. 12111) lansia dan keluarga meningkat, dengan kemampuan menjelaskan tentang masalah resiko jatuh, dimana a. Keluarga dan lansia mampu menyebutkan pengertian resiko jatuh dengan bahasa sendiri yaitu beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh	a. Resiko jatuh adalah suatu keadaan yang beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh sedangkan jatuh adalah perpindahan tubuh ke bawah, ke tanah, lantai atau benda lain, atau tingkat yang lebih rendah secara tiba-tiba, tidak terkendali, tidak disengaja	Edukasi Kesehatan (I.12383) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Gali pengetahuan keluarga tentang pengertian, penyebab resiko jatuh 3. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan resiko jatuh 4. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 5. Beri reinforcement positif terhadap yang telah disampaikan.

				<p>b. Keluarga dan lansia mampu menyebutkan 6 dari 10 penyebab resiko jatuh yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lingkungan 2. Aktifitas fisik 3. Usia 4. Status kesehatan kurang baik 5. Kekuatan otot 6. Penurunan fungsi kognitif <p>c. Keluarga dan lansia mampu menyebutkan 6 dari 8 akibat atau dampak dari kejadian jatuh :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kerusakan fisik 2. Cedera 3. Patah tulang 4. Kerusakan jaringan lunak 5. Hilangnya rasa percaya diri 	<p>b. Penyebab dari resiko jatuh :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan 2. Aktifitas fisik 3. Usia 4. Status kesehatan kurang baik 5. Kekuatan otot 6. Penurunan fungsi kognitif 7. Keseimbangan 8. Indeks masa tubuh 9. Konsumsi alcohol 10. Penyakit sistem syaraf <p>c. Akibat/ dampak jatuh pada lansia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kerusakan fisik 2. Cedera 3. Patah tulang 4. Kerusakan jaringan lunak 5. Hilangnya rasa percaya diri 6. Pembatasan dalam aktivitas sehari-hari 7. Syok setelah 	
--	--	--	--	---	--	--

				<p>6. Pembatasan dalam aktivitas sehari-hari</p> <p>d. Keluarga dan lansia mampu menyebutkan 6 dari 8 upaya pencegahan resiko jatuh :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan fisik 2. Bergerak aktif melakukan aktifitas 3. Gunakan alas kaki yang nyaman 4. Membuat kondisi rumah menjadi lebih aman 5. Pencahayaan yang cukup 6. Gunakan alat bantu 	<p>jatuh</p> <p>8. Gangguan psikologis atau rasa takut akan jatuh kembali.</p> <p>d. Pencegahan resiko jatuh pada lansia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan fisik 2. Bergerak aktif melakukan aktifitas 3. Gunakan alas kaki yang nyaman 4. Membuat kondisi rumah menjadi lebih aman 5. Pencahayaan yang cukup 6. Gunakan alat bantu 7. Menggunakan pegangan 8. Lakukan pemeriksaan mata 	
--	--	--	--	--	--	--

			<p>TUK 2</p> <p>Dalam kunjungan 1x 30 menit keluarga dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah resiko jatuh</p>	<p>Dukungan Keluarga (L.13112) meningkat dengan anggota keluarga memberikan keputusan terkait dengan tindakan pencegahan resiko jatuh pada lansia dengan sanggup merawat lansia</p>	<p>Keluarga dapat mengambil keputusan dengan :</p> <p>a. Keluarga mengatakan kesanggupan dalam merawat lansia yang sakit</p> <p>b. Keluarga memutuskan tindakan yang akan diambil dalam merawat lansia yang sakit</p>	<p>Dukungan pengambilan keputusan (I.09265)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi persepsi mengenai masalah resiko jatuh pada lansia 2. Motivasi keluarga untuk memutuskan mengatasi terjadinya jatuh pada lansia 3. Berikan motivasi atau dukungan keluarga dalam memilih alternative pilihan 4. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 5. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi
			<p>TUK 3</p> <p>Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dapat melakukan perawatan pada lansia dengan masalah resiko jatuh</p>	<p>Tingkat jatuh (L.14138) menurun dengan</p> <p>a. Keluarga mampu mendemonstrasi kan cara mengatasi resiko jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga membantu lansia melakukan latihan fisik salah satunya senam otago 2. Keluarga 	<p>Cara mengatasi resiko jatuh :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu lansia melakukan latihan fisik salah satunya senam otago 2. Memberikan alat bantu berjalan yang aman digunakan bagi lansia 	<p>Pencegahan jatuh (I. 14540)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 2. Mendiskusikan bersama keluarga cara perawatan lansia dengan resiko jatuh 3. Motivasi keluarga untuk memberikan perawatan pada lansia dengan resiko jatuh 4. Keluarga dapat menyediakan alat bantu jalan bagi lansia

