

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.D DENGAN
SINDROM GERIATRI + ANOREKSIA DI RUANG RAWAT
INAP INTERNE AMBUN SURI LANTAI 3 Dr. ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2019**



OLEH :

RETIKA WIDIANTARI
1614401022

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
STIKES PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.D DENGAN
SINDROM GERIATRI + ANOREKSIA DI RUANG RAWAT
INAP INTERNE AMBUN SURI LANTAI 3 Dr. ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2019**

LAPORAN STUDI KASUS

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang**



OLEH :

RETIKA WIDIANTARI
1614401022

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
STIKES PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : RETIKA WIDIANTARI

NIM : 1614401022

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada klien Ny.D dengan Sindrom Geriatri
+ Anoreksia Di Ruang Rawat Inap Interne Ambun Suri Lantai 3
RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan di pertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III keperawatan STIKes Perintis Padang

Bukittinggi, 8 Juli 2019

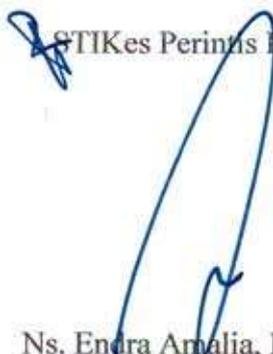
Pembimbing,



Ns. Ida Suryati M.Kep
NIK. 1420130047501027

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan

 STIKes Perintis Padang

Ns. Endra Amalia, M. Kep
NIK. 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Retika widiantari
NIM : 1614401022
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada klien Ny.D dengan Sindrom Geriatri + Anoreksia diruang rawat inap Interne ambun suri lantai 3 Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perinti Padang.

Bukittinggi, Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I,



Ns. Aldo Yuliano, S.kep.MM
NIK : 1420120078509053

Penguji II,



Ns. Ida Suryati, M.Kep
NIK : 1420130047501027

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Prodi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang
Karya Tulis Ilmiah, Juli Tahun 2019**

**RETIKA WIDIANTARI
1614401022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.D DENGAN SINDROM
GERIATRI + ANOREKSIA DI RUANG RAWAT INAP INTERNE
AMBUN SURI LANTAI 3 Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2019**

V BAB + 122 Halaman + 7 Tabel + 2 Gambar + 3 Lampiran

ABSTRAK

Anoreksia adalah kelainan psikis yang diderita seseorang berupa kekurangan nafsu makan meski sebenarnya lapar dan berselerah terhadap makanan. Dorongan untuk makan umumnya didasarkan pada nafsu makan dan rasa lapar. Dua hal tersebut adalah gejala yang berhubungan tetapi memiliki arti yang berbedah. Menurut data yang didapaat diruang rawat interne Ambun Suri lantai 3 RSUD Dr.achmad Mochtar bukittinggi pada 6 bulan terakhir tahun 2019 didapatkan angka kejadian anoreksia sebanyak 2 orang. Penurunan angka kejadian anoreksia selalu mengalami penurunan untuk waktu yang akan datang. Untuk mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan pada klien dengan anorexia di ruangan rawat inap Interne Ambun Suri Lantai 3 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi. Keluarga mengatakan badan terasa lemah dan letih, Keluarga mengatakan sesak nafas, Keluarga mengatakan batuk, Klien tampak sesak, Klien tampak batuk berdahak, Klien tampak pucat. Dari hasil pengkajian tersebut diangkat diagnosa keperawatan seperti Defisit perawatan diri berhubungan dengan (b/d) Gangguan kelemahan (d/d) tidak mampu mandi/mengenakan pakain/ketoilet secara mandiri, Bersih jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan (b/d) hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan (d//d) batuk tidak efektif , Defisit nutrisi berhubungan dengan (b/d) ketidakmampuan menelan makan dibuktikan dengan (d/d) otot pengunyah lemah. Oleh karena itu disarankan kepada instansi Rumah Sakit untuk melakukan pengkajian, perencanaan, tindakan, dan evaluasi secara tepat dan benar.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Anoreksia, Sindrom Geriatri
Daftar Bacaan : (2000-2016)

**High School of Pioneer Health Sciences
Prodi D III Nursing Stikes Pioneer Padang
Script Writing, July 2019**

**RETIKA WIDIANTARI
1614401022**

**NURSING CARE IN NY.D CLIENTS WITH GERIATRI SYNDROME +
ANOREXSIA IN INTERNE AMBUN SURI SPACE IN 3 FLOORS Dr.
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2019**

V CHAPTER + 122 Pages + 7 Tables + 1 Figure + 3 Attachments

ABSTRACT

Anorexia is a psychological disorder that a person suffers from in the form of a lack of appetite even though he is actually hungry and gives food. The drive to eat is generally based on appetite and hunger. These two things are gejala that are related but have different meanings. According to data collected in the internation room at Ambun Suri on the 3rd floor of Dr.achmad Mochtar Bukittinggi Hospital in the last 6 months of 2019 there were 2 people with anorexia. The decrease in the incidence of anorexia always decreases for the future. To get a real experience of nursing care for clients with anorexia in the inpatient room of Ambun Suri International 3rd Floor Achmad Mochtar Bukittinggi Hospital. The family said the body felt weak and fatigued, the family said it was short of breath, the family said coughing, the client looked claustrophobic, the client appeared to cough up phlegm, the client looked pale. From the results of the study appointed nursing diagnoses such as self-care deficit related to (b / d) Weakness disorder (d / d) unable to bathe / wear clothes / toilet independently, Clean airway ineffective associated with (b / d) road hypersecretion breath is evidenced by (d // d) ineffective cough, nutritional deficit associated with (b / d) inability to swallow food as evidenced by (d / d) weak chewing muscle. Therefore it is recommended to the Hospital agency to carry out the assessment, planning, action, and evaluation appropriately and correctly.

**Keywords: Nursing care, Anorexia, Geriatric Syndrome
Reading List: (2000-2016)**

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.

Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusun laporan Studi Kasus ini dapat terselesaikan. Laporan Studi Kasus ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Diploma (D III) Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang tahun 2019 dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada klien Ny.D dengan sindrom geriatri + Anoreksia di ruang rawat inap interne ambun suri lantai 3 Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019”**. Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syaafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penyusun Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan berkat dukungan, dorongan, motivasi, bimbingan, nasehat, dan semangat dari orang terdekat dan orang yang berada disekitar penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikannya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Yth. Ibuk Ns. Ida Suriati, M.kep Selaku pembimbing 1 dan Ibuk Ns.Adriyani,M.kep selaku pembimbing klinik Ruang Rawat Inap Interne ambun suri lantai 3 RSUD Dr.

Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat yang telah banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian. Petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Bapak Dr. Khairul Said, Sp.M selaku direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns, Ida Suryati M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
5. Ibu Ns. Andriyani, S.kep selaku Pembimbing Klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Khususnya kepada kedua orangtua ku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do'a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
7. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Padang Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis. Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena

keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayah kepada kita semua, Amin Ya Rabbal Alamin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
PERNYATAAN PERSETUJUAN	
KATA PERSEMBAHAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan	
1.2.1 Tujuan Umum.....	6
1.2.2 Tujuan Khusus.....	6
1.3. Manfaat	
1.2.1 Bagi Penulis.....	8
1.2.2 Pelayanan Rumah Sakit.....	8
1.2.1 Institut Pendidikan.....	8
1.2.2 Bagi Mahasiswa	8

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep dasar Sindrom Geriatri

2.1.1	Pengertian sindrom geriatri.....	9
2.1.2	jenis dan klasifikasi sindrom geriatri.....	11
2.1.3	Etiologi sindrom geriatri.....	12
2.1.4	Manifestasi klinis.....	16
2.1.5	Patofisiologi.....	20
2.1.6	Pemeriksaan penunjang.....	20
2.1.7	Penatalaksanaan.....	22
2.1.8	Komplikasi.....	29

2.2 Konsep Dasar Anoreksia

2.2.1	Pengertian Anoreksia.....	29
2.2.2	Anatomi fisiologi Anoreksia.....	31
2.2.3	Etiologi Anoreksia.....	33
2.2.4	Manifestasi Klinis Anoreksia.....	35
2.2.5	Patofisiologi Anoreksia.....	36
2.2.6	Pemeriksaan penunjang Anoreksia.....	39
2.2.7	Penatalaksanaan Anoreksi.....	39
2.2.8	Komplikasi.....	41

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1	Pengkajian.....	42
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	44
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	45
2.3.4	Implementasi.....	60
2.3.5	Evaluasi.....	60

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian	
a.	Identitas Klien	61
b.	Alasan Masuk	62
c.	Riwayat Kesehatan	62
d.	Pemeriksaan Fisik.....	63
e.	Data Biologis.....	67
f.	Riwayat Alergi	68
g.	Data Psikologi	68
h.	Data Sosial Ekonomi	69
i.	Data Spritual.....	69
j.	Data Penunjang	70
k.	Data Pengobatan.....	71
l.	Data Fokus.....	72
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	76
3.3	Intervensi.....	77
3.4	Implementasi.....	85
3.5	Evaluasi.....	85

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian.....	113
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	115
4.3 Intervensi Keperawatan.....	116
4.4 Implementasi Keperawatan.....	117
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	118

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan.....	120
5.2 Saran.....	121

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.2.2 Anatomi dan fisiologi.....	31
Gambar 2.2.5 Pathway.....	38

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.3.3 Intervensi Teoritis.....	45
Tabel 3.1 Data Biologis.....	67
Tabel 3.1 Data Penunjang.....	70
Tabel 3.1 Data Pengobatan.....	71
Tabel 3.1 Analisa Data.....	73
Tabel 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	77
Tabel 3.4 Implementasi.....	85

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sindrom geriatri adalah serangkaian kondisi klinik pada orang berusia lanjut (lansia) yang dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup, kecacatan, bahkan resiko kematian. Sindrom geriatri meliputi gangguan kognitif, depresi, inkontinensia, ketergantungan fungsional, dan jatuh. Sindrom ini dapat menyebabkan angka morbiditas yang signifikan dan keadaan yang buruk pada usia tua yang lemah. Sindrom ini biasanya melibatkan beberapa sistem organ. Sindrom geriatrik mungkin memiliki kesamaan patofisiologi meskipun presentasi yang berbeda, dan memerlukan intervensi dan strategi yang fokus terhadap faktor etiologi (Darmojo, B. 2009).

Pada tahun 2000 jumlah orang lanjut usia sebesar 7,28% dan pada tahun 2016 diperkirakan mencapai 11,34%. Dari data *USA-Bureau of the Census*, bahkan Indonesia diperkirakan akan mengalami penambahan warga geriatri terbesar di seluruh dunia, yaitu sebesar 414% (Andayani, R. 2011).

Menurut Kane RL (2008), sindrom geriatri memiliki beberapa karakteristik, yaitu: usia > 60 tahun, multipatologi, tampilan klinis tidak khas, polifarmasi, fungsi organ menurun, gangguan status fungsional, dan gangguan nutrisi. Hal ini sesuai dengan karakteristik pasien dengan usia 80 tahun, memiliki gangguan hepar dan ginjal, status fungsional di keluarga yang sudah menurun dan ditemukan adanya gangguan nutrisi pada pasien karena menurunnya fungsi menelan.

Pada umumnya, penyakit-penyakit yang terjadi pada lanjut usia termasuk juga penyakit infeksi sering memberikan gejala-gejala yang tidak jelas, sehingga memerlukan kecermatan untuk segera dapat mengenalnya, karena penanganan atau pengobatan yang terlambat terhadap penyakit infeksi dapat berakibat fatal. Pada infeksi saluran pernafasan misalnya, lansia sering tidak mengalami demam atau hanya demam ringan disertai batuk-batuk ringan bahkan hanya didapati nafsu makan berkurang atau tidak ada sama sekali, rasa lelah disertai penampilan seperti orang binggung yang dialami dalam beberapa hari ini, yang jelas berbeda dengan gejala-gejala penyakit pada infeksi orang dewasa. Gejala-gejala penyakit infeksi yang tidak khas tadi bukan saja perlu dikenal dan dipahami oleh dokter ataupun petugas kesehatan lainnya tetapi perlu juga dikenal dan dipahami oleh masyarakat awam agar sesegera mungkin membawa lansia untuk mendapat pengobatan.

Secara umum, memang penyakit infeksi telah dapat dikendalikan, akan tetapi pada lansia hal ini masih merupakan suatu masalah, karena berkaitan dengan menurunnya fungsi organ tubuh dan daya tahan tubuh terhadap proses menua. Bahkan diluar negeri yang kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi tidak diragukan lagi ternyata angka kematian akibat beberapa penyakit infeksi pada lansia masih jauh lebih tinggi dibandingkan dengan orang dewasa, yang membuktikan bahwa infeksi masih merupakan masalah penting pada lansia.

Anoreksia adalah kelainan psikis yang diderita seseorang berupa kekurangan nafsu makan meski sebenarnya lapar dan berselerah terhadap makanan. Dorongan untuk makan umumnya didasarkan pada nafsu makan dan rasa lapar. Dua hal tersebut adalah gejala yang berhubungan tetapi memiliki arti yang berbedah. Nafsu makan adalah keadaan yang mendorong seseorang untuk memuaskan keinginannya dalam hal makan, ini berhubungan dengan konsep budaya yang berbedah dengan satu kebudayaan dengan kebudayaan lainnya. Sedangkan lapar menggambarkan keadaan kekurangan gizi yang dasar dan merupakan konsep fisiologis.

Anoreksia pada umumnya dialami oleh wanita serta berhubungan dengan beberapa masalah kesehatan lainnya. Pada penderita anoreksia keadaan kelaparan yang kronis dapat menyebabkan keabnormalan kelenjar endokrin, kurang optimalnya pertumbuhan selama masa remaja, osteoporosis, anemia, hiponotremia, dan beberapa penyakit lainnya (Duvvuri, V ., Kaye, W. H., 2009)

Penyimpangan perilaku makan telah muncul menjadi salah satu penyakit kronis. Prevalensi seumur hidup dari anoreksia pada wanita adalah sekitar 0,5% - 3,7% dan 1,1% - 4,2% (Power PS 2003). Dalam sebuah artiker penelitian yang melibatkan 2.980 orang dewasa kemudian diberi pertanyaan mengenai penyimpangan perilaku makanan.