				<p>menyediaka alat bantu jalan yang aman digunakan bagi lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Keluarga menyediakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin 4. Keluarga memotivasi lansia melakukan aktivitas fisik 5. Lansia ditemani keluarga pergi ke fasilitas kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Memotivasi lansia melakukan aktivitas fisik 4. Lansia ditemani keluarga ke fasilitas kesehatan 5. Keluarga memastikan kecukupan nutrisi dan minum bagi lansia 6. Menyediakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Beri reinforcement positif 6. Evaluasi apa saja yang telah dilakukan keluarga
			<p>TUK 4 Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang untuk mengatasi masalah resiko jatuh pada lansia</p>	<p>Keamanan lingkungan rumah (L.14126) meningkat dengan keluarga mampu mengetahui 4 dari 5 cara memelihara memelihara lingkungan yang aman dan nyaman bagi lansia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lantai rumah tidak licin dengan ventilasi yang bagus 	<p>Cara memelihara lingkungan yang aman dan nyaman bagi lansia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lantai rumah tidak licin dengan ventilasi yang bagus 2. Penerangan yang cukup 3. Barang tertata rapi dan tidak berantakan 4. Kamar mandi tidak licin 	<p>Manajemen lingkungan (I.14514)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan 2. Diskusikan dengan keluarga cara memelihara lingkungan yang aman bagi lansia 3. Motivasi keluarga untuk memodifikasi lingkungan 4. Atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau 5. Sediakan lingkungan yang bersih dan nyaman

				<ul style="list-style-type: none"> 2. Penerangan yang cukup 3. Barang tertata rapi dan tidak berantakan 4. Kamar mandi tidak licin 	5. Suasana rumah tenang dan tidak ada konflik.	<ul style="list-style-type: none"> 6. Lakukan kunjungan yang tidak direncanakan untuk mengevaluasi kemampuan 7. Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman
			TUK 5 Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah resiko jatuh pada lansia	Status kesehatan keluarga (L. 12108) meningkat dengan keluarga mampu mengakses fasilitas kesehatan yang dapat digunakan : <ul style="list-style-type: none"> 1. Puskesmas 2. Praktek Bidan 	Fasilitas yang dapat digunakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya : <ul style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Klinik Swasta 4. Dokter 5. Praktek Bidan 	Pengenalan fasilitas (I.14549) <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengeidentifikasi pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan 2. Diskusikan bersama keluarga dan lansia pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dapat digunakan 3. Motivasi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan secara rutin 4. Beri reinforcement positif
2.	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pemeliharaan kesehatan efektif	Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dan lansia dapat mengenal masalah keperawatan Menyebutkan pengertian dari masalah kesehatan pada keluarga terutama lansia	Tingkat Pengetahuan (L.12111) meningkat dengan : <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga mampu menyebutkan pengertian lanjut usia dan pengabaian dengan bahasa sendiri : Lanjut usia adalah seorang yang 	<ul style="list-style-type: none"> a. Lanjut usia adalah seorang yang telah mencapai usia 60 tahun. pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau 	Edukasi Kesehatan (I.12383) <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Jelaskan pengertian lansia dan pengabaian terhadap lansia 3. Sediakan materi dan media

	<p>membuat penilaian yang tepat (D. 0003)</p>			<p>telah mencapai usia 60 tahun. Pengabaian lansia adalah kegagalan pengasuh yang disengaja atau tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia.</p> <p>b. Keluarga mampu menyebutkan penyebab dari penurunan fungsi tubuh lanjut usia</p> <p>c. Keluarga mampu menyebutkan</p>	<p>tidak disengaja ketika lansia membutuhkan makanan atau obat-obatan, meninggalkan lansia sendirian, tidak menyiapkan layanan untuk lansia, yang merupakan hukuman bagi lansia, juga berimplikasi pada beberapa risiko pengabaian pada lansia.</p> <p>b. Penyebab penurunan fungsi tubuh pada lanjut usia adalah ketidakmampuan dan kerentanan lanjut usia, faktor psikososial, faktor pengasuh.</p> <p>c. Peurunan fungsi lanjut usia berupa</p>	<p>pendidikan kesehatan</p> <p>4. Diskusikan bersama keluarga tentang lanjut usia dan pengabaian terhadap lansia</p> <p>5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p>
--	---	--	--	--	--	--

				<p>penurunan fungsi tubuh lanjut usia</p> <p>d. Keluarga mampu mengetahui jenis-jenis dari pengabaian pada lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengabaian aktif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan sadar dan sengaja yang dapat menimbulkan penderitaan fisik serta emosional pada lansia 2. Pengabaian pasif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan tidak adanya unsur kesengajaan akan tetapi 	<p>gangguan fungsi pendengaran, penglihatan, gangguan otot dan juga mental berupa kecemasan, depresi, gangguan tidur.</p> <p>d. Jenis-jenis pengabaian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengabaian aktif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan sadar dan sengaja yang dapat menimbulkan penderitaan fisik serta emosional pada lansia 2. Pengabaian pasif, yaitu perbuatan yang dilakukan dengan tidak adanya unsur kesengajaan akan tetapi menyebabkan penderitaan fisik serta stress / penderitaan 	
--	--	--	--	--	--	--

				<p>menyebabkan penderitaan fisik serta stress / penderitaan emosional pada lansia.</p> <p>e. Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 5 caramerawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi bantuan pada lansia 2. Menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia 3. Menjaga lingkungan rumah agar tetap tenang dan nyaman 4. Menemani lansia saat ke kamar mandi atau keruangan 	<p>emosional pada lansia.</p> <p>e. Merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi bantuan pada lansia 2. Menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia 3. Menjaga lingkungan rumah agar tetap tenang dan nyaman 4. Menemani lansia saat ke kamar mandi atau keruangan 5. Menemani lansia saat berpergian 	
--	--	--	--	---	--	--

			<p>TUK 2 Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dan lansia dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatannya</p>	<p>Dukungan Keluarga (L.13112) meningkat dengan anggota keluarga</p> <p>a. Mampu mengambil keputusan untuk mendukung anggota keluarga dengan mengetahui alternative yang akan diambil</p> <p>b. Mampu mengambil keputusan terkait tindakan dengan mengetahui 5 dari 6 akibat pengabaian terhadap lansia : 6. Ketidakseimbang</p>	<p>a. Keluarga mengambil keputusan dengan keluarga mengatakan mau merawat lansia dengan mengetahui alternative yang akan diambil :</p> <p>Alternatif pemecahan masalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga lanjut usia saat berada di rumah dan diluar rumah 2. Membatasi aktivitas sehari-hari lansia 3. Membantu lansia melakukan aktifitas fisik. <p>b. Akibat dari pengabaian pada lansia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan pemenuhan kebutuhan nutrisi lanjut usia 	<p>Dukungan pengambilan keputusan (I.09265)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi persepsi mengenai masalah pemeliharaan kesehatan pada lansia 2. Diskusikan bersama keluarga kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Berikan informasi yang diminta pasien 5. Berikan alternatif solusi secara jelas
--	--	--	--	---	---	--

				<p>an pemenuhan kebutuhan nutrisi lanjut usia</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Ketidakefektifan kebutuhan cairan untuk lanjut usia 8. Kurangnya kebersihan diri pada lansia 9. Timbulnya perasaan sedih pada lansia 10. Kurang dukungan keluarga dalam kehidupan lansia 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ketidakefektifan kebutuhan cairan untuk lanjut usia 3. Kurangnya kebersihan diri pada lansia 4. Timbulnya perasaan sedih pada lansia 5. Kurang dukungan keluarga dalam kehidupan lansia 6. Lansia merasa sepi di usia yang sudah menua. 	
			<p>TUK 3 Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga dapat melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan</p>	<p>Pemeliharaan kesehatan (L.12106) meningkat dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluarga mampu merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga memberikan bantuan kepada lansia 2. Keluarga menyediakan makanan dan 	<ol style="list-style-type: none"> a. Merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi bantuan pada lansia 2. Menyiapkan makanan dan minuman untuk lansia 3. Menemani lansia saat ke kamar mandi 	<p>Edukasi prosedur tindakan (I.12442)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Menjelaskan tujuan dan manfaat Tindakan relaksasi nafas dalam 4. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam 5. Anjurkan bertanya jika tidak mengerti

				<p>minuman untuk lansia</p> <p>3. Menemani lansia saat bepergian</p> <p>b. Keluarga dan lansia mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengalihkan rasa nyeri</p>	<p>atau keruangan</p> <p>4. Menemani lansia saat berpergian.</p> <p>b. Keluarga dan lansia mendemonstrasikan latihan teknik relaksasi : nafas dalam</p>	
			<p>TUK 4 Dalam kunjungan 1x45 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang</p>	<p>Pemeliharaan kesehatan (L.12106) meningkat dengan keluarga mampu</p> <p>a. Menjalankan 3 dari 4 perilaku sehat dengan pemeliharaan lingkungan yang aman dan tenang bagi lansia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti) 2. Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel hindari lantai licin) 3. Menjaga sirkulasi udara dengan 	<p>a. Cara memelihara lingkungan yang aman dan tenang pada lansia dengan masalah kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti) 2. Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel hindari lantai licin) 3. Menjaga sirkulasi udara dengan membuka jendela 	<p>Edukasi keselamatan rumah (I.12385)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Informasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah 5. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin

				membuka jendela atau pintu	atau pintu 4. Penerangan yang cukup tidak terlalu terang ataupun gelap	
			TUK 5 Dalam 1x30 menit Lansia dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan	Ketahanan keluarga (L.09074) meningkat dengan keluarga dan lansia mampu mengakses fasilitas kesehatan yang dapat digunakan 1. Puskesmas 2. Praktek Bidan	Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan 1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Klinik Swasta 4. Dokter 5. Praktek Bidan	Edukasi perilaku upaya kesehatan (I.12435) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Diskusikan bersama keluarga mengenai faslitas kesehatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan
3.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan lansia bisa menjaga kebersihan dirinya	TUK 1 Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dapat : Mengenal masalah kebersihan diri	Tingkat Pengetahuan (L. 12111) meningkat dengan kemampuan keluarga dan lansia dalam menjelaskan defisit perawatan diri a. Pengertian dari kebersihan diri dengan bahasa sendiri : Kebersihan diri	a. Kebersihan diri adalah berbagai cara yang secara rutin setiap hari untuk	Edukasi Kesehatan (I.12383) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

				<p>adalah berbagai cara yang harus dilakukan secara rutin setiap hari untuk menjaga kebersihan diri agar tubuh tetap bersih dan segar.</p> <p>b. Menyebutkan penyebab masalah kesehatan perawatan diri pada lansia</p> <p>c. Menyebutkan 4 dari 5 tanda dan gejala pada masalah perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badan berbau 2. Kuku panjang dan kotor 3. Rambut kotor 4. Gigi kotor serta mulut berbau 	<p>menjaga kebersihan diri agar tubuh tetap bersih dan segar.</p> <p>b. Penyebab masalah kurang perawatan diri pada lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lansia tidak atau kurang mampu melakukan perawatan diri karena penyakit yang diderita 2. Kelelahan fisik <p>c. Tanda dan gejala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badan berbau 2. Kuku panjang dan kotor 3. Rambut kotor 4. Gigi kotor serta mulut berbau 5. Penampilan tidak rapi 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan kepada lansia dan keluarga mengenai kebersihan diri 3. Mendiskusikan bersama lansia penyebab masalah kebersihan diri 4. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai perawatan diri 5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6. Jelaskan faktor resiko penyebab defisit perawatan diri
--	--	--	--	--	--	---