Sejak tahun 2006, paravalensi penyimpangan perilaku makan telah ditemukan pada populasi di Asia. Dalam beberapa tahun ini juga terlihat adanya

peningkatan prevalensi penyimpangan perilaku makan diantara remaja wanita singapura. Informasi ini didapatkan dari penelitian kelompok kecil pasien atau sampel yang ada, walaupun prevalensinya masih terbilang rendah di Singapura, pihak rumah sakit menemukan adanya peningkatan jumlah kasus dari tahun 2001-2003. Di Jepang prevalensi anoreksia adalah sekitar 0,025% sampai 0,030%, sementara penelitian masyarakat China ditemukan prevalensi anoreksia (0,01% (Darmawan, Bambang, 2007)

Di Indonesia sendiri masih belum banyak dilakukan penelitian dan publikasi yang melaporkan tentang penyimpangan perilaku makan. Sebuah penelitian dikalangan remaja yang telah dilakukan oleh tantiani (2007) membuktikan 34,8% remaja di Jakarta mengalami penyimpangan perilaku makanan dengan spesifikasi 11,6% menderita anoreksia. Sebuah penelitian lagi dilakukan oleh putra (2008) pada siswi SMAN 70 Jakarta Selatan diketahui 88,5% responden memiliki kecenderungan penyimpangan perilaku makan dengan distribusi tipe kecenderungan penyimpangan 11,8% cenderung pada anoreksia.

Beberapa penelitian telah mengemukakan beberapa faktor-faktor yang menyebabkan seseorang untuk menderita penyimpangan perilaku makan yang disebut anoreksia. Faktor biologis, budaya/lingkungan, dan psikologis merupakan 3 faktor utama yang dapat menyebabkan timbulnya penyimpangan perilaku makan (Darmawan, Bambang, 2007).

Menurut data yang didapaat diruang rawat interne Ambun Suri lantai 3 RSUD Dr.achmad Mochtar bukittinggi pada 6 bulan terakhir tahun 2019 didapatkan angka kejadian sindrom geriatri sebanyak 1 orang dan anoreksia sebanyak 2 orang. Penurunan angka kejadian sindrom geriatri dan anoreksia selalu mengalami penurunan untuk waktu yang akan datang

Berdasarkan yang dijelaskan di latar belakang penulilis tetarik melakukan asuhan keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny.D dengan Sindrom Geriatri + Anoreksia diruangan rawat interne ambun suri lantai 3 RSUD Dr.Acmaad Mochtar bukittinggi tahun 2019 “

2.1 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk mendapatkan pengalaman nyata dan mengetahui tentang asuhan keperawatan pada klien dengan sindrom geriatri dan anorexia di ruangan rawat inap Interne Ambun Suri Lantai 3 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi

1.2.2 Tujuan Khusus

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan sindrom geriatri + anorexia penulis mampu:

1. Menjelaskan konsep teoritis tentang, Defenisi, jenis dan klasifikasi, Etiologi/ Penyebab, Patofisiologi, Manifestasi Klinis, komplikasi, Penatalaksanaan, dan Askep Teoritis dari sindrom geriatri dan anoreksia
2. Melakukan pengkajian masalah keperawatan pada klien sindrom geriatri dan anorexia di ruangan rawat inap Interne Ambun Suri Lantai 3 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi
3. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien sindro geriatri dan anorexia di ruangan di ruangan rawat inap Interne Ambun Suri Lantai 3 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi
4. Menyusun rencana keperawatan pada klien sindrom geriatri dan anorexia di ruangan rawat inap Interne Ambun Suri Lantai 3 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi

5. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien sindrom geriatri dan anorexia di ruangan rawat inap Interne Ambun Suri Lantai 3 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi
6. Mengevaluasi keperawatan pada klien sindrom geriatri dan anorexia di ruangan rawat inap Interne Ambun Suri Lantai 3 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi
7. Menyusun dokumentasi keperawatan pada klien sindrom geriatri dan anorexia di ruangan rawat inap Interne Ambun Suri Lantai 3 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi.

3.1 Manfaat Penulisan

1.3.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Memberikan masukan pada tim kesehatan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan Institusi Pendidikan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Karya Tulis Ilmiah dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebagai informasi awal.

1.3.3 Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan dalam memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan anorexia dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan akhir di Pendidikan Program Studi DIII Keperawatan STikes Perintis Padang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Sindrom Geriatri

2.1.1 Pengertian Sindrom Geriatri

Sindrom geriatri adalah serangkaian kondisi klinis pada orang tua yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien dan dikaitkan dengan kecacatan. (amplan klinis yang tidak khas sering membuat sindrom geriatri tidak terdiagnosis. (Vina 2015)

Sindrom geriatri meliputi gangguan kognitif, depresi, inkontinesia, ketergantungan fungsional, dan jatuh. Sindrom ini dapat menyebabkan angka morbiditas yang signifikan dan keadaan yang buruk pada usia tua yang lemah. Sindrom ini biasanya melibatkan beberapa sistem organ. Sindrom geriatrik mungkin memiliki kesamaan patofisiologi meskipun presentasi yang berbeda, dan memerlukan intervensi dan strategi yang berfokus terhadap faktor etiologi (Darmojo, B. 2009)

Dalam menilai kesehatan lansia perlu dibedakan antara perubahan akibat penuaan dengan perubahan akibat proses patologis. Beberapa problema klinik dari penyakit pada lanjut usia yang sering dijumpai. Sindrom geriatri antara lain:

Imobilisasi adalah keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih, diiringi gerak anatomis tubuh yang menghilang akibat perubahan fungsi fisiologis. Gangguan keseimbangan (Instabilitas) akan memudahkan pasien geriatri terjatuh dan dapat mengalami patah tulang.

Inkontinesia urin didefinisikan sebagai keluarnya urine yang tidak terkendali pada waktu yang tidak dikehendaki tanpa memperhatikan frekuensi dan jumlahnya, sehingga mengakibatkan masalah sosial dan higienis. Inkontinesia urin seringkali tidak dilaporkan oleh pasien atau keluarganya karena malu atau tabu untuk diceritakan, ketidaktahuan dan menganggapnya sebagai sesuatu yang wajar pada orang usia lanjut serta tidak perlu diobati. Gangguan depresi pada usia lanjut kurang dipahami sehingga banyak kasus tidak dikenali. Gejala depresi pada usia lanjut seringkali dianggap sebagai bagian dari proses menua. Infeksi sangat erat kaitannya dengan penurunan fungsi sistem imun pada usia lanjut. Infeksi yang sering dijumpai adalah infeksi saluran kemih, pneumonia, sepsis, dan meningitis. Kondisi lain seperti kurang gizi, multipatologi dan faktor lingkungan memudahkan usia lanjut terkena infeksi

Gangguan penglihatan dan pendengaran juga sering dianggap sebagai hal yang biasa akibat proses menua. Gangguan penglihatan berhubungan dengan penurunan kegiatan waktu senggang, status fungsional, fungsi sosial, dan mobilitas. Gangguan penglihatan dan pendengaran berhubungan dengan kualitas hidup, meningkatkan disabilitas fisik, ketidakseimbangan, jatuh, fraktur panggul dan mobilitas. Pasien geriatri sering disertai penyakit kronis degeneratif. Masalah yang muncul sering tumpang tindih dengan gejala yang sudah lama diderita sehingga tampilan gejala menjadi tidak jelas. Penyakit

degeneratif yang banyak dijumpai pada pasien geriatri adalah hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, osteoarthritis, dan penyakit kardiovaskular.

2.1.2 Jenis dan Klasifikasi sindrom geriatri

a. Imobility (Imobilisasi)

Imobilisasi adalah keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih, diiringi gerak anatomis tubuh yang menghilang akibat perubahan fungsi fisiologis. Berbagai faktor fisik, psikologis, dan lingkungan dapat menyebabkan imobilisasi pada usia lanjut. Penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekuatan otot, ketidakseimbangan dan masalah psikologis

b. Instability (Instabilitas dan jatuh)

Gangguan keseimbangan (instabilitas) akan memudahkan pasien geriatri terjatuh dan dapat mengalami patah tulang. Terdapat banyak faktor yang berperan untuk terjadinya instabilitas dan jatuh pada orang usia lanjut. Berbagai faktor tersebut dapat diklasifikasikan sebagai faktor enstrinsik (faktor risiko yang ada pada pasien) dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan). Prinsip dasar tatalaksana usia lanjut dengan masalah instabilitas dan riwayat jatuh adalah mengobati berbagai kondisi yang mendasari instabilitas dan jatuh, memberikan terapi fisik dan penyuluhan berupa latihan cara berjalan, penguatan otot, alat bantu, sepatu atau sandal yang

sesuai, serta mengubah lingkungan agar lebih aman seperti pencahayaan yang cukup, pegangan, lantai yang tidak licin

c. Intelektual Impairment (Gangguan Kognitif)

Keadaan yang terutama menyebabkan gangguan intelektual pada pasien lanjut usia adalah delirium dan demensia. Demensia adalah gangguan fungsi intelektual dan memori yang dapat disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungan tingkat kesadaran. Demensia tidak hanya masalah pada memori. Demensia mencakup berkurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan juga kehilangan pola sentuh, pasien menjadi perasa dan terganggunya aktivitas (Dini, A.A., 3013)

2.1.3 Etiologi

a. *Immobility*

Lansia yang terus-menerus berada ditempat tidur (disebut berada pada keadaan (bed ridden). Berakibat atrofi otot, decubitus, malnutrisi, serta pnemonia. Faktor resikonya dapat berupa osteorritis, gangguan penglihatan, fraktur, hipotensi postural, anemia, stroke, nyeri, demensia, lemah otot, vertigo, keterbatasan ruanglingkup, PPOK, gerak sendi hipotiroid dan sesak napas, imobilisasi pada lansidiakibatkan oleh adanya gangguan nyeri, kekakuan, ketidakseimbangan, sertakelainan psikolog

b. *Instability*

Akibat yang ditimbulkan seperti peristiwa jatuh merupakan masalah yang juga penting pada lansia terutama lansia wanita.

c. Intelektual impaired

Gangguan intelektual berlangsung progresif disebut demensia. Muncul secara perlahan secara perlahan tetapi progresif (biasanya selang bulanan hingga tahunan). Gangguan depresi juga merupakan penyebab kemunduran intelektual yang cukup sering ditemukan namun seringkali terabaikan. Depresi disebabkan oleh adanya suasana hati atau mood yang bersifat depresif yang berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu yang disertai keluhan-keluhan negatif berupa gangguan tidur, penurunan minat, perasaan bersalah, merasa tidak bertenaga, kurang konsentrasi, hilangnya nafsu makan

d. Incontinance

Adalah pengeluaran urin/feses tanpa disadari dalam jumlah dan frekuensi yang cukup sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan atau sosial. Ini bukan konsekuensi normal dari penambahan usia. Penyebabnya kelainan urologi (radang, batu, tumor), kelainan neurologi (stroke, trauma medula spinalis, demensia) lainnya (imobilisasi, lingkungan). Dapat akut disaat timbul penyakit atau yang kronik.

e. Isolation

Penyebabnya: kehilangan orang/objek yang dicintai, sikap pesimistik, kecenderungan beradumsi negatif terhadap suatu

pengalaman yang mengecewakan, kehilangan integritas pribadi, penyakit degeneratif kronik tanpadukungan sosial yang adekuat

f. Impotence

1. DE organik akibat gangguan endokrin, neurogenik, vaskuler (aterosklerosis atau fibrosi)
2. DE psikogenik merupakan penyebab utama pada gangguan organik, walaupun faktor psikogenik ikut memegang peranan. DE jenis ini yang berpotensi reversible potensial biasanya yang disebabkan oleh kecemasan, depresi, rasa bersalah, masalah perkawinan atau juga akibat dari rasa takut akan gagal dalam hubungan seksual.

g. Immuno-defisiensi

Daya tahan tubuh yang menurun pada lansia merupakan fungsi tubuh yang terganggu dengan bertambahnya umur seseorang. walaupun tidak selamanya hal ini disebabkan oleh proses menua, tapi dapat pula karena berbagai keadaan seperti penyakit menahun maupun penyakit akut yang dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh seseorang, demikian juga penggunaan berbagai obat, gizi yang kurang, penurunan fungsi organ tubuh dan lain-lain

h. Infection

Terjadi akibat beberapa hal antara lain adanya penyakit yang cukup banyak, menurunnya daya tahan/imunitas terhadap infeksi, menurunnya daya komunikasi sehingga sulit/jarang mengeluh, sulitnya mengenal tanda infeksi secara dini. Ciri

alutama pada semua penyakit infeksi biasanya ditandai dengan peningkatan temperatur badan, sering dijumpai pada usia lanjut.

i. Inanitation

Penyebab terjadinya gizi buruk adalah depresi berkabung, imobilisasi, penyakit kronis (PPOK, rematik, gagal jantung, diabetes, gagal ginjal, dispepsia, gangguanhati, keganasan), demensia dan demam.

j. Impaction

Konstipasi yang terjadi pada lansia dibabkan karena pergerakan fisik pada lansiyang kurang mengkonsumsi makan berserat, kurang minum, juga akibat pemberian obat-obatan tertentu.

k. Insomnia

Pada lansia dapat disebabkan oleh faktor yang terdiri dari nyeri kronis, sesak napas pada penyakit paru obstruktif kronis, gangguan psikiatrik (gangguan cemas dandepresi), penyakit neurologi (parkinson's disease, alzheimer disease) dan obat-obatan kortikosteroid dan diuretik) (Dini, A.A., 3013)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Semakin bertambah usia seseorang semakin banyak terjadi perubahan pada berbagai sistem dalam tubuh. Perubahan yang terjadi cenderung mengarah pada penurunan berbagai fungsi tersebut. Pada sistem saraf pusat terjadi pengurangan massa otak, aliran darah otak, densitas koneksi dendritik, reseptor glukokortikoid hipokampal, dan terganggunya autoregulasi perfusi. Timbul proliferasi astrosit dan berubahnya neurotransmitter, termasuk dopamin dan serotonin. Terjadi peningkatan aktivitas monoamin oksidase dan melambatnya proses sentral dan waktu reaksi.

Pada fungsi kognitif terjadi penurunan kemampuan meningkatkan fungsi intelektual; berkurangnya efisiensi transmisi saraf di otak yang menyebabkan proses informasi melambat dan banyak informasi hilang selama transmisi; berkurangnya kemampuan mengakumulasi informasi baru dan mengambil informasi dari memori. Kemampuan mengingat kejadian masa lalu lebih baik dibandingkan kemampuan mengingat kejadian yang baru saja terjadi. Ingat kejadian yang baru saja terjadi.

Pada fungsi penglihatan terjadi gangguan adaptasi gelap; pengeruhan pada lensa: ketidakmampuan untuk fokus pada benda-benda jarak dekat (*presbiopia*); berkurangnya sensitivitas terhadap kontras dan lakrimasi. Hilangnya nada berfrekuensi tinggi secara bilateral timbul pada fungsi pendengaran. Di samping itu pada usia lanjut terjadi kesulitan untuk

membedakan sumber bunyi dan terganggunya kemampuan membedakan target dari *noise*.