				<p>d. Menyebutkan 4 dari 5 penatalaksanaan perawatan diri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga membimbing lansia untuk melakukan kebersihan diri 2. Keluarga membimbing lansia untuk mencuci tangan menggunakan sabun 3. Keluarga membimbing lansia untuk rutin sikat gigi pada pagi dan malam hari 4. Keluarga melakukan perawatan kuku pada lansia 	<p>d. Penatalaksanaan melakukan cara perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga membimbing lansia untuk melakukan kebersihan diri 2. Keluarga membimbing lansia untuk mencuci tangan menggunakan sabun 3. Keluarga membimbing lansia untuk rutin sikat gigi pada pagi dan malam hari 4. Keluarga melakukan perawatan kuku pada lansia 5. Keluarga melakukan kebersihan pakaian pada lansia. 	
--	--	--	--	--	---	--

			<p>TUK 2 Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk melakukan perawatan diri</p>	<p>Dukungan Keluarga (L.13112) meningkat dengan anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dimana keluarga dan lansia memberikan keputusan terkait dengan tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada lansia dengan sanggup merawat lansia</p>	<p>a. Keluarga mengatakan kesanggupan dalam merawat lansia yang sakit b. Keluarga memutuskan tindakan yang akan diambil dalam merawat lansia yang sakit</p>	<p>Dukungan pengambilan keputusan (I.09265)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi persepsi mengenai masalah perawatan diri pada lansia 2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Berikan informasi yang diminta pasien 5. Berikan alternatif solusi secara jelas
			<p>TUK 3 Dalam kunjungan 1x 45 menit keluarga dapat melakukan perawatan diri pada lansia</p>	<p>Perawatan diri (L.11103) Meningkatkan dengan</p> <p>a. Keluarga dan lansia mampu menyebutkan cara perawatan diri pada lansia yang mengalami defisit perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan untuk mandi 2. Menggosok gigi 3. Mencuci 	<p>a. Cara perawatan diri pada lansia yang mengalami defisit perawatan diri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mandi 2. Menggosok gigi 3. Mencuci rambut 4. Bercukur jika laki-laki 5. Memotong kuku 6. Berpakaian rapi 	<p>Edukasi pada pengasuh (I.12402)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pemahaman dan kesiapan peran pengasuh 2. Berikan dukungan pada pengasuh selama pasien mengalami kemunduran 3. Fasilitasi pengasuh untuk bertanya 4. Ajarkan pengasuh cara memberikan dukungan

				<p>rambut</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bercukur jika laki – laki 5. Memotong kuku 6. Berpakaian rapi dan bersih 7. Berhias bagi Perempuan <p>b. Keluarga dan lansia mampu mendemonstrasikan cara perawatan diri salah satunya kuku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rendam tangan dan kaki dengan air hangat kuku selama 2-5 menit ditambah sedikit aromaterapi, ataupun asam 2. Lalu angkat tangan kaki dan keringkan dengan handuk 3. Potong kuku jangan terlalu pendek dan melengkung dan bersihkan serta 	<p>dan bersih</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Berhias bagi perempuan <p>b. Keluarga dan lansia mampu mendemonstrasikan cara perawatan diri salah satunya kuku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rendam tangan dan kaki dengan air hangat kuku selama 2-5 menit ditambah sedikit aromaterapi, ataupun asam 2. Lalu angkat tangan kaki dan keringkan dengan handuk 3. Potong kuku jangan terlalu pendek dan melengkung dan bersihkan serta rapikan ujung 	<p>perawatan diri (perawatan kuku, mandi, gosok gigi)</p>
--	--	--	--	--	---	---

				<p>rapikan ujung kuku menggunakan kikir</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bila kuku retak atau terkelupas oleskan krim/lotion berpelembab 5. Rendam kembali tangan dan kaki pada air dingin kira-kira 2 menit 6. Angkat tangan atau kaki lalu keringkan dengan handuk 	<p>kuku menggunakan kikir</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bila kuku retak atau terkelupas oleskan krim/lotion berpelembab 5. Rendam kembali tangan dan kaki pada air dingin kira-kira 2 menit 6. Angkat tangan atau kaki lalu keringkan dengan handuk 	
			<p>TUK 4 Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang</p>	<p>Keamanan lingkungan rumah (L.14126) meningkat dengan keluarga mampu</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menerapkan 4 dari 5 cara pemeliharaan lingkungan rumah yang aman dan tenang untuk masalah kurang perawatan diri : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan kamar mandi agar tidak 	<p>Cara memelihara dan modifikasi lingkungan yang aman dan tenang untuk masalah kurang perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan kamar mandi agar tidak licin 2. Kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti) 3. Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel) 	<p>Manajemen lingkungan (I.14514)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan 2. Diskusikan bersama keluarga cara memelihara lingkungan yang bersih dan nyaman bagi lansia 3. Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman 4. Beri reinforcement positif atas hal yang benar yang dilakukan lansia dan keluarga

				licin 2. Kebersihan tempat tidur (seprai yang diganti) 3. Kebersihan lantai (menyapu dan mengepel) 4. Ventilasi (jendela dan pintu) 5. Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri (peralatan mandi, shampoo, sabun, pasta gigi)	4. Ventilasi (jendela dan pintu) 5. Penerangan yang cukup 6. Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri (peralatan mandi, shampoo, sabun, pasta gigi)	
			TUK 5 Dalam kunjungan 1x30 menit keluarga dan lansia mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya	Status kesehatan keluarga (L.12108) Meningkatkan dengan keluarga dan lansia mampu mengakses fasilitas kesehatan yang dapat digunakan 1. Rumah sakit 2. Praktek Bidan	Fasilitas yang dapat digunakan keluarga diantaranya : 1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Klinik Swasta 4. Dokter praktek 5. Bidan	Edukasi perilaku upaya kesehatan (I.12435) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan 5. Ajarkan pencarian dan penggunaan sistem fasilitas pelayanan kesehatan

CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TT/Tgl/Waktu
Resiko jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman	<p>Kunjungan 1</p> <p>TUK 1 : keluarga mampu menjelaskan pengertian, penyebab, pencegahan dan faktor resiko jatuh pada lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menggali pengetahuan keluarga tentang pengertian, penyebab resiko jatuh 3. Mendiskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan resiko jatuh 4. Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya 5. Memberi reinforcement positif terhadap yang telah disampaikan. <p>TUK 2 : keluarga mampu mengambil keputusan terhadap lansia yang mengalami resiko jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi persepsi mengenai masalah resiko jatuh 	<p>S :Nenek B dan keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang pengertian, faktor yang mempengaruhi, dampak, dan pencegahan dari resiko jatuh pada lansia</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenek B dan keluarga mampu memahami pengertian resiko jatuh 2. Nenek B dan keluarga mampu memahami penyebab resiko jatuh 3. Nenek B dan keluarga mampu memahami pencegahan dari resiko jatuh <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 2</p> <p>S : Nenek B dan keluarga mengatakan mengerti dengan apa yang telah disampaikan dan akan mengambil keputusan dalam menangani masalah resiko jatuh</p>	Sabtu, 06 April 2023

	<p>pada lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memotivasi keluarga untuk memutuskan mengatasi terjadinya jatuh pada lansia 3. Memberikan dukungan keluarga dalam memilih alternative pilihan 4. Mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 5. Menghormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 	<p>O : Nenek B dan keluarga terlihat mengerti dengan apa yang telah disampaikan dan akan mengambil keputusan dalam menangani masalah resiko jatuh pada lansia</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 3</p>	
	<p>Kunjungan 2 : TUK 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 2. Mendiskusikan bersama keluarga cara perawatan lansia dengan resiko jatuh 3. Memotivasi keluarga untuk memberikan perawatan pada lansia dengan resiko jatuh 4. Keluarga dapat menyediakan alat bantu jalan bagi lansia 5. Memberi reinforcement positif 6. Mengevaluasi apa saja yang telah dilakukan keluarga 	<p>S : Keluarga sudah mulai tahu cara merawat lansia dengan resiko jatuh</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dapat menyebutkan cara perawatan lansia yang beresiko jatuh 2. Keluarga mau menyediakan alat bantu jalan bagi lansia <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 4</p>	<p>Jumat, 05 Mei 2023</p>

	<p>Kunjungan 3 :</p> <p>TUK 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan 2. Mendiskusikan dengan keluarga cara memelihara lingkungan yang aman bagi lansia 3. Memotivasi keluarga untuk memodifikasi lingkungan 4. Mengatur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau 5. Menyediakan lingkungan yang bersih dan nyaman 6. Menjelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman 	<p>S : Keluarga mengatakan sudah mulai tahu cara merawat membuat lingkungan yang nyaman dan aman bagi lansia</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dapat menyebutkan cara membuat lingkungan yang aman dan nyaman bagi lansia yang beresiko jatuh 2. Keluarga mengatur furniture di rumahnya <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Sabtu, 06 Mei 2023</p>
<p>TUK 5 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeidentifikasi pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan 2. Mendiskusikan bersama keluarga dan lansia pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dapat digunakan 3. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan secara rutin 4. Memberi reinforcement positif 	<p>S : Keluarga mengatakan sudah paham mengenai fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk lansia resiko jatuh</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dapat menyebutkan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan 2. Keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan <p>A : Masalah teratasi</p>		

		P : Intervensi berhasil, implementasi dihentikan	
Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat	<p>Kunjungan 4 : TUK 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menjelaskan pengertian lansia dan pengabaian terhadap lansia 3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Mendiskusikan bersama keluarga tentang lanjut usia dan pengabaian terhadap lansia 5. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 	<p>S : Nenek dan keluarga mengatakan sudah memahami mengenai lansia, pengabaian dan keterbatasan yang dimiliki lansia</p> <p>O : Nenek dan keluarga mampu menyebutkan pengertian lansia dan pengabaian</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 2</p>	Minggu, 07 Mei 2023
	<p>TUK 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi persepsi mengenai masalah pemeliharaan kesehatan pada lansia 2. Mendiskusikan bersama keluarga kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Menghormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Memberikan informasi yang diminta pasien 5. Memberikan alternatif solusi secara jelas 	<p>S : Nenek dan keluarga mengerti dengan apa yang disampaikan dan akan mengambil keputusan dalam menanganimasalah pada lansia.</p> <p>O : Nenek dan keluarga terlihat mengerti dengan apa yang disampaikan dan bisa mengambil keputusan dalam menangani masalah pada lansia</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 3</p>	