Pada sistem kardiovaskuler, pengisian ventrikel kiri dan sel pacu jantung (*pacemaker*) di nodus SA berkurang; terjadi hipertrofi atrium kiri; kontraksi dan relaksasi ventrikel kiri bertambah lama; respons inotropik, kronotropik, terhadap stimulasi beta-adrenergik berkurang; menurunnya curah jantung maksimal; peningkatan *atrial natriuretic peptide* (ANP) serum dan resistensi vaskular perifer.

(Pada fungsi paru-paru terjadi penurunan *forced expiration volume 1 second* (FEV1) dan *forced volume capacity* (FVC); berkurangnya efektivitas batuk dan fungsi silia dan meningkatnya volume residual. Adanya '*ventilation-perfusion mismatching*' yang menyebabkan PaO₂ menurun seiring bertambahnya usia : $100 - (0,32 \times \text{umur})$).

Pada fungsi gastrointestinal terjadi penurunan ukuran dan aliran darah ke hati, terganggunya bersihan (*clearance*) obat oleh hati sehingga membutuhkan metabolisme fase I yang lebih ekstensif. Terganggunya respons terhadap cedera pada mukosa lambung, berkurangnya massa pankreas dan cadangan enzimatis, berkurangnya kontraksi kolon yang efektif dan absorpsi kalsium. Menurunnya bersihan kreatinin (*creatinin clearance*) dan laju filtrasi glomerulus (GFR) 10 ml/dekade terjadi dengan semakin bertambahnya usia seseorang.

Penurunan massa ginjal sebanyak 25%, terutama dari korteks dengan peningkatan relatif perfusi nefron jukstamedular. Aksentuasi pelepasan *anti diuretic hormone* (ADH) sebagai respons terhadap dehidrasi berkurang dan meningkatnya ketergantungan prostaglandin ginjal untuk mempertahankan perfusi. Pada saluran kemih dan kelamin timbul perpanjangan waktu refrakter untuk ereksi pada pria, berkurangnya intensitas orgasme pada pria maupun wanita, berkurangnya sekresi prostat di urin dan pengosongan kandung kemih yang tidak sempurna serta peningkatan volume residual urin. Toleransi glukosa terganggu (gula darah puasa meningkat 1 mg/dl/dekade; gula darah postprandial meningkat 10 mg/dl/dekade). Insulin serum meningkat, HbA1C meningkat, IGF-1 berkurang. Penurunan yang bermakna pada *dehydroepiandrosteron* (DHEA), hormon T3, testosteron bebas maupun yang *bioavailable*, dan produksi vitamin D oleh kulit serta peningkatan hormon paratiroid (PTH). *Ovarian failure* disertai menurunnya hormon ovarium.

Pada sistem saraf perifer lanjut usia mengalami hilangnya neuron motor spinal, berkurangnya sensasi getar, terutama di kaki, berkurangnya sensitivitas termal (hangatdingin), berkurangnya amplitudo aksi potensial yang termielinasi dan meningkatnya heterogenitas selaput akson myelin. Massa otot berkurang secara bermakna (sarkopenia) karena berkurangnya serat otot. Efek penuaan paling kecil pada otot diafragma; berkurangnya sintesis rantai berat miosin, inervasi,

meningkatnya jumlah miofibril per unit otot dan berkurangnya laju basal metabolik(berkurang 4%/dekade setelah usia 50).

Pada sistem imun terjadi penurunan imunitas yang dimediasi sel, rendahnya produksi antibodi, meningkatnya autoantibodi, berkurangnya hipersensitivitas tipe lambat, berkurangnya produksi sel B oleh sumsum tulang; dan meningkatnya IL-6 dalam sirkulasi.

Pada umumnya lansia mengalami depresi ditandai oleh *mood* depresi menetap yang tidak naik, gangguan nyata fungsi atau aktivitas sehari-hari, dan dapat berpikiran atau melakukan percobaan bunuh diri. Pada lansia gejala depresi lebih banyak terjadi pada orang dengan penyakit kronik, gangguan kognitif, dan disabilitas. Kesulitan konsentrasi dan fungsi eksekutif lansia depresi akan membaik setelah depresi teratasi. Gangguan depresi lansia dapat menyerupai gangguan kognitif seperti demensia, sehingga dua hal tersebut perlu dibedakan. Para lansia depresi sering menunjukkan keluhan nyeri fisik tersamar yang bervariasi, kecemasan, dan perlambatan berpikir. Perubahan pada lansia depresi dapat dikategorikan menjadi perubahan fisik, perubahan dalam pemikiran, perubahan dalam perasaan, dan perubahan perilaku.

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi yang terjadi pada setiap orang bisa berbeda, tetapi antara lain mencakup (Stanley, Mickey.2006)

- a. Penurunan fungsi otonom yang berhubungan dengan usia dan mungkin disertai hilangnya elastisitas dinding pembuluh darah
- b. Gangguan dari aktivitas baro-refleks akibat tirah baring yang terlalu lama. Keadaan ini sering terdapat pada penderita lansia yang tekanan darahnya dipertahankan dengan faskontreksi yang hampir maksimal (misalnya setelah terkena infark miocard). Tak terdapat lagi cadangan otot jantung , sehingga pada saat bangun tidur tekanan tidak bisa dipertahankan lagi.
- c. Hipovolemia dan/ hiponatremia sebagai akibat berbagai keadaan, antara lain pemberian diuretika
- d. Berbagai obat yang bersifat hipotensif, antara lain tiazid dan diuretika, fenotiasin, antidepresan trisiklik, butirofenon, lefodopa, dan bromokriptin
- e. Akibat berbagai penyakit yang mengganggu saraf otonom.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Geriatri komprehensif mencakup: kesehatan fisik, mental, status fungsional, kegiatan sosial, dan lingkungan. Tujuan asesmen ialah mengetahui kesehatan penderita secara holistic supaya dapat memberdayakan kemandirian penderita selama mungkin dan mencegah disabilitas-*handicap* diwaktu mendatang. Asesmen ini bersifat tidak

sekedar multi-disiplin tetapi interdisiplin dengan koordinasi serasi antar disiplin dan lintas pelayanan kesehatan (Darrmojo, B. 2009).

Anamnesis dilengkapi dengan berbagai gangguan yang terdapat : menelan, masalah gigi, gigi palsu, gangguan komunikasi/bicara, nyeri/gerak yang terbatas pada anggota badan dan lain-lain.

- a. Penilaian sistem : Penilaian system dilaksanakan secara urut, mulai dari system syaraf
- b. pusat, saluran nafas atas dan bawah, kardiovaskular, gastrointestinal (seperti inkontinensia alvi, konstipasi), urogenital (seperti inkontinensia urin). Dapat dikatakan bahwa penampilan penyakit dan keluhan penderita tidaktentu berwujud sebagai penampilan organ yang terganggu.
- c. Anamnesis tentang kebiasaan yang merugikan kesehatan (merokok, minum alkohol).
- d. Anamnesis Lingkungan perlu meliputi keadaan rumah tempat tinggal.
- e. *Review* obat-obat yang telah dan sedang digunakan perlu sekali ditanyakan, bila perlu, penderita atau keluarganya.
- f. Ada tidaknya perubahan perilaku.

Anamnesis Nutrisi:(Siti, Maryam Rdkk. 2008)

- a. Pada gizi perlu diperhatikan :
- 1) Keseimbangan (baik jumlah kalori maupun makronutrien)
 - 2) Cukup mikronutrien (vitamin dan mineral)
 - 3) Perlu macam makanan yang beranekaragam.
 - 4) Kalori berlebihan atau dikurangi disesuaikan dengan kegiatan
AHSnya, dengan tujuan mencapai berat badan ideal.
 - 5) Keadaan gigi geli, mastikasi dan fungsi gastro-intestinal.
 - 6) Apakah ada penurunan atau kenaikan berat badan.
- b. Pengkajian Nutrisi (Kuswardhani, RAT. 2011)
- Pengkajian nutrisi dilakukan dengan memeriksa indeks massa tubuh. Rumus Indeks Masa Tubuh (IMT) : Berat Badan (kg) / [Tinggi Badan (m)]² IMT : 18 – 23 (normal).

2.1.7 Penatalaksanaan

Kondisi multipatologi mengakibatkan seorang usia lanjut mendapatkan berbagai jenis obat dalam jumlah banyak. Terapi non-farmakologi dapat menjadi pilihan untuk mengatasi masalah pada pasien usia lanjut, namun obat tetap menjadi pilihan utama sehingga polifarmasi sangat sulit dihindari. Prinsip penggunaan obat yang benar dan tepat pada usia lanjut harus menjadi kajian multi/interdisiplin yang mengedepankan pendekatan secara holistik (Siti, Maryam Rdkk. 2008).

- a. Pengelolaan inkontinensia urin Pengelolaan inkontinensia urin pada penderita usia lanjut, secara garis besar dapat dikerjakan sebagai berikut (Suryanto. 2008)

- 1) Program rehabilitasi, antara lain:
 - a) Melatih perilaku berkemih.
 - b) Modifikasi tempat berkemih (komodo, urinal).
 - c) Melatih respons kandung kemih.
 - d) Latihan otot-otot dasar panggul.
- 2) Katerisasi, baik secara berkala (intermitten) atau menetap (indweling).
- 3) Obat-obatan, antara lain untuk relaksasi kandung kemih, estrogen.
- 4) Pembedahan, misalnya: untuk mengangkat penyebab sumbatan atau keadaan patologik lain, pembuatan sfingter artefisiil dan lain-lain.
- 5) Lain-lain, misalnya penyesuaian lingkungan yang mendukung untuk kemudahan berkemih, penggunaan pakaian dalam dan bahan-bahan penyerap khusus untuk mengurangi dampak inkontinensia.

b. Jatuh

Penatalaksanaan penderita jatuh dengan mengatasi atau mengeliminasi faktor risiko, penyebab jatuh dan menangani komplikasinya. Penatalaksanaan ini harus terpadu dan membutuhkan kerja tim yang terdiri dari dokter (geriatrik, neurologik, bedah ortopedi, rehabilitasi medik, psikiatrik dan lain-lain), sosiomedik dan ahli lain yang terkait serta keluarga penderita. Penatalaksanaan bersifat individual, artinya berbeda untuk setiap kasus karena perbedaan faktor-faktor yang mengakibatkan jatuh. Lebih banyak

pasien jatuh karena kondisi kronik, multifaktor sehingga diperlukan terapi gabungan antara obat, rehabilitasi dan perbaikan lingkungan. Pada kasus lain intervensi diperlukan untuk mencegah terjadinya jatuh ulangan, misalnya pembatasan bepergian, penggunaan alat bantu gerak dan sebagainya, Faktor pelindung Terhadap Cedera Retak.

- 1) Terapi estrogen
- 2) Berat badan setelah usia
- 3) Berjalan untuk latihan
- 4) Asupan kalsium yang cukup

Pengobatan untuk gangguan berjalan

- 1) Manajemen gangguan berjalan termasuk peningkatan kemampuan fungsional dan pengobatan penyakit tertentu, namun banyak kondisi yang menyebabkan kelainan gaya berjalan hanya sebagian dapat diobati.
- 2) Peningkatan substansial terjadi dalam pengobatan gangguan sekunder untuk vitamin B12 dan folat, penyakit tiroid, radang sendi lutut, penyakit Parkinson dan polineuropati inflamasi.
- 3) Peningkatan Sedang, tetapi dengan cacat sisa, dapat terjadi setelah perawatan bedah untuk myelopathy serviks, stenosis lumbar, dan hidrosefalus tekanan normal.

c. Sleep Disturbance

- 1) Perawatan Non-farmakologis

- a) Hilangkan faktor yang dicurigai: mengobati penyakit yang mendasari, menghentikan atau mengubah obat, menghentikan alkohol, kafein atau penggunaan nikotin.
 - b) Perubahan Kebiasaan: mengembangkan rutinitas persiapan tidur, gunakan kamar tidur untuk tidur saja, mengembangkan cerita tidur untuk mempromosikan keadaan pikiran, mengurangi tidur siang hari, dan mengembangkan latihan rutin sehari-hari.
- 2) Pengobatan farmakologis
- a) Hanya direkomendasikan untuk penggunaan jangka pendek pada pasien yang lebih tua.
 - b) Benzodiazepin dengan aksi pendek atau menengah seperti Temazepam(7,5-15 mg), dengan jangka waktu maksimum dua minggu untuk menghindari ketergantungan.
 - c) Antihistamin dapat diterima untuk digunakan sesekali, namun cepat kehilangan khasiat.
 - d) anti-depresan, misalnya, Trazadone, adalah pilihan yang baik untuk insomnia kronis.
- d. Pencegahan Komplikasi Imobilisasi

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan meliputi penatalaksanaan farmakologik dan non farmakologik. Upaya non farmakologis yang dapat dilakukan adalah dengan beberapa terapi fisik dan latihan jasmani secara teratur. Pada pasien yang mengalami tirah baring total, perubahan posisi secara teratur dan latihan di tempat tidur

Selain itu, mobilisasi dini berupa turun dari tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi dan latihan fungsional dapat dilakukan secara bertahap.

Untuk mencegah terjadinya dekubitus, hal yang harus dilakukan adalah menghilangkan penyebab terjadinya ulkus yaitu bekas tekanan pada kulit. Untuk itu dapat dilakukan perubahan posisi lateral 30o, penggunaan kasur anti dekubitus, atau menggunakan bantal berongga. Pada pasien dengan kursi roda dapat dilakukan reposisi tiap jam atau diistirahatkan dari duduk. Melatih pergerakan dengan memiringkan pasien ke kiri dan ke kanan serta mencegah terjadinya gesekan juga dapat mencegah dekubitus.

Pemberian minyak setelah mandi atau mengompol dapat dilakukan untuk mencegah maserasi. Kontrol tekanan darah secara teratur dan penggunaan obat-obatan yang dapat menyebabkan penurunan tekanan darah serta mobilisasi dini perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya hipotensi. Monitor asupan cairan dan makanan yang mengandung serat perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya konstipasi.

Selain itu juga perlu dilakukan evaluasi dan pengkajian terhadap kebiasaan buang air besar pasien. Pemberian nutrisi yang adekuat perlu diperhatikan untuk mencegah terjadinya malnutrisi pada pasien imobilisasi. Tata laksana farmakologis yang dapat diberikan terutama pencegahan terhadap terjadinya trombosis. Pemberian

antikoagulan yaitu Low dose heparin (LDH) dan low molecular weight heparin (LMWH) merupakan profilaksis yang aman dan efektif untuk pasien geriatri dengan imobilisasi namun harus mempertimbangkan fungsi hati, ginjal dan interaksi dengan obat lain (Stanley, Mickey.2006).

e. Delirium

Penggunaan benzodiazepin seharusnya dihindari, kecuali bila Sumber deliriumnya adalah reaksi putus zat alkohol atau sedatif atau ketika agitasi yang berat tidak dapat dikontrol oleh obat neuroleptik. Hal ini disebabkan karena benzodiazepin dapat menyebabkan reaksi berkebalikan yang memperburuk delirium. Reaksi berkebalikan yang diakibatkan oleh benzodiazepin adalah sedasi yang berlebihan yang dapat menyulitkan penilaian status kesadaran pasien itu sendiri (Dewi, S.R., 2014)

Pada beberapa penelitian penggunaan obat neuroleptik, obat yang sering dipakai pada kasus delirium adalah Haloperidol. Haloperidol digunakan karena profil efek sampingnya yang lebih disukai dan dapat diberikan secara aman melalui jalur oral maupun parenteral. Dosis yang biasa diberikan adalah 0,5 - 1,0 mg per oral (PO) atau intra muscular maupun intra vena (IM/IV); titrasi dapat dilakukan 2 sampai 5 mg tiap satu jam sampai total kebutuhan sehari sebesar 10 mg terpenuhi. Setelah pasien lebih baik kesadarannya atau sudah mampu menelan obat oral maka haloperidol dapat diberikan per oral dengan dosis terbagi 2-3 kali perhari sampai kondisi deliriumnya

teratasi. Haloperidol intravena lebih sedikit menyebabkan gejala ekstrapiramidal daripada penggunaan oral (Stanley, Mickey.2006).

f. Infeksi

Pengobatan infeksi pada lansia juga merupakan masalah karena meningkatkan bahaya toksisitas obat antimikroba pada lansia. Terapi antibiotik tergantung pada kuman patogen yang didapati. Pasien harus dibantu dalam mengembangkan kesadaran terhadap isyarat-isyarat lingkungan dan bagaimana isyarat-isyarat tersebut dapat membantu kekurangan informasi dengarnya. Perlu diperagakan bagaimana struktur bahasa menimbulkan hambatan-hambatan tertentu pada pembicara. Petunjuk lingkungan, ekspresi wajah, gerakan tubuh dan sikap alami cenderung melengkapi pesan yang diucapkan. Bila informasi dengar yang diperlukan untuk memahami masih belum mencukupi, maka petunjuk-petunjuk lingkungan dapat mengisi kekurangan ini. Seluruh aspek rehabilitasi pendengaran harus membantu pasien untuk dapat berinteraksi lebih efektif dengan lingkungannya. (Dini, A.A., 3013).

2.1.8 Komplikasi

Imobilisasi dapat mengakibatkan komplikasi pada sistem pernafasan isalnya penurunan ventilasi, atelektasis dan pneumonia. komplikasi endokrin dan ginjal, peningkatan diuresis, natriuresis dan pergeseran cairan ekstraseluler, intoleransi glukosa, hiperkalsemia dan kehilangan kalsium, batu ginjal serta keseimbangan nitrogen negatif Komplikasi gastrointestinal yang dapat timbul adalah anoreksia, konstipasi dan luka tekan (ulkus dekubitus). Pada sistem saraf pusat, dapat terjadi deprivasi sensorik, gangguan keseimbangan dan koordinasi (Rizka, 2015).

2.2 Konsep Dasar Anoreksia

2.2.1 Pengertian Anoreksia

Anoreksia adalah sebuah gangguan makan yang di tandai dengan kelaparan secara sukarela dan stress dari melakukan latihan. Anoreksia merupakan sebuah penyakit komplek yang melibatkan komponen psikologikal, sosialogikal, dan fisiologikal pada penderita di temukan peningkatan rasio enzim hati ALT dan GGT, hingga di fungsi akut tingkat lanjut. Anoreksia di artikan sebagai suatu gangguan makan (Dona L Wong, 2008)

Anoreksia adalah gangguan makan yang mengancam jiwa yang ditandai dengan penolakan makanan.

(Darmawan, Bambang, 2007)

Banyak penelitian yang beranggapan bahwa masalah yang mendasari lebih bersifat psikologis daripada biologis, sebagian pakar mencurigai bahwa pengidap anoreksi mungkin kecanduan opiate endogen yaitu bahan mirip morpin yang diproduksi sendiri oleh tubuh yang diperkirakan dikeluarkan selama kelaparan jangka panjang (Duvvuri, V ., Kaye, W. H., 2009).

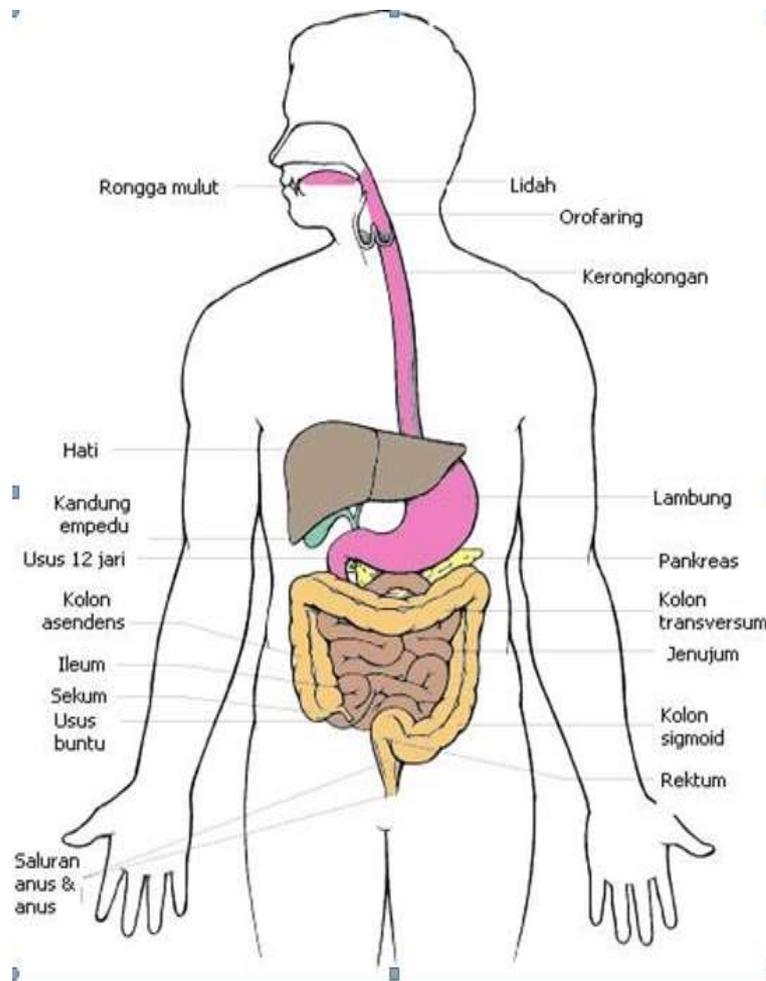
Ada 2 tipe anoreksi:

- a. Tipe terbatas; individu dengan tipe ini menghindari makan berlebihan mereka biasanya menyediakan makan sendiri
- b. Tipe *bringe*; individu ini dapat makan dimana saja, akan tetapi selesai makan ia akan segera memuntahkan makanannya di kamar mandi, menggunkan pencuci perut atau memperlancar buangan kotoran.

2.2.2 Anatomi dan fisiologi

Gambar 2.2

Anatomi sistim pencernaan



Sumber : (Chandrasoma, Parakrama, 2005)

a. Mulut, Tenggorokan & Kerongkongan

Mulut merupakan jalan masuk untuk sistem pencernaan. Bagian dalam dari mulut dilapisi oleh selaput lendir. Pengecapan dirasakan oleh organ perasa yang terdapat di permukaan lidah. Pengecapan relatif sederhana, terdiri dari manis, asam, asin dan pahit. Penciuman dirasakan oleh saraf olfaktorius di hidung dan

lebih rumit, terdiri dari berbagai macam bau.

Makanan dipotong-potong oleh gigi depan (incisivus) dan dikunyah oleh gigi belakang (molar, geraham), menjadi bagian-bagian kecil yang lebih mudah dicerna. Ludah dari kelenjar ludah akan membungkus bagian-bagian dari makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan dan mulai mencernanya. Ludah juga mengandung antibodi dan enzim (misalnya lisozim), yang memecah protein dan menyerang bakteri secara langsung.

b. Lambung

Lambung merupakan organ otot berongga yang besar dan berbentuk seperti kantung keledai, terdiri dari 3 bagian yaitu kardia, fundus dan antrum. Makanan masuk ke dalam lambung dari kerongkongan melalui otot berbentuk cincin (sfinter), yang bisa membuka dan menutup. Dalam keadaan normal, sfinter menghalangi masuknya kembali isi lambung ke dalam kerongkongan.

c. rektum

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB). Orang dewasa dan anak yang lebih tua bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih

muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB.

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus. Suatu cincin berotot (sfingter ani) menjaga agar anus tetap tertutup.

2.2.3 Etiologi

Etiologi gangguan tetap tidak jelas. Terdapat komponen psikologis yang jelas, dan diagnosis pertama di jelaskan, dan diagnosis terutama di dasarkan pada kriteria psikologis dan perilaku. Namun demikian, manifestasi fisik anoreksia dapat mengarah pada kemungkinan fakto-faktor organik pada etiologi.

1) Biologis

Diyakini ada hubungan keluarga dengan gangguan makan. Keturunan pertama wanita pada orang yang mengalami gangguan makan yang berisiko tinggi dari pada populasi umum. Model biologis etiologi gangguan makan di fukuskan kepada pusat pengatur nafsu makan di hipotalamus, yang mengendalikan mekanisme neurokimia khusus untuk makan yang kenyang. Serotonin dianggap terlibat dalam patofisiologi gangguan makan walaupun dalam model biologis ini masih dalam tahap perkembangan.

Studi tentang anoreksia menunjukkan bahwa gangguan tersebut cenderung terjadi dalam keluarga. Oleh karena itu, kerentanan genetik mungkin muncul dipicu oleh diet yang tidak tepat atau stres emosional. Kerentanan genetik ini mungkin muncul karena tipe kepribadian tertentu atau kerentanan umum terhadap gangguan jiwa atau kerentanan genetik mungkin secara langsung mencakup disfungsi hipotalamus (Sigit dwi erdianto, 2009)

2) Lingkungan

Berbagai faktor lingkungan dapat mempengaruhi individu untuk mengalami gangguan makan. Riwayat terdahulu klien mengalami gangguan makan sering di persulit oleh penyakit dalam dan bedah, kematian keluarga dan lingkungan keluarga dengan konflik

3) Psikologis

Kebanyakan klien yang mengalami gangguan makan menunjukkan sekelompok gejala psikologis seperti rigiditas, ritualisme, kehati-hatian, perfeksinisme serta kontrol nafsu yang buruk

4) Sosiokultural

Pada budaya yang menerima dan menghargai kemontokkan, jarang terjadi gangguan makan, jaringan sosiokultural pada remaja dan wanita muda di Amerika

Serikat juga sangat menekankan kelangsingan dan pengendalian terhadap tubuh seseorang menjadi indikator untuk evaluasi diri. Di Amerika Serikat kelebihan berat badan dianggap sebagai tanda kemalasan, kurang control diri atau mendapatkan tubuh yang sempurna disamakan dengan cantik (Sigit dwi erdianto, 2009).

2.2.4 Menifestasi klinis

- a. Gangguan pola tidur timbul pada beberapa penderita anoreksia dan terdapat gerakan mata yang cepat, seperti yang sering terdapat pada penderita depresi. Masalah pada gangguan suhu, khususnya pada hipotermia
- b. Tidak mau makan dengan sengaja karena ketakutan berlebihan akan kenaikan berat badan
- c. Pengidap memiliki body mass index kurang dari 18,5
- d. Terganggunya siklus menstruasi
- e. Cenderung tidak mengakui bahwa ia mengidap penyakit anoreksia karena ia merasa dapat mengontrol keadaan dengan kemampuannya mengatakan tidak ada makanan
- f. Gangguan pada hipotalamik-pituitary-ovarian axis dimanifestasikan dengan amenorea yang berkaitan dengan pola tidak matang dari sekresi hormon luteinizing
- g. Adanya disfungsi hypothalamic-pituitary-adrenal axis dibuktikan dengan antara lain dengan meningkatnya kortisol,

hilangnya variasi diurnal pada sekresi kortisol, dan kegagalan deksametason untuk menekannya