	<p>Kunjungan 5 : TUK 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Menjelaskan tujuan dan manfaat tindakan relaksasi nafas dalam 4. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam 5. Anjurkan bertanya jika tidak mengerti 	<p>S : Keluarga mengatakan sudah memahami cara merawat lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh. Keluarga dan lansia mengatakan sudah paham mengenai teknik relaksasi nafas dalam dan akan menerapkan apabila merasakan nyeri</p> <p>O : Keluarga terlihat sudah paham tentang cara merawat lansia dan demonstrasi nafas dalam yang diajarkan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 4</p>	<p>Senin, 08 Mei 2023</p>
	<p>Kunjungan 6 : TUK 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya 4. Menginformasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah 5. Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin 	<p>S : Keluarga mengatakan sudah memahami cara membuat lingkungan yang nyaman</p> <p>O : Keluarga terlihat sudah paham tentang caramembuat lingkungan yang nyaman</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 5</p>	<p>Selasa, 09 Mei 2023</p>

	<p>TUK 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Mendiskusikan bersama keluarga mengenai fasilitas kesehatan 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya 5. Mengjurkan menggunakan fasilitas kesehatan 	<p>S : Keluarga mengatakan sudah memahami mengenai fasilitas kesehatan</p> <p>O : Keluarga terlihat sudah paham mengenai fasilitas kesehatan</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi berhasil, implementasi dihentikan</p>	
<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, penurunan motivasi/minat</p>	<p>Kunjungan 7</p> <p>TUK 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Menjelaskan kepada lansia dan keluarga mengenai kebersihan diri 3. Mendiskusikan bersama lansia dan penyebab masalah kebersihan diri 4. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai perawatan diri 5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 	<p>S : Nenek dan keluarga mengatakan sudah memahami mengenai kebersihan diri beserta masalah yang terjadi apabila tidak melakukan kebersihan diri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenek dan keluarga mampu menyebutkan pengertian kebersihan diri 2. Nenek dan keluarga mampu menyebutkan penyebab masalah yang terjadi <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 2</p>	<p>Rabu, 10 Mei 2023</p>

	<p>TUK 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi persepsi mengenai masalah perawatan diri pada lansia 2. Mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Menghormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 4. Memberikan informasi yang diminta pasien 5. Memberikan alternatif solusi secara jelas 	<p>S : Nenek dan keluarga mengatakan mengerti dengan apa yang disampaikan dan akan mengambil keputusan dalam menangani masalah pada lansia.</p> <p>O :Nenek dan keluarga terlihat mengerti dengan apa yang disampaikan dan bisa mengambil keputusan dalam menangani masalah pada lansia</p> <p>A :Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 3</p>	
	<p>Kunjungan 8 :</p> <p>TUK 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pemahaman dan kesiapan peran pengasuh 2. Memberikan dukungan pada pengasuh selama pasien mengalami kemunduran 3. Memfasilitasi pengasuh untuk bertanya 4. Mengajarkan pengasuh cara memberikan dukungan perawatan diri (perawatan kuku, mandi, mencuci rambut) 	<p>S :Keluarga sudah mulai tahu cara merawat lansia dengan defisit perawatan diri</p> <p>O : Keluarga dapat menyebutkan cara perawatan lansia yang mengalami masalah kebersihan diri</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 4 dengan keluarga mengulangi intervensi TUK 3 untuk memotivasi dan mengajarkan cara</p>	<p>Kamis, 11 Mei 2023</p>

		perawatan diri (mandi, mencuci rambut, perawatan kuku) pada nenek B.	
	<p>Kunjungan 9</p> <p>TUK 4: keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu dalam perawatan lansia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan 2. Mendiskusikan bersama keluarga cara memelihara lingkungan yang bersih dan nyaman bagi lansia 3. Menjelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman 4. Memberi reinforcement positif atas hal yang benar yang dilakukan lansia dan keluarga 	<p>S: Keluarga mengatakan sudah memahami cara melakukan memelihara lingkungan yang nyaman</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dan nenek tampak antusias dalam mendengarkan penjelasan 2. Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang cara memelihara lingkungan yang nyaman <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ke TUK 5</p>	Jumat, 12 Mei 2023
	<p>TUK 5:</p> <p>keluarga dan lansia dapat menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan 	<p>S: Keluarga mengatakan sudah memahami manfaat dan mampu memilih fasilitas kesehatan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dan nenek tampak antusias dalam mendengarkan penjelasan 	

	<p>kemampuan menerima informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan 5. Memberi reinforcement positif atas hal yang benar yang dilakukan lansia dan keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Keluarga mampu menyebutkan kembali manfaat dan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi berhasil, implementasi dihentikan</p>	
--	---	--	--



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Jl. Jenderal Sudirman Km. 10 Padang 25139 Telp. (0751) 7611000-10011 Fax. (0751) 7611000-10012
Jalan Experimentasi (JTE) 25139, Padang Experimentasi, Indragiri (JTE) 25140, Jalan Kesehatan Masyarakat (JKM) 25139 Padang
Jalan (JL) 25139, Jalan Andalas (JA) 25139 Padang, Jalan Kesehatan Masyarakat (JKM) 25139 Padang
Jalan Experimentasi (JTE) 25139 Padang, Jalan Prasad Kesehatan
Website: <http://www.poltekkes.padang.ac.id>

Lampiran :
Nomor : PP.03.01/ /2022
Tanggal : 16 November 2022

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Wanda Dwi Putri	203110160	Asuhan keperawatan pada lansia dengan pengabaian di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota padang
2	Rafhatul Jannah	203110149	Asuhan keperawatan ada ibu hamil dengan anemia di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang
3	Suzati Nurul Nisa	203110155	Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus dengan ansietas di wilayah kerja puskesmas Andalas Kota Padang
4	Salswa Dwi Saman	203110151	Asuhan Keperawatan pada ibu hamil dengan Hipertensi Gravidarum di wilayah kerja puskesmas Andalas kota Padang
5	Rakhamah Nur Khalifah	203110148	Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hipertensi di wilayah kerja puskesmas lepai

Wafir I.