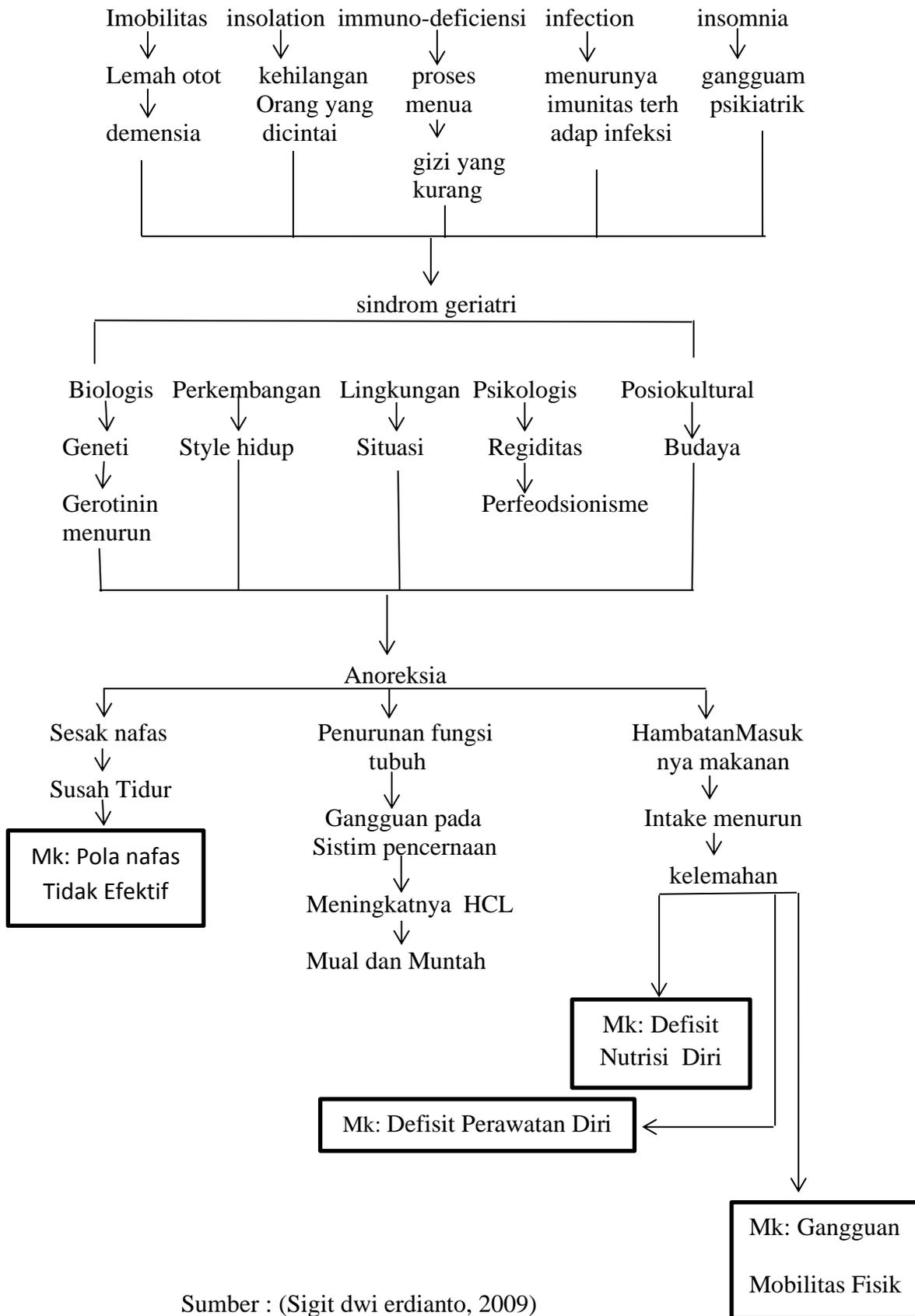
- h. Peningkatan area nitrogen pada darah dapat timbul pada akibat dehidrasi pada penurunan kecepatan penyaringan glomerulus, namun kadar yang normal dapat ditemukan pada keadaan serupa karena rendahnya pemasukkan protein pada penderita dehidrasi
- i. Konstipasi merupakan komplikasi masalah mobilitas yang sangat sering terjadi pada penderita anoreksia
- j. Penderita anoreksia tampaknya sangat resisten terhadap inspeksi
- k. Kulit penderita anoreksia keriput
- l. Pada fase pemberian makan kembali sering kerontokan rambut

2.2.5 Patofisiologi

Faktor adalah suatu faktor predisposisi untuk terjadinya anoreksia. Faktor keturunan dan genetik menjadi peranan yang penting. Pada faktor genetik ini lah hasilnya sirotinin yang mempengaruhi nafsu makan menjadi menurun, dan jika kadar sirotinin seseorang menurun maka nafsu makan menurun, dan jika sirotinin seseorang meningkat atau tinggi makan meningkat nafsu makan. Pada khusus anoreksia seseorang mengalami penurunan kadar sirotinin yang mengakibatkan penurunan nafsu makan. Pada faktor perkembangan sendiri pada umumnya usia remaja sering beranggapan kurus adalah sempurna, cantik telah menjadi trend

dikalang remaja sehingga pada umumnya memaksakan diri untuk membatasi makannya agar tidak menjadi gemuk. Yang akan menimbulkan anoreksia faktor lingkungan dapat menyebabkan anoreksia jika salah satunya mengalami konflik. Faktor psikologis erat hubunganya dengan faktor perkembangan dimana merasa takut gemuk. Untuk faktor sosiokultural / budaya dimana budaya di dunia membatasi makanan yang akan dikosumsinya

WOC



Sumber : (Sigit dwi erdianto, 2009)

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan fisik yang diperlukan untuk penderita gangguan makan meliputi pemeriksaan tanda vital, mengukur tinggi dan berat badan penderita dan pemeriksaan status pubertas. Kelainan yang dapat pada pemeriksaan fisik berupa kehilangan berat badan yang nyata, bradikardi, hipotensi postural, hipotermi, penipisan email akibat tumpah asam lambung, luka pada anus akibat penggunaan pencakar yang berlebihan, kulit dan bibir kering akibat dehidrasi

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan antar lain darah rutin, kadar elektrolit, kadar kalsium dan fosfat serum, pemeriksaan fungsi hati dan tiroid terdapat normal, Pemeriksaan elektrokardiografi dilakukan bila ada gangguan fungsi jantung atau mendapat pengobatan anti depresan. Foto rongen dapat membantu menentukan densitas tulang dan keadaan dari jantung dan paru-paru, juga bisa menentukan kelainan saluran pencernaan yang disebabkan oleh malnutrisi

2.2.7 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Pengobatan diberikan dengan rawat jalan, kecuali muncul masalah medis yang berat, pengobatan rawat jalan ini mencakup

- a) Pemantauan medis
 - b) Rencana diet untuk memulihkan status nutrisi
 - c) Psikoterapi jangka panjang untuk mengatasi penyebab dasarnya
 - d) Pengobatan psikofarmaka untuk mengatasi masalah depresi kegelisaan dan perilaku kompulsif-obsersif
- 1) Obat-obatan yang digunakan
- a) Anti depresan, juga dipakai SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors), terutama bila salah satu komponen penyakitnya adalah latihan yang di paksakan (Impramin, Desipramin, Fluoksetin,Sertalin
 - b) Pergantian estrogen untuk amenore
- 2) Cara mengetahui status gizi
- a) Mengukur tinggi badan dan berat badan,lalu membandingkannya dengan tabel standar
 - b) Menghitung indeks masa tubuh (BMI, Body Mass Index), yaiutu berat badan (dalam kilogram) dibagi dengan tinggi badan (dalam meter). Index masa tubuh antara 20-50 dianggap normal untuk pria dan wanita
 - c) Mengukur ketebalan kelipatan kulit.
- Kelipatan kulit di lengan atas sebelah belakang (lipatan trisep) ditarik menjauhi lengan, sehingga lapisan lemak dibawah kulitnya dapat di ukur, biasanya dengan

menggunakan jangka lengkung (kaliper) Lemak dibawah kulitnya banyaknya adalah 50% dari lemak tubuh. Lipatan lemak normal adalah sekitar 1,25 cm pada laki-laki dan sekitar 2,5 cm pada wanita

- d) Status gizi juga bisa diperoleh dengan mengukur lingkaran lengan atas untuk memperkirakan jumlah otot rangka dalam tubuh.

2.2.8 Komplikasi

Komplikasi medis gangguan makan atau anoreksia adalah terganggunya gastro intestinas (penundaan pengosongan lambung, kembung, kontipasi, nyeri abdomen, gas dan diare) pada dermatologi timbul kulit pecah-pecah karena dehidrasi, lanugo dan akrosianotis yaitu tangan dan kaki biru (M.D, Evelyn attia, M.D, B. Timothy Walsh 2007)

- a. Berat badan jauh dibawah normal
- b. Anggapan selalu buruk tentang bentuk badan nya sendiri
- c. Detak jantung tidak teratur
- d. Gangguan fungsi hati, sistem kardiovaskular
- e. Terjadinya kelemahan otot dan disfungsi sistem imun
- f. Ketidakseimbangan hormon
- g. Osteoporosis
- h. Kematian

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses yang sistematis dalam pengumpulan dari berbagai sumber, untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi stres kesehatan klien. (Doengnes, Marilyn, L. 2000)

Pengkajian yang dilakukan meliputi :

a. Identitas klien terdiri dari nama, umur, pekerjaan, pendidikan, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian dan identitas penanggung jawab

b. Alasan masuk

Biasanya alasan masuk klien dibawah kerumah sakit dengan alasan klien sakit perut karena tidak ada makan, berat badan menurun dan badan terasa lemah

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien mengeluh sakit perut karena tidak makan-makan, sulit untuk bicara dan badan terasa lemah

2) Riwayat kesehatan terdahulu

Apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama dengan sebelumnya dan ada juga ditemukan dalam kematian dalam keluarga, lingkungan keluarga dan konflik

3) Riwayat kesehatan keluarga

Ada kemungkinan ditemukan genetik dalam keluarga apakah ada anggota keluarga yang mengalami penyakit infeksi, keturunan atau penyakit yang sama diderita klien saat ini

d. Pemeriksaan fisik

1) Sirkulasi

Tanda : hipertensi, kelemahan/nadi perifer melemah, pengisian kapiler lembut/sianosis

2) Aktivitas dan istirahat

Adanya gangguan pola tidur

3) Eliminasi : BAB dan BAK kurang lancar

4) Makanan /cairan

Tanda : anemia, mual/muntah, nyeri ulu hati, sendawa asam, tidak toleran terhadap makanan

5) Keamanan

Tanda: peningkatan suhu tubuh

Gejala : alergi terhadap obat

6) Penyuluhan /pembelajaran

Tanda : ada penguatan obat resep atau di jual bebas yang mengandung steroid

7) Pemeriksaan penunjang

Adanya gangguan elektrolit yang diakibatkan oleh suhu tubuh

2.3.2 Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif
- b. Gangguan mobilita fisik berhubungan dengan malnutrisi dibuktikan dengan rentang gerak menurun
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan dibuktikan
- d. dengan otot pengunyah lemah
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakain /ketoilet,berhias secara mandiri

2.3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Kamis/20-06-2019	Bersih jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan (b/d) hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan (d.d) batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk	Rentang gerak (ROM) meningkat Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka ekspektasi meningkat Dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Wheezing menurun 4. Sulit bicamenurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi nafas membaik 	Manajemen jalan nafas Tindakan : Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola nafas • Monitor bunyi nafas • Monitor sputum Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan

			7. Pola nafas membaik	<p>nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semi-fowler <p>Berikan minum hangat</p>
2		Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan (b/d) malnutrisi dibuktikan dengan (d/d) rentang gerak menurun	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik

				<p>melakukan pergerakan</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor frekuensi jantung dantekanan darah sebelum memulai mobilisasi• Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">• Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan
--	--	--	--	---

				<p>alat bantu (mis. Pagar tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi melakukan pergerakan • Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur
--	--	--	--	--

				<p>mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur)
3		Defisit nutrisi berhubungan dengan(b/d) ketidakmampuan	Setelah di lakukan intervensi keperawatan 1x24 jam maka	Manajemen nutrisi Tindakan :

		<p>menelanmakan dibuktikan dengan (d/d) otot pengunyah lemah</p>	<p>ekspetasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot mengunyah meningkat 2. Kekuatan otot menelan meningkat 3. Meningkatkan nutrisi meningkat 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygien sebelum makan • Berikan suplemen makanan <p>Edukasi</p>
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none">• Anjurkan posisi duduk, jika mamapu• Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan Latihan batuk efektif Tindakan : Observasi <ul style="list-style-type: none">• Identifikasi
--	--	--	--	---

				<p>kemampuan batuk</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor adanya retensi sputum• Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas• Monitor input dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">• Jelaskan dan tujuan cara batuk efektif
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none">• Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluar dari mulut• Anjurkan tarik nafas dalam sebanyak 3 kali• Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam
--	--	--	--	---

				yang ke-3
4	Kamis /20/06/201 9	Defisit perawatan diri berhubungan dengan (b/d) psikologis atau psikotik (d/d) minat melakukan perawatan diri kurang	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka ekspektasi mebaik dengan kriteria hasil <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakain meningkat 3. Kemampuan ketoilet meningkat 4. Melakukan perawatan diri meningkat 	Dukungan perawatan diri Tindakan: Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia • Monitor tingkat kemandirian • Identifikasi kebutuhan alat

				<p>bantu kebutuhan diri</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik • Siapkan keperluan pribadi • Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan
--	--	--	--	--

				<p>melakukan</p> <p>perawatan diri</p> <p>secara konsisten</p> <p>sesuai kemampuan</p> <p>Dukungan perawatan diri :</p> <p>BAB/BAK</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia • Monitor integritas
--	--	--	--	--

				<p>kulit klien</p> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none">• Buka pakain yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi• Jaga privasi selama eliminasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan BAK/BAB secara rutin• Anjurkan kamar mandi/toilet
--	--	--	--	--

				<p>Dukungan perawatan diri :</p> <p>berpakain</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan pakain pada tempat yang mudah dijangkau • Jaga privasi
--	--	--	--	--

				selama berpakaian Edukasi Ajarkan klien mengenakan pakain
--	--	--	--	--

2.3.4 Implementasi

Melakukan tindakan apa yang harus dilakukan saat itu pada klien dan catat apa tindakan yang telah dilakukan pada klien, tindakan ini merupakan aplikasi kongrit dari rencana intervensi yang telah dibuat untuk mengatasi masalah kesehatan klien yang telah dilakukan oleh perawat.

2.2.5 Evaluasi

Langkah akhir dari proses keperawatan, di mana evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan secara terus-menerus yang melibatkan klien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya yang terdiri dari S.O.A.P.

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

1. IDENTITAS KLIEN

Nama/ inisial : Ny.D
Umur : 60 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Pendidikan : SD
Alamat : Aur kuning aur atas
No MR : 522358
Ruang Rawat : Ambun suri L 3
Tgl Masuk :
14-062019
Tgl Pengkajian : 20-062019

PENANGGUNG JAWAB

Nama : Asan basri
Umur : 72 tahun
Hub keluarga : Suami
Pekerjaan : Petani

II. ALASAN MASUK

Keluarga klien mengatakan klien masuk ke ruangan interne Ambunsuri It 3 pada tanggal 14-06-2019, melalui IGD dengan keluhan tidak ada nafsu makan, nyeri perut di uluh hati, tenggorokan sakit, badan klien lemas dan nafas klien sesak.

III. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian pada tanggal 20-06-2019, Keluarga klien mengatakan klien mengalami sesak nafas dan di sertai batuk, badan klien teras lemah, aktivitas klien dibantu keluarga, klien tidak ada mandi-mandi dan gosok gigi dari sebelum masuk rumah sakit samapai dirawat dirumah sakit saat ini dan keluarga klien mengatakan klien susah tidur.