Kampus Indragiri, SKM, M. Kes
No. 10630818 198603 1 064



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Jl. Jenderal Sudirman Km. 10 Padang 25131 Telp. (0751) 764011-1040110 Fax. (0751) 7640110
Jarak Keperawatan (JKK) (JKK) 20000, Prati Keperawatan (PK) (PK) 20000, Jarak Keperawatan (JKK) (JKK) 20000
Jarak Keperawatan (JKK) (JKK) 20000, Prati Keperawatan (PK) (PK) 20000, Jarak Keperawatan (JKK) (JKK) 20000
Jarak Keperawatan (JKK) (JKK) 20000, Prati Keperawatan (PK) (PK) 20000, Jarak Keperawatan (JKK) (JKK) 20000
Website: <http://www.ditjenkespolkes.go.id>

Nomor : PP.03.01/0123/2023
Perihal : Izin Penelitian

10 Januari 2023

Yth Kepala Puskesmas Andalas Kota Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Selubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kementerian Kesehatan Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin s.n

NO	N A M A / N I M	J U D U L K T I
1	Wanda Dwi Putri / 203110160	Azihan Keperawatan pada Lansia dengan Pengabaian di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih

Wdr L,

Dr. Connadi, STP, MPH
NIP. 07105301994011001



**PEMERINTAH KOTA PADANG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Jendral Sudirman No.1 Padang Telp/Fax [0751890719](tel:0751890719)
Email : dpmptsp-padang@gmail.com Website : www.dpmptsp-padang.go.id

REKOMENDASI

Nomor : 070.3205/DPMPTSP-PP/XI/2022

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang setelah membaca dan menelaah:

1. Dasar

- * Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Pemertiban Rekomendasi Penelitian;
- * Peraturan Walikota Padang Nomor 71 Tahun 2021 tentang Pendelegasian Wewenang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko dan Non Perizinan Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang;
- * Surat dan Kebijakan Komisioner RI Padang Nomor : PP-03.01.0000-2022.

2. Surat Pernyataan Bertanggung jawab penelitian yang bersangkutan tanggal 17 November 2022

Dengan ini memberikan persetujuan Penelitian / Survey / Penelitian / PKL / PHK (Pengalaman Belajar Lapangan) di wilayah Kota Padang sesuai dengan permohonan yang bersangkutan :

Nama	Wanda Dwi Putri
Tanggal/Tempat Lahir	Palang / 07 April 2002
Kelembagaan/Instansi	Mahasiswa
Alamat	Ampang Taroh Lampung
Nomor Handphone	087708147421
Metode Penelitian	Survey Awal
Lama Penelitian	6 (enam) Bulan
Sifat Penelitian	Ajukan keperawatan Pada Lansia dengan Penghinaan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas
Tempat Penelitian	Puskesmas Andalas Kota Padang
Revisi	-

Demikian Rekomendasi Belajar tersebut

- 1. Berkeawajiban menghormati dan mematuhi Peraturan dan Tata Tertib di Daerah setempat / Lokasi Penelitian.
- 2. Pelaksanaan penelitian agar tidak mengganggu stabilitas keamanan dan ketertiban di daerah setempat / lokasi Penelitian
- 3. Wajib melaksanakan protokol kesehatan Covid-19 selama beraktifitas di lokasi Penelitian
- 4. Melaporkan hasil penelitian dan seputarnya kepada Wali Kota Padang melalui Kantor Kelembagaan dan Politik Kota Padang
- 5. Bila terjadi penyimpangan dan ketidaklaksanaan penelitian ini, maka Rekomendasi ini tidak berlaku dengan sendirinya.

Padang, 17 November 2022



Revisi

1. Direktur Kebijakan Komisioner RI Padang
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Padang
3. Kepala Kantor Kelembagaan Kota Padang

* Dokumen ini Tidak Berkekuatan secara administratif sebagaimana terdapat di dalamnya yang diterbitkan oleh Nomor 15/118/No. 13 Tahun 2000 Pasal 1

Apabila yang bertanda "telah diteliti oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Padang" merupakan alat bukti hukum yang sah."

* Untuk semua hal-hal di platform resmi penelitian kesehatan dan layanan kesehatan ini



PEMERINTAH KOTA PADANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS ANDALAS

J. Andalas Km. Padang Timur, 30132 Padang, 20111 0853 Email: puskesmasandalas@gmail.com

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 440.2023 /Pkm-And / 2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mardia Nelina, SKM, M.I.Kom
NIP : 19740525 199603 2002
Pangkat/Gol : Pembina / IV.a
Jabatan : Kepala Tata Usaha Puskesmas Andalas

Menerangkan bahwa :

Nama : WANDA DWI PUTRI
Nomor Mahasiswa : 203110150
Jurusan : Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Pengabdian
Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Puskesmas Andalas pada tanggal 6 April s/d
12 Mei 2023

Demikianlah surat keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana
memutunya

Padang, 25 Mei 2023

Kepala Tata Usaha,



Mardia Nelina, SKM, M.I.Kom
Pembina / IV.a
NIP. 197405251996032002

**PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH**

Yang bertanggung jawab di bawah ini :