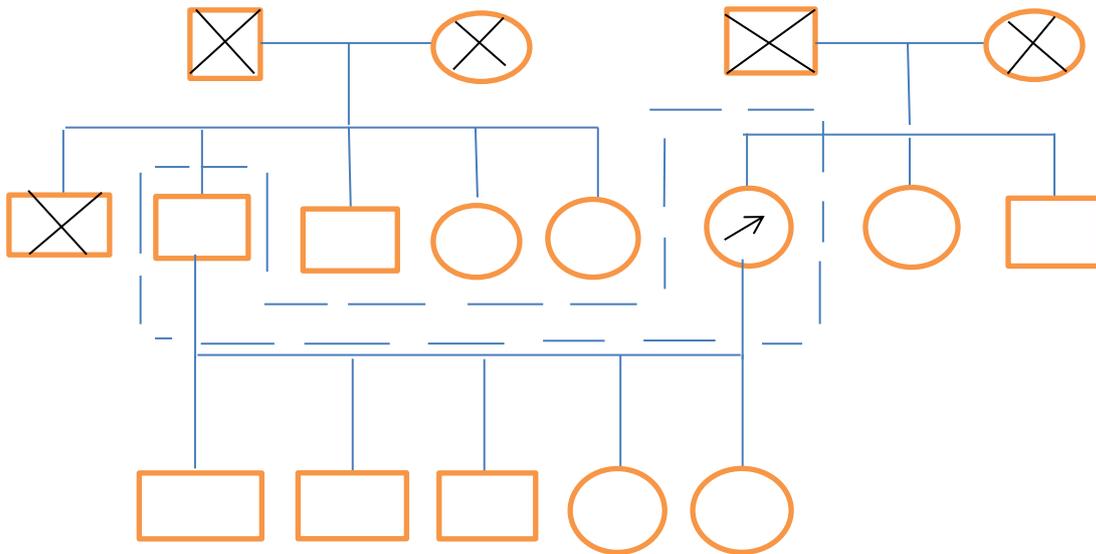
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga klien mengatakan bahwa klien sudah pernah di rawat 2 bulan sebelum klien dirawat RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan penyakit yang sama seperti yang di derita klien saat ini.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit yang di derita klien saat ini sebelumnya.

GENOGRAM



Keterangan



:Laki-laki



:Klien



:Perempuan



: Meninggal



:Serumah

IV. PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 E = 4 M = 6 V = 5

Tanda – tanda Vital

Suhu : 36,2

Nadi : 86 x/i

Pernafasan : 28 x/i

Tekanan Darah : 90/70 mmHg

1. Kepala

- Rambut

Rambut klien tampak bersih, berwarna hitam sedikit beruban dan rontok

- Mata

Mata klien simetris kiri kanan, mata anemis, pupil isokor, penglihatan klien normal dan tidak ada nyeri tekan

- Telinga

Telinga klien tampak simetris kiri kanan, telinga klien tampak bersih tidak serumen, pendengaran klien normal dan tidak ada nyeri tekan pada telinga

- Hidung

Hidung klien tampak simetris kiri kanan, penciuman klien normal dan tidak ada nyeri tekan pada hidung klien

- Mulut dan Gigi

Mulut klien tampak kotor, mukosa bibir kering dan gigi klien juga tampak kotor dan ada karies, gigi klien juga tidak utuh lagi dan lidah klien berjamur

2. Leher

Leher klien tampak simetris dan tidak ada pembesaran kelenjer tiroid dan tidak ada nyeri tekan

3. Thorak

a. Paru-paru

I : Bentuk dada simetris kiri kanan, warna kulit sama dengan sekitarnya, tidak ada pembengkakan, tidak lesih dan pembengkakan

P : saat di palpasi tidak ada teraba pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, traktif premitus teraba dan sama antara kiri dan kanan

P : saat di perkusi terdengar bunyi sonor di seluruh lapang paru

A : bunyi nafas Wheezing

b. Jantung

I : ictus cordis tidak terlihat, tidak ada bekas luka

P: saat di palpasi pada ictus cordis frekuensi jantung 80 ^x/i

P: bunyi perkusi jantung redup

A: bunyi jantung reguler (LupDup), tidak ada bunyi tambahan

c. Abdomen

I : bentuk perut simetris, tidak ada tampak pembengkakan/massa di abdomen

A: bising usus 12x/i di kuadran ke 3 kanan bawah abdomen

P: saat di perkusi terdengar bunyi timpani

P: saat di palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen

4. Punggung

Tidak ada jejas pada punggung klien dan tidak ada nyeri tekan pada punggung klien

5. Ekstremitas

Atas : tampak terpasang infus tangan sebelah kanan dengan cairan infus Nacl 0,9 500 cc /20 tts per jam dan tidak ada nyeri tekan

Bawah : Tidak ada lesih, tidak ada udem dan tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas bawah

6. Genetalia

Klien tidak terpasang kateter, klien terpasang pempers dan area genetalia klien tampak bersih

7. Integumen

Warna kulit klien sawo matang tidak ada jejas dan tidak ada panu pada kulit klien

V. DATA BIOLOGIS

Tabel 3.1

Data Biologis

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	Nutrisi Makan <ul style="list-style-type: none"> • Menu • Porsi • Makanan kesukaan • Pantangan 	Nasi+Lauk + Sayur 1 Porsi Martabak Mesir Tidak ada	Bubur 1/2 Porsi Tidak ada Tidak ada
2.	Minum <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah • Minuman kesukaan • Pantangan 	8 – 10 Gelas Tidak ada Tidak ada	2000 Gelas Tidak ada Tidak ada
3.	Eliminasi BAB <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Warna • Bau • Konsistensi • Kesulitan BAK <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Warna • Bau • Konsistensi • Kesulitan 	1 kali sehari Khas Khas Lembek Tidak ada 6 - 7 kali sehari Kuning Pesing Cair Tidak ada	1 kali sehari Khas Khas Lembek Tidak ada 4 - 5 kali sehari Kuning Pesing Cair Tidak ada
4.	Istirahat dan tidur <ul style="list-style-type: none"> • Waktu tidur • Lama tidur • Kesulitan tidur 	21.00 WIB 6 - 7 Jam Tidak ada	21.00 WIB 3-5 Jam Tidak ada
5.	Personal hygiene <ul style="list-style-type: none"> • Mandi • Cuci rambut • Gosok gigi • Potong kuku 	2 kali sehari 1 kali 2 hari 3 kali sehari 1 kali seminggu	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada

VI. RIWAYAT ALERGI

Keluarga klien mengatakan klien tidak ada riwayat alergi apapun baik dengan makanan, hewan, udarah, lingkungan maupun obat

VII. DATA PSYKOLOGIS

1. Perilaku non verbal

Tingkat kesadaran GCS : 15 E=4 M=6 V=5

2. Perilaku verbal

Cara menjawab : klien kurang mampu menjawab dengan baik pertanyaan dari perawat karena sesak nafas

Cara memberi informasi : pada saat melakukan pengkajian klien tidak bisa memberikan informasi dengan jelas

3. Emosi

Klien tampak tidak mudah emosi dan keluarga klien mengatakan jika klien ada masalah klien mampu menyelesaikan dengan baik tanpa emosi

4. Persepsi penyakit

Klien pasrah dengan prnyakit yang di deritanya saat ini dan klien berusaha untuk kesembuhan penyakitnya

5. Konsep diri

Klien memiliki semangat untuk kesembuhannya saat ini

6. Adaptasi

Sejak sakit klien kurang bergaul dengan masyarakat sekitar

7. Mekanisme pertahanan diri

Klien masih tampak semangat meski dalam keadaan sakit

VIII. DATA SOSIAL EKONOMI

1. Pola komunikasi

Klien mampu berkomunikasi dengan baik

2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman : keluarga

3. Orang yang berharga bagi klien : keluarga

4. Hubungan dengan keluarga : baik

IX. DATA SPIRITUAL

Klien beragama islam sebelum sakit klien selalu sholat 5 waktu sehari semalam dan semenjak klien sakit di rawat di rumah sakit klien tidak pernah melakukan melakukan ibadah tersebut

X. DATA PENUNJANG

Tabel 3.1

Hematologi

Tgl pemeriksaan : 14 juni 2019

PARAMETER			NILAI RUJUKAN
Gula Darah	120	Mg/dl	P 13.0- 16.0 W 12.0-14.0
Kalium	3,22	mEq/l	P 4.5- 5.5 W 4.0- 5.0
Natrium	131,1	mEq/l	P 40.0- 48.0 W 37.0- 43.0
Kholarida	100,1	mEq/l	
Albumin	(6,0-8,0)	g/dl	
Globulin	(1,3-2,7)	g/dl	
Koleaterol	150-250	Mg/dl	
SGOT	0-26	U/l	
SGPT	7-32	U/l	5.0-10.0
Fe (besi serum)	080-140	Ug/dl	1-3
TIBC	251-437	Ug/dl	0-1
Gliko Hb	5-9	%	50-70
Protein total	6,0-8,0	g/dl	20-40

XI. DATA PENGOBATAN

Tabel 3.1

Data Obat

No	Nama obat	Fungsi obat	Dosis/jumlah
1	Prosogan	Obat untuk mengatasi masalah lambung	1x1/30 mg
2	Neurodex	Suplemen vitamin B klomplet yang terdiri atas vitamin B1.B6 dan B12	1x1
3	Sucralfat	Obat untuk mengobati dan mencegah tukak lambung serta ulkus duodenum	3x1
4	PCT inf	Meringankan rasa sakit pada sakit kepala,nyeri dan menurunkan demam	1x100 ml
5	NACL 0,9%	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh	500mg
6	Ventolin nebu	Obat yang di gunakan untuk mengobati penyakit pada saluran pernafasan seperti asma dan penyakit para obstruktif	2x 1
7	Cucurma	Obat untuk meningkatkan nafsu makan	3x1

XII. DATA FOKUS

1. Data Subjektif

- Keluarga klien mengatakan klien sesak nafas
- Keluarga klien mengatakan klien batuk berdahak
- Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa menelan makanan
- Keluarga klien mengatakan klien aktivitas di bantu keluarga
- Keluarga klien mengatakan klien tidak ada mandi-mandi dan gosok gigi sebelum masuk rumah sakit sampai dirawat dirumah sakit saat inisebelum masuk rumah sakit sampai dirawat
- Keluarga klien mengatakan klien badan terasa lemah dan letih
- Keluarga klien mengatakan klien susah tidur
- Keluarga klien mengatakan klien lemah

2. Data Objektif

- Klien tampak sesak
- Klien tampak batuk berdahak
- Klien tampak terpasang NGT
- Klien tampak tidak menghabiskan nasinya yang diberikan petugas gizi
- Klien tampak pucat
- Klien tampak terpasang oksigen
- Klien tampak terpasang infuse Nacl 0,9%
- Mulut klien tampak kotor
- Aktivitas klien tampak di bantu keluarga
- Klien tampak lemah

ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Klien mengatakan klien sesak nafas • Keluarga Klien mengatakan klien batuk dan susah untuk mengeluarkan dahaknya • Keluarga Klien mengatakan lemah dan letih <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sesak dan berkeringat dengan frekuensi nafas 28x/i • Klien tampak terpasang oksigen • klien tampak batuk • Klien tampak tidak bisa mengeluarkan dahak saat batuk • klien tampak lemah 	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif</p>	<p>Hipersekresi jalan nafas</p>
2	<p>DS :</p>	<p>Defisit nutrisi</p>	<p>Ketidakmampuan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • keluarga klien mengatakan klien tidak mau makan kurang lebih 1 bulan sebelum masuk rumah sakit • keluarga klien mengatakan klien tidak bisa menelan saat makan • keluarga klien mengatakan tenggorokan klien sakit • keluarga klien mengatakan nyeri uluh hati <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak terpasang NGT • Klien tampak lemah • Klien tampak pucat 		<p>menelan</p> <p>makanan</p>
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan klien lemah • Keluarga klien mengatakan klien tidak ada mandi dan tidak ada gosok gigi dari sebelum masuk rumah sakit 	<p>Defisit</p> <p>Perawatan</p> <p>Diri</p>	<p>Gangguan</p> <p>Kelemahan</p>

	<p>sampai dirawat dirumah sakit</p> <p>saat ini lebih kurang 15 hari</p> <p>klien tidak ada melakukan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none">• Keluarga klien mengatakan klien juga jarang gosok gigi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien tampak lemah• Klien tampak kotor• Mulut klien tampak kotor• Klien tampak kusam <p>Klien tampak kurang dalam kebersihan</p>		
--	---	--	--

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Daftar Prioritas Masalah Keperawatan

1. Bersih jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan (b/d) hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan (d//d) batuk tidak efektif
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan (b/d) ketidakmampuan menelan makan dibuktikan dengan (d/d) otot pengunyah lemah
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan (b/d) Gangguan kelemahan (d/d) tidak mampu mandi/mengenakan pakain/ketoilet secara mandiri

3.3 INTERVENSI (RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN)

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Kamis/20-06-2019	<p>Bersih jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan (b/d) hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan (d.d) batuk tidak efektif</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan klien sesak nafas • Keluarga klien mengatakan klien susah batuk dan susah untuk mengeluarkan dahak • Keluarga klien mengatakan 	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka ekspektasi meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Wheezing menurun 4. Sulit bicamenurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi nafas membaik 7. Pola nafas membaik 	<p>Latihan batuk efektif</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemampuan batuk • Monitor adanya retensi sputum • Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas • Monitor input dan output cairan

		<ul style="list-style-type: none"> • klien lemah dan letih <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • frekuensi nafas klien 28x/i • Klien tampak sesak dan berkeringat • Klien tampak batuk • Klien tampak tidak bisa mengeluarkan dahak saat batuk • Klien tampak lemah 		<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan dan tujuan cara batuk efektif • Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluar dari mulut • Anjurkan tarik nafas dalam sebanyak 3 kali • Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 <p>Manajemen jalan nafas</p> <p>Tindakan :</p>
--	--	---	--	--

				<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola nafas • Monitor bunyi nafas • Monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan nafas • Posisikan semi-fowler <p>Berikan minum hangat</p>
2		<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan(b/d) ketidakmampuan menelanmakan dibuktikan dengan (d/d) otot pengunyah lemah</p> <p>DS:</p>	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan 1x24 jam maka ekspetasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot mengunyah 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Monitor asupan makanan

		<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan klien tidak mau makan lebih kurang 1 bulan sebelum rumah sakit • Klien mengatakan tidak bisa menelan saat makan • Klien mengatakan tenggorokan sakit • Klien mengatakan nyeri ulu hati <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak terpasang NGT • Klien tampak pucat • Klien tampak lemah 	<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot menelan meningkat 3. Meningkatkan nutrisi meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygien sebelum makan • Berikan suplemen makanan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan posisi duduk, jika mamapu • Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gisi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p>
--	--	---	--	---

3		<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan (b/d) psikologis atau psikotik (d/d) minat melakukan perawatan diri kurang</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan klien lemah • Keluarga klien mengatakan klien tidak ada mandi dan tidak ada gosok gigi dari sebelum masuk rumah sakit sampai dirawat dirumah sakit saat ini lebih kurang 12 hari klien tidak ada melakukan 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka ekspektasi mebaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakain meningkat 3. Kemampuan ketoilet meningkat 4. Melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri :</p> <p>BAB/BAK</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kebiasaan BAK/BAK esuai usia • Monitor integritas kulit klien <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buka pakain yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi • Jaga privasi selama eliminasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan BAK/BAK secara rutin
---	--	--	--	--

		<p>perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan klien juga jarang gosok gigi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kotor • Mulut klien tampak kotor • Muka klien tampak kusam • Klien tampak kurang dalam kebersihan 		<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan kamar mandi/toilet <p>Dukungan perawatan diri : mandi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan • Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) • Monitor integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan peralatan mandi • Sediakan lingkungan aman dan
--	--	---	--	---

				<p>nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan • Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan • Pertahankan kebiasaan kebersihan diri • Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan • Ajarkan kepada keluarga cara
--	--	--	--	--

				<p>memandikan klien</p> <p>Dukungan perawatan diri : berpakaian</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau • Jaga privasi selama berpakaian <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan klien mengenakan pakaian</p>
--	--	--	--	--

3.4 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO	TGL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
1	20-06- 2019	D.0001		<p>Latihan batuk efektif</p> <p>Tindakan : mengajarkan cara batuk efektif dan tarik nafas dalam</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kemampuan batuk • Memonitor adanya retensi sputum <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan dan tujuan cara batuk efektif 		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan klien sesak dan susah batuk • Keluarga klien mengatakan batuk klien berdahak • Klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk • Keluarga klien mengatakan ketika batuk klien minum air hangat sedikit-sedikit • Klien mengatakan lemah <p>O:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluar dari mulut • Menganjurkan tarik nafas dalam sebanyak 3 kali • Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 <p>Manajemen jalan nafas</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor pola nafas • Memonitor bunyi nafas 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sesak • Klien tampak susah saat batuk • Klien tampak susah mengeluarkan sputum ketika batuk • Frekuensi nafas klien 28x/i • Bunyi nafas klien wheezing • Klien tampak lebih nyaman dengan posisi setengah duduk • Klien tampak lemah <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatihkan batuk efektif
--	--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor sputum <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan kepatenan jalan nafas • Memposisikan semi-fowler • Memberikan minum hangat 		<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan manajemen jalan nafas • Melakukan pemantauan respirasi
2		D.0019	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Tindakan : membantu memberi klien makan lewat NGT</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi status nutrisi • Memonitor asupan makanan • Memonitor berat badan <p>Terapeutik</p>		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Klien mengatakan klien tidak mampu menelan makanan • Keluarga klien mengatakan klien dipasang selang makan dari awal masuk rumah sakit • Klien mengatakan lebih kuat setelah makan • Klien mengatakan sudah kenyang

			<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan oral hygien sebelum makan • Memberikan suplemen makanan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan posisi duduk, jika mamapu <p>Kolaborasi</p> <p>Mengkolaborasikan dengan ahli gisi untuk jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan berat bada klien 40 kg <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tidak bisa menelan makanan • Klien tampak terpasang NGT • Klien tampak menghabiskan makanan • Berat badan klien 40 kg • Klien tampak pucat <p>A:</p> <p>Masalah belum tertasi dan pemenuhan nutrisi terpenuhi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan manajemen nutrisi
--	--	--	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemantauan nutrisi • Melakukan pemantauan cairan
3		D.0019	<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Tindakan: memandikan klien oral hygien</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia • Memonitor tingkat kemandirian • Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebutuhan diri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan lingkungan yang 		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan klien lemah • keluarga klien mengatakan tidak ada perawatan diri • Klien mengatakan klien lebih nyaman setelah dimandikan • keluarga klien mengatakan klien lebih tampak segar setelah dimandikan • klien mengatakan mulut klien lebih segar setelah dibersihkan • keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa melakukan perawatan diri secara

				<p>terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyiapkan keperluan pribadi • Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengnurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>Dukungan perawatan diri : mandi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 		<p>mandiri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak lemah • klien tampak kotor sebelum dimandikan • Klien tampak segar setelah dimandikan • Mulut klien tampak bersih • Klien tampak nyaman <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dukungan perawatan diri • Dukungan perawatan diri : mandi • Dukungan oerawatan diri : BAB/BAK
--	--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) • Monitor integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan peralatan mandi • Sediakan lingkungan aman dan nyaman • Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan • Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan • Pertahankan kebiasaan kebersihan diri • Berikan bantuan sesuai tingkat 		<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan perawatan diri : berpakaian • Dukungan perawatan diri : berhias
--	--	--	--	--	---

				<p>kemandirian</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan • Ajarkan kepada keluarga cara memandikan klien <p>Dukungan perawatan diri : BAB/BAK</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kebiasaan BAK/BAB esuai usia • Memonitor integritas kulit klien <p>Teraupetik</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Membuka pakain yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi • Menjaga privasi selama eliminasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan BAK/BAB secara rutin • Menganjurkan kekamar mandi/toilet <p>Dukungan perawatan diri : berpakaian</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi usia dan 		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>budaya dalam membantu berpakaian/berhias</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan pakain pada tempat yang mudah dijangkau • Menjaga privasi selama berpakaian <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan klien mengenakan pakain</p>		
--	--	--	--	--	--	--

NO	TGL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
1	21-06- 2019	D.0001		<p>Latihan batuk efektif</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kemampuan batuk • Memonitor adanya retensi sputum • Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas • Memonitor input dan output cairan <p>Terapeutik</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan klien sesak dan susah batuk • Keluarga klien mengatakan batuk klien berdahak • Klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk • Keluarga klien mengatakan ketika batuk klien minum air hangat sedikit-sedikit • Klien mengatakan lemah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sesak • Klien tampak susah saat batuk

			<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan dan tujuan cara batuk efektif • Menganjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluar dari mulut • Menganjurkan tarik nafas dalam sebanyak 3 kali • Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 <p>Manajemen jalan nafas</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak susah mengeluarkan sputum ketika batuk • Frekuensi nafas klien 28x/i • Bunyi nafas klien wheezing • Klien tampak lebih nyaman dengan posisi setengah duduk • Klien tampak lemah <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di lanjut kan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatihkan batuk efektif • Melakukan manajemen jalan nafas • Melakukan pemantauan respirasi
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor pola nafas • Memonitor bunyi nafas • Memonitor sputum <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan kepatenan jalan nafas • Memosisikan semi-fowler • Memberikan minum hangat 		
2	21-06-2019	D.0019		<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi status nutrisi • Memonitor asupan makanan • Memonitor berat badan 		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Klien mengatakan klien tidak mampu menelan makanan • Keluarga klien mengatakan klien dipasang selang makan dari awal masuk rumah sakit • Klien mengatakan lebih kuat setelah makan

			<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan oral hygien sebelum makan • Memberikan suplemen makanan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan posisi duduk, jika mamapu • Mengajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <p>Mengkolaborasikan dengan ahli gisi untuk jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah kenyang • Keluarga klien mengatakan berat bada klien 40 kg <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tidak bisa menelan makanan • Klien tampak terpasang NGT • Klien tampak menghabiskan makanan • Berat badan klien 40 kg • Klien tampak pucat <p>A:</p> <p>Masalah belum tertasi dan pemenuhan nutrisi terpenuhi</p> <p>P:</p>
--	--	--	--	---

					<p>Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan manajemen nutrisi • Melakukan pemantauan nutrisi • Melakukan pemantauan cairan
3	21-06-2019	D.0109		<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia • Memonitor tingkat kemandirian • Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebutuhan diri <p>Terapeutik</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan klien lemah • keluarga klien mengatakan tidak ada perawatan diri • Klien mengatakan klien lebih nyaman setelah dimandikan • keluarga klien mengatakan klien lebih tampak segar setelah dimandikan • klien mengatakan mulut klien lebih segar setelah dibersihkan

			<ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan lingkungan yang terapeutik • Menyiapkan keperluan pribadi • Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>Dukungan perawatan diri : mandi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi jenis bantuan yang 	<ul style="list-style-type: none"> • keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak lemah • klien tampak kotor sebelum dimandikan • Klien tampak segar setelah dimandikan • Mulut klien tampak bersih • Klien tampak nyaman <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>
--	--	--	--	--

				<p>dibutuhkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) • Monitor integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan peralatan mandi • Sediakan lingkungan aman dan nyaman • Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan • Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan • Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 		<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan perawatan diri • Dukungan perawatan diri : mandi • Dukungan perawatan diri : BAB/BAK • Dukungan perawatan diri : berpakaian • Dukungan perawatan diri : berhias
--	--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan • Ajarkan kepada keluarga cara memandikan klien <p>Dukungan perawatan diri : BAB/BAK</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia • Memonitor integritas kulit klien 		
--	--	--	--	---	--	--

			<p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka pakain yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi • Menjaga privasi selama eliminasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan BAK/BAB secara rutin • Menganjurkan kekamar mandi/toilet <p>Dukungan perawatan diri : berpakaian</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p>		
--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi usia dan budaya • dalam membantu berpakaian/berhias <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan pakain pada tempat yang mudah dijangkau • Menjaga privasi selama berpakaian <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan klien mengenakan pakain</p>		
--	--	--	--	--	--	--

NO	TGL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
1	22-06- 2019	D.0001		<p>Latihan batuk efektif</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kemampuan batuk • Memonitor adanya retensi sputum • Memonitor tanda dan gejala Terapeutik • Menjelaskan dan tujuan cara batuk efektif • Mengajarkan tarik nafas 		<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga klien mengatakan klien sudah mampu melakukan cara batuk efektif • Keluarga klien mengatakan batuk klien masih berdahak dan klien sudah mampu untuk mengeluarkannya • Keluarga klien mengatakan sesak nafas klien sudah mulai berkurang • Klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk • Keluarga klien mengatakan ketika batuk klien minum air hangat sedikit-sedikit • Klien mengatakan lemah

				<p>dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluar dari mulut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan tarik nafas dalam sebanyak 3 kali • Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 <p>Manajemen jalan nafas</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor pola nafas • Memonitor sputum <p>Terapeutik</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sesak nafas berkurang • Klien tampak susah saat batuk • Klien tampak mengeluarkan sputum ketika batuk • Warna sputum klien kuning • Frekuensi nafas klien 24x/i • Klien tampak lebih nyaman dengan posisi setengah duduk • Klien tampak lemah <p>A:</p> <p>Sebagian masalah sudah teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di lanjut kan</p>
--	--	--	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan kepatenan jalan nafas • Memposisikan semi-fowler • Memberikan minum hangat 		<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemantauan respirasi
2	22-06-2019	D.0019		<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi status nutrisi • Memonitor asupan makanan • Memonitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan oral hygien sebelum makan • Memberikan suplemen 		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Klien mengatakan klien sudah mampu menelan makanan atau minum sediki-sedikit • Keluarga klien mengatakan klien masih terpasang selang • Klien mengatakan lebih kuat setelah makan • Klien mengatakan sudah kenyang • Keluarga klien mengatakan berat bada klien 40 kg

				<p>makanan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan posisi duduk, jika mamapu • Mengajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <p>Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah sedikit-sedikit bisa menelan makanan • Klien tampak terpasang NGT • Klien tampak menghabiskan makanan • Berat badan klien 40 kg <p>A:</p> <p>Masalah sebagian sudah tertasi dan pemenuhan nutrisi terpenuhi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pemantauan nutrisi • Melakukan pemantauan cairan
3	22-06-	D.0109		Dukungan perawatan diri	S:

	2019		<p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia • Memonitor tingkat kemandirian • Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebutuhan diri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan lingkungan yang terapeutik • Menyiapkan keperluan pribadi • Mendampingi dalam melakukan perawatan diri 	<ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan klien masih lemah • keluarga klien mengatakan klien sudah ada melakukan perawatan diri meski di bantu • Klien mengatakan klien lebih nyaman setelah dimandikan • keluarga klien mengatakan klien lebih tampak segar setelah dimandikan • Keluarga klien mengatakan klien sudah bisa membersihkan mulut dan gigi meski dibantu • keluarga klien mengatakan klien masih belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak masih lemah
--	------	--	---	---

			<p>sampai mandiri</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>Dukungan perawatan diri : mandi</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan • Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) • Monitor integritas kulit <p>Terapeutik</p>	<ul style="list-style-type: none"> • klien tampak lehi baik • Klien tampak segar melakukan perawatan diri • Mulut klien tampak bersih • Klien tampak nyaman <p>A:</p> <p>Sebagian masalah sudah teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dukungan perawatan diri • Dukungan perawatan diri : mandi
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Sediakan peralatan mandi • Sediakan lingkungan aman dan nyaman • Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan • Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan • Pertahankan kebiasaan kebersihan diri • Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap 		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan kepada keluarga cara memandikan klien • Menyediakan pakain pada tempat yang mudah dijangkau • Menjaga privasi selama berpakaian <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan klien mengenakan pakain</p>		
--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulisan melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan anoreksia diruangan interne Rumah Sakit Ahcmad Mochtar Bukittinggi dari tanggal 20 sampai 22 Juni 2019. Beberapa hal yang perlu dibahas, disini penulis menemukan beberapa faktor penghambat dan dapat pula faktor pendukung¹ dari khusus yang penulis ambil.

Dalam penerapan khusus keperawatan tersebut penulis telah berusaha menerapkan proses asuhan keperawatan pada klien dengan anoreksia sesuai dengan teori – teori yang ada untuk melihat lebih jelasnya sejauh mana kegiatan dapat dilakukan sertai keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

1. Identitas klien

Dalam melakukan pengkajian pada klien, penulisan tidak mengalami kesulitan untuk mengungkapkan dan menjawab yang ditanyakan, sehingga didapat data akurat dari keluarga dan klien, catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya.

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Askep teoritis dengan tinjauan khusus mempunyai kesenjangan, seperti teori mengatakan biasanya klien mengeluh biasanya klien mengeluh

nyeri ulu hati atau rasa tidak enak, sakit perut bagian atas, kembung, mual dan muntah, badan terasa lemah

b. Riwayat kesehatan dahulu

Tidak dapat kesenjangan pada dilihat dari teori dan tinjauan khusus

c. Riwayat kesehatan keluarga

Teori atau tinjauan khusus tidak ada terdapat penyakit keturunan dalam penyakit anooreksia ini

1. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan khusus tidak terdapat kesenjangan karena semua sangat penting untuk dilakukan

2. Data psikologis

Sesuai dengan tinjauan teoritis, klien tampak cemas terhadap kondisinya tapi klien berserah diri kepada Allah SWT karena dia yakin dia akan sembuh yang penting berusaha dan berdo`a.