Klien : _____
Nama : **Rene**
Tempat, Tanggal Lahir : **Jember 12/09/1995**
No. Telepon : _____
Penanggung Jawab (Keluarga)
Nama : **Klien Demetri**
Alamat : **RT 02 DUK OH Suroboyo Timur**
No. Telepon : **081266247101**
Hubungan dengan klien : _____

Setelah mendapatkan penjelasan tentang pelayanan keperawatan keluarga di rumah, yang menyangkut tentang HAK dan KEWAJIBAN KLIEN, menyatakan setuju/menerima pelayanan perawatan diri oleh tim pelayanan keperawatan keluarga di rumah (coret salah satu)

HAK KLIEN:

1. Dapat menentukan rencana pelayanan keperawatan keluarga di rumah
2. Menerima pelayanan yang sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan kode etik, norma, agama, dan social tanpa diskriminasi, berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia atau asal-usul kebangsaan.
3. Mengemukakan keberatan tentang tindakan setelah menerima penjelasan, yang lengkap kecuali tindakan kegawat daruratan.
4. Mengemukakan keberatan terhadap individu, petugas yang melayani, dan dapat menguraikan petugas pengganti.
5. Mempunyai informasi yang berkaitan dengan setiap perubahan pelayanan, termasuk perubahan tarif pelayanan.

4. Memperoleh perlindungan, hak-hak atau tindakan yang menyimpang dari standar prosedur.

KEWAJIBAN KLIEN/KELUARGA

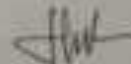
1. Bekerja sama dan membantu petugas untuk mendukung tercapainya tujuan pelayanan keperawatan keluarga di rumah.
2. Memahami rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat berdasarkan kesepakatan bersama petugas.
3. Membayar pelayanan yang diterima sesuai dengan tarif yang berlaku.
4. Menperlakukan petugas sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan etika, norma, agama, dan social time deskriminasi, berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia atau asal asal kebangsaan.

Saya memahami bahwa persetujuan ini dibuat sebagai upaya meningkatkan rasa aman dalam menerima pelayanan sesuai standar dan memastikan bahwa pelayanan sesuai dengan peraturan yang ditetapkan. Saya percaya bahwa petugas pelayanan keperawatan keluarga di rumah akan menjaga hak-hak saya dan kerahasiaan pribadi saya sebagai klien sesuai dengan peraturan yang ditetapkan dan hak-hak yang berkenaan dengan kepribadian saya.

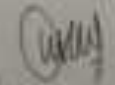
KLIEN

()
Max Renc

PENANGGUNG JAWAB

()
Nia Damari

PERAWAT

()
Wanda Sari Putri

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURISAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Wanda Dwi Putri
 NIM : 202110100
 Pembimbing 1 : Ns. Lila Falmada Antri, S.Kep., M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Pengabaian di wilayah kerja
 Puskesmas Andalas Kota Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	05 - 08 - 2022	ACC judul	
2	11 - 11 - 2022	Praktikum tabel kelengkapan, format	
3	16 - 11 - 2022	Praktikum tabel kelengkapan, format	
4	1 - 12 - 2022	Praktikum tabel kelengkapan, format	
5	10 - 12 - 2022	Praktikum tabel kelengkapan, format	
6	19 - 12 - 2022	Praktikum tabel kelengkapan, format	
7	21 - 12 - 2022	Praktikum tabel kelengkapan, format	
8	28 - 12 - 2022	Praktikum tabel kelengkapan, format	
9	24 - 01 - 2023	ACC rencana keperawatan	
10	04 - 04 - 2023	Praktikum tabel kelengkapan, format	
11	05 - 05 - 2023	Praktikum tabel kelengkapan, format	
12	12 - 05 - 2023	Praktikum tabel kelengkapan, format	
13	12 - 06 - 2023	Praktikum tabel kelengkapan, format	
14	18 - 05 - 2023	Praktikum tabel kelengkapan, format	

07 - 08 - 23 ACC rencana keperawatan

Catatan :

1. Lembar konsultasi harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Ns. Yessi Fadrivanti, S.Kep., M.Kep
 NIP. 197301211996032005

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Wanda Dwi Putri
 NIM : 201110100
 Pembimbing I : Heppi Isarnita, S. Rp.M. Kep. Sp. Jiwa
 Judul : Analisis Keperawatan Pada Lansia dengan Pengabaian di wilayah kerja
 Puskesmas Andalan Kota Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Seran Pembimbing	Tanda Tangan
1	05 - 11 - 2022	ACC judul, pembahasan latar belakang	
2	25 - 10 - 2022	Pembahasan bab 1 latar belakang	
3	08 - 12 - 2022	pembahasan bab 1 (tentang penelitian)	
4	15 - 12 - 2022	Konsultasi bab 2	
5	23 - 12 - 2022	Pembahasan bab 2	
6	26 - 12 - 2022	Pembahasan bab 2 (akhir 2 bab)	
7	27 - 12 - 2022	ACC seluruh proposal	
8	02 - 01 - 2023	Pembahasan Pembahasan Kasus	
9	06 - 01 - 2023	Pembahasan Pembahasan Hasil dan	
10	11 - 01 - 2023	Pembahasan abstrak dan penulisan	
11	18 - 05 - 2023	ACC seluruh hasil	
12			
13			
14			

Catatan:

1. Lembar konsil harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

N. Yenni Fitriani, S.Kep., M.Kep.
 NIP. 197501271990012001