Klien juga didukung dan dibantu oleh keluarga dan orang – orang terdekatnya

3. Pemeriksaan penunjang

Pada tinjauan teoritis dilakukan pemeriksaan darah begitu juga pada pemeriksaan darah (tidak terjadi kesenjangan dari normalnya, terdapat pemeriksaan EKG dan dilakukan untuk melihat kondisi klien)

4.2 Diagnosa keperawatan

Pada tinjauan teoritis ditemukan 4 diagnosa keperawatan sedangkan pada tinjauan khusus ditemukan 3 diagnosa keperawatan. Diagnosa yang muncul pada tinjauan khusus adalah :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan otot mengunyah lemah
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ket Toilet secara mandiri

Penulis mengangkat diagnosa pertama yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, pada saat dilakukan pengkajian, data subjektif : keluarga klien mengatakan klien sesak nafas, data objektif : klien tampak sesak dengan frekuensi nafas 28x/i, pada saat batuk klien tidak mampu untuk mengeluarkan sputum dan klien tambah sesak

Diagnosa kedua yaitu Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan otot mengunyah lemah, saat dilakukan pengkajian, data subjektif : keluarga klien mengatakan sebelum masuk RS klien tidak nafsu makan, klien tidak bisa menelan makanan, data objektif : klien tampak terpasang NGT, klien tampak tidak menghabiskan makanan yang diberikan ahli gizi, klien tampak pucat dan lemah

Diagnosa ketiga yaitu Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakain/ketoilet secara mandiri, karena saat melakukan pengkajian keluarga klien mengatakan semenjak klien sakit klien tidak pernah mandi

4.3 Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua tindakan pada teori dapat ditegakan pada tinjauan khusus karena rencana tindakan pada tinjauan khusus di sesuaikan dengan keluhan klien pada saat pengkajian

Untuk diagnosa pertama yaitu jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, perencanaan penulis yaitu, ajarkan klien cara batuk efektif, tarik nafas dalam kaji frekuensi nafas klien, pantau TTV klien dan kolaborasi pemberian obat

Diagnosa kedua yaitu Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dibuktikan dengan otot mengunyah lemah, perencanaan penulis yaitu, kaji status nutrisi klien, kaji adanya mual muntah anjurkan klien menghabiskan makanannya yang diberikan petugas gizi, anjurkan klien memakan makanannya selagi hangat, berikan perawatan pada mulut setelah klien makan

Diagnosa ketiga yaitu, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan dibuktikan dengan tidak bisa mandi/mengenakan pakain/ketoilet secara mandiri, perencanaan penulis yaitu, kaji kebersihan klien, pantau TTV klien, kolaborasi pemberian tindakan

Implementasi Keperawatan

Setelah rencana tindakan di tetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan anoreksia

Untuk diagnosa pertama yaitu Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, yang penulis lakukan tindakan nyata dari perencanaan yaitu, kaji frekuensi nafas klien, ajarkan klien cara batuk efektif, anjurkan klien untuk tarik nafas dalam, lakukan pemasangan oksigen pada klien dan pemberian obat pada klien berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya

Diagnosa kedua yaitu, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dibuktikan dengan otot mengunyah lemah, yang penulis lakukan tindakan nyata dari perencanaan yaitu, kaji status nutrisi klien, memberikan klien makanan lewat NGT yang telah terpasang, menganjurkan klien untuk menghabiskan makanan yang diberikan etugas gizi, kolaborasi dalam pemberian obat dengan tenaga kesehatan lainnya

Diagnosa ketiga yaitu Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan dibuktikan dengan ketidakmampuan

mandi/mengenakan pakain/ketoilet secara mandiri, yang penulis lakukan tindakan nyata dari perencanaan yaitu mengkaji kebersihan klien dan melihat turgor kulit klien bersih atau tidak, memantau TTV dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya

4.4 Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada klien, hasil yang penulis dapat yaitu klien lebih merasa nyaman dan segar setelah dimandikan dan klien lebih terasa ringan dan bersih

Pada diagnosa pertama Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, hasil yang penulis dapatkan yaitu klien semakin sesak dan penumpukan sekret, klien terlihat lemah. Dilakukan 3 hari evaluasi

Pada diagnosa kedua defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dibuktikan dengan otot mengunyah lemah, hasil penulis dapatkan yaitu, klien masih belum bisa menelan dan klien masih terpasang NGT dan nafsu makan klien belum meningkat. Dilakukan selama 3 hari evaluasi

Pada diagnosa ketiga yaitu, Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan dibuktikan dengan ketidakmampuan mandi/mengenakan pakain/ketoilet secara mandiri, hasil yang penulis dapatkan yaitu, keluarga klien dan klien mengatakan hati klien senang sudah

mandi dan badan klien menjadi bersih dan harum. Dilakukan selama 3 hari evaluasi

Untuk ketiga diagnosa, semua intervensi dilanjutkan karena kondisi klien pada pengkajian hari ketiga (terakhir) kondisi klien semakin melemah atau memburuk, klien mengalami penurunan kesadaran. Jadi semua intervensi dilanjutkan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Anoreksia adalah suatu gangguan makan yang paling banyak terjadi pada anak gadis remaja dan wanita muda yang disebabkan oleh berbagai faktor biologi, sosial dan psikososial. Diperlukan terapi yang menyeluruh dalam penatalaksanaan anoreksia termasuk didalamnya hospitalisasi, psikoterapi, dan terapi biologis, tanda gejala yang sering timbul pada penyakit ini adalah penurunan berat badan secara drastis, diet berkelanjutan, ketakutan bertambah berat menjadi gemuk, bahkan ketika berat badannya dibawah rata-rata, gejala yang tidak semestinya pada bentuk/berat badan dalam evaluasi diri, sibuk menghitung kalori makanan dan nutrisi, lebih memilih makan sendirian, latihan berlebihan, selain itu penyakit ini menyebabkan kematian.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada klien Ny.D dengan anoreksia didapatkan 4 diagnosa yaitu :

1. Bersih jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan (b/d) hipersekresi jalan nafas dibuktikan dengan (d/d) batuk tidak efektif
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan (b/d) malnutrisi dibuktikan dengan (d/d) rentang gerak menurun

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan (b/d) ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan (d/d) otot mengunyah lemah
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan (b/d) kelemahan dibuktikan dengan (d/d) tidak mampu mandi/mengenakan pakain/ketilet secara mandiri

Masalah pada Ny.D belum teratasi, sehingga intervensi dilanjutkan

5.2 Saran

Dalam memberikan asuhan keperawatan, Perawat Rumah Sakit dan Mahasiswa hendaknya dapat :

- 1) Melakukan pengkajian sesuai konsep teoritis Anoreksia
- 2) Menegakkan Diagnosa Keperawatan, berdasarkan data-data yang ditemukan pada klien dengan Anoreksia
- 3) Mendapatkan intervensi yang tepat sesuai dengan Diagnosa yang muncul pada klien dengan Anoreksia
- 4) Melakukan implementasi yang telah ditetapkan secara optimal pada klien dengan Anoreksia
- 5) Melakukan evaluasi terhadap setiap tindakan yang telah dilakukan pada klien dengan Anoreksia

5.2.1 Institusi Rumah Sakit

Institusi Rumah Sakit harus menekankan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi membantu pengobatan klien dan memberi kepuasan klien dalam pelayanan di Rumah Sakit, terutama diruang rawat inap interne ambun suri lantai 3

5.2.2 Institusi pendidikan

Institusi pendidikan kesehatan harus melakukan pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang, agar bisa memberikan asuhan keperawatan yang profesional untuk klien

5.2.3 Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dan melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerja sama yang baik guna mempercepat kesembuhan klien

5.2.4 Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya sebaiknya dapat memberikan pelayanan dan melakukan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi pada setiap klien. Kerja sama yang baik hendaknya tetap dipertahankan dan untuk mengatasi terjadinya komplikasi lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Andayani, R. 2011. Buku Ajar Geriatri, Balai Penerbit FKUI: Jakarta
- Chandrasoma, Parakrama, 2005, Ringkasan Patologi Anatomi edisi 2, Jakarta: EGC
- Darmawan, Bambang, 2007, Gangguan penolakan makan (Anoreksia) Diunduh
Di:<http://mediacastore.com/penyakit/67/Anoreksiahtm.27> 1 November 2010
- Darmojo, B. 2009. Buku Ajar Geriatriimu Kesehatan Usia Lanjut Edisi ke4
Cetakan ke3. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta
- Dewi, S.R., 2014, Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Yogyakarta: Deepublish, p
65
- Dini, A.A., 3013, Sindrom Geriatric (Imobilitas, Instabilitas, Gangguan intelektual, Inkontinensia, Infeksi, Malnutrisi, gangguan Pendengaran),
Med.Unila,1(3):117-125
- Doengnes, Marilyn, L. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3. Jakarta: EGC
- Duvvuri, V., Kaye, W. H., 2009. Anoreksia nervosa, Focus 7 : 455-462
- Harison, 1995. prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam edisi 13. Jakarta: EGC
- M.D, Evelyn attia, M.D, B. Timothy Walsh (2007) Treatment in psychiatry,
Jurnal anoreksia

PPNI DPP SDKI Pokja Tim, 2018. Standar Diagnostika Keperawatan Indonesia

Edisi 1 : Jakarta: DPP PPNI

PPNI DPP SIKI Pokja Tim, 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

Edisi 1 : Jakarta: DPP PPNI

PPNI DPP SLKI Pokja Tim, 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi 1

: Jakarta: DPP PPNI

Sigit dwi erdianto, 2009, hubungan antara faktor lingkungan dan faktor individu

dengan kejadian penyimpangan perilaku makan. [Hhttp//digital_126740-S-](http://digital_126740-S-5685-hubungan-antara-pendahuluan-pdf)

[5685-hubungan-antara-pendahuluan-pdf](http://digital_126740-S-5685-hubungan-antara-pendahuluan-pdf). [diakses pada 27 september 2015]

Siti, Maryam Rdkk. 2008 mengenal usia lanjut penanganannya. Jakarta: Salemba

Medika

Stanley, Mickey.2006. Buku ajar keperawatan Gerontik. Jakarta: EGC

Suryanto. 2008. Konsep Lansia.

[http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/4/jtptuminus-gdl-s1-2008-suyantog2a-](http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/4/jtptuminus-gdl-s1-2008-suyantog2a-184-3-bab2.pdf)

[184-3-bab2.pdf](http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/4/jtptuminus-gdl-s1-2008-suyantog2a-184-3-bab2.pdf) diagses pada tanggal 19 Desember 2015

Vina. 2015. LP Geriatric Syndrom. [http://docslide.us/document/lp-geriatric-](http://docslide.us/document/lp-geriatric-syndrome-vina.html)

[syndrome-vina.html](http://docslide.us/document/lp-geriatric-syndrome-vina.html) diakses pada tanggal 20 Desember2015

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS PENULIS

Nama : Retika Widiyanti
Tempat / Tanggal Lahir : Silantai, 30 September 1997
Agama : Islam
Anak Ke : 1 (satu)
Jumlah Saudara : 2 (dua) Orang
Alamat : Jorong kinkin, nagari Silantai, kec.
Sumpur kudus, kab. Sijunjung

II. NAMA ORANG TUA

Ibu : Wati indra yeni
Ayah : Reflis

III. RIWAYAT PENDIDIKAN

SD N 13 Surya Indah : 2004– 2010

SMP N 3 Pangkalan Kuras : 2010 – 2013

SMA N 2 Pangkalan Kuras : 2013 – 2016

Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2016
sampai sekarang

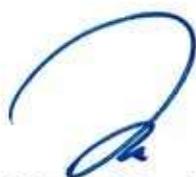
DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
T.A 2018/2019

NAMA MAHASISWA : RETIKAWIDIANTARI
NIM : 1614401022
RUANGAN : RAWAT INAP AMBUN SURI LT 3
JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.D Dengan Sindrom Geriatri + Anoreksia DiRuangan Rawat Inap Interne Ambun Suri Lt 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
	Kamis, 20 Juni 2019	07.30 WIB		12.00 WIB		
	Jumat, 21 Juni 2019	08.00 WIB		12.00 WIB		
	Sabtu, 22 Juni 2019	08.00 WIB		12.00 WIB		

Bukittinggi, 24 Juni 2019

KA Ruangan



(Ns. Andriyani, S.Kep)

Pembimbing



(Ns. Ida Suryati, M.Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : RETIKA WIDIANTARI
 Nim : 1614401022
 Pembimbing : Ns. Andriyani, S.kep
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada klien Ny. D Dengan Sindrom Geriatri + Anoreksia Diruangan Rawat Inap Interne Ambun Suri Lantai 3 RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin 24 - 02 - 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian - Perbaiki analisa data - perbaiki NCP 	
2	Senin 14 - 07 - 2019	<ul style="list-style-type: none"> - perbaiki asupan umum dan khusus - tambahkan WBC - Perbaiki BAB III - perbaiki BAB IV - V 	
3	Jun'at 15 - 07 - 2019	BEE 4/ dipersentasikan	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : RETIKA WIDIANTARI
 Nim : 1614401022
 Pembimbing : Ns.Ida suryati, M.Kep
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan keperawatan pada klien Ny.D dengan Sindro Geriatri
 + Anoreksia diruangan rawat inap interne ambun suri lantai
 3 Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari /Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	24 Juni 2019	Perbaikan & bauran saran I - IV	
2	26 Juni 2019	Perbaikan penulisan III	
3	28 Juni 2019	Perbaikan BAB IV - V	
4	01 Juli 2019	Perbaikan BAB V	
5	02 Juli 2019	Perbaikan penulisan sesuai saran	
6	15 Juli 2019	ACC U/2 jilid	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : RETIKA WIDIANTARI
Nim : 1614401022
Pembimbing : Ns. Ida Suryati, M.kep
Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada klien Ny. D Dengan Sindrom Geriatri + Anoreksia Diruangan Rawat Inap Interne Ambun Suri Lantai 3 RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	24 Juli 2019	Revisi Bab II, III	
2	05. agustus 2019	Revisi abstrak, penulisan	
3	14. 08. 2019	ada 7 & zilid	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI MANUSKRIP

Nama Mahasiswa : RETIKA WIDIANTARI
Nim : 1614401022
Pembimbing : Ns. Ida Suryati, M.kep
Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada klien Ny. D Dengan Sindrom Geriatri + Anoreksia Diruangan Rawat Inap Interne Ambun Suri Lantai 3 RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	20 Agustus 2019	Perbaiki penulisan	
2	20 Agustus 2019	Perbaiki sesuai saran	
3	22 Agustus 2019	Perbaiki penulisan	
4	22 Agustus 2019	ace of di peticid	
5			
6			

