

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA LANSIA PADA
KELUARGATN.M DENGAN MASALAH UTAMA
OBESITAS PADA NY. K DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS JETIS KOTA
YOGYAKARTA**



**SAYEM
P07120117061**

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATANM
KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA LANSIA PADA
KELUARGATN.M DENGAN MASALAH UTAMA
OBESITAS PADA NY. K DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS JETIS KOTA
YOGYAKARTA**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan



**SAYEM
P07120117061**

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATANM
KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Karya Tulis Ilmiah

**“ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA LANSIA PADA
KELUARGA TN. M DENGAN MASALAH UTAMA
OBESITAS PADA NY. K DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS JETIS KOTA
YOGYAKARTA”**

Disusun oleh :

SAYEM
P07120117061

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

.....

Mengetahui,

Pembimbing I,



Maria H Bakri, SKM., M.Kes
NIP : 195311221979032001

Pembimbing II,



Eko Suryani, Spd,S.Kep, MA
NIP : 196801011990032003

Yogyakarta, 20 Juli 2018

Ketua Jurusan,



Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom
NIP: 197207161994031005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA LANSIA PADA
KELUARGA TN. M DENGAN MASALAH UTAMA
OBESITAS PADA NY. K DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS JETIS KOTA
YOGYAKARTA”**

Disusun oleh

SAYEM
P07120117061

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal :.....

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
Drs. Kurnantoro, SKM., M.Kes
NIP : 19530808198031001

Anggota,
Maria H Bakri, SKM., M.Kes
NIP : 195311221979032001

Anggota,
Eko Suryani, Spd, S.Kep, MA.
NIP : 196801011990032003

Yogyakarta,
Ketua Jurusan,



Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom
NIP : 197207181994031005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : SAYEM

NIM : P07120117061

Tanda Tangan :



Tanggal :

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Poltekes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SAYEM
NIM : P07120117061
Program Studi : DIII Keperawatan

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekes Kemenkes Yogyakarta Hak Bebas Noneksklusif (*Non- exclusive Royalty – Free Right*) atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul :

“ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA LANSIA PADA KELUARGA TN. M DENGAN MASALAH UTAMA OBESITAS PADA NY. K DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS JETIS KOTA YOGYAKARTA”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data(*data base*), merawat , dan mempublikasiakan tugas akhir selama tetap mencantumkan nama sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :
Pada tanggal :
Yang menyatakan

()

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : SAYEM

NIM : P07120117061

Tanda Tangan :

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tn. S Dengan Hidronefrosis Di Ruang Edelwis Rumah Sakit Tk. II Dr. Soedjono Magelang”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk melakukan penelitian pada Program Studi D-III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, Sk.M, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menuntut ilmu di lembaga ini,
2. Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan yang telah memberikan izin peneltian ini,
3. Maria H Bakri, SKM., M.Kes, selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
4. Titik Endarwati, SKM, MPH, selaku dosen pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan dan arahan selama

penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,

5. Kepala Puskesmas, yang telah memberikan izin sebagai tempat penelitian,
6. Keluarga, saudara dan segenap keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan baik moral, spiritual maupun material dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah,
7. Sahabat-sahabat di luar Jurusan Keperawatan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan selalu memotivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan yang Maha esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Yogyakarta, 20 Juli 2017

Penulis,

Sayem

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERTANYAAN ORISINALITAS	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRACT	xiv
INTI SARI	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan	5
D. Ruang Lingkup	6
E. Manfaat Penulisan	6
F. Metode Pengumpulan Data	7
G. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Konsep Dasar Keluarga	11
B. Lansia	21
C. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia Obesitas	43
D. Dokumentasi Keperawatan	58
BAB III METODE PENELITIAN	63
A. Kasus	63
B. Pembahasan	85
C. Keterbatasan Kasus	90
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	91
A. Kesimpulan	92
B. Saran	92
DAFTAR PUSTAKA	xvi
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Anatomi dan Fisiologi	12
Gambar 2. Pathway	34
Gambar 3. Genogram	61

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Saraf otak	18
Tabel 2. Organ Tubuh dan system	22
Tabel 3. Perbedaan Stroke non hemoragic dan stroke hemoragic	28
Tabel 4. Perbandingan Stroke Kiri dan Kanan	28
Tabel 5. Faktor Resiko Stroke	29
Tabel 6. Definisi Neurologi Stroke	29
Tabel 7. Perencanaan	53
Tabel 8. Pola aktivitas	63
Tabel 9. Kognitif dan persepsi penyakit	64
Tabel 10. Pemeriksaan Kepala	66
Tabel 11. Pemeriksaan Abdomen	66
Tabel 12. Pemeriksaan Abdomen	67
Tabel 13. Pemeriksaan Fungsi Saraf Kranialis	68
Tabel 14. Pemeriksaan patologi klinik	69
Tabel 15. Terapi pengobatan	69
Tabel 16. Analisa Data	70
Tabel 17. Perencanaan Keperawatan	73
Tabel 18. Catatan Perkembangan	77
Tabel 19. Pemeriksaan Ekstremitas	88
Tabel 20. Pemeriksaan Ekstremitas	89

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. SAP	
Lampiran 2. Leaflet	

DESCRIPTION OF KNOWLEDGE OF THE FAMILY OF MR. M WITH THE
MAIN PROBLEM OF OBESITY IN NY. K IN THE AREA OF CLINICS
JETIS YOGYAKARTA

ABSTRACT

Obesity prevalence data indicate that 50% of adults and 25% of U.S. children suffer more weight and obesity using BMI ≥ 30 benchmark in the United States. Indonesia checking obesity more than 6000 people from almost all over the province and obtained the number of obesity with a body mass index (IMT) > 30 kg/m² in men of 9.16% and women at 11.02%.

Keywords : Knowledge, Obesity

INTISARI

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul : Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta.

Latar Belakang : Prevalensi obesitas Amerika Serikat menunjukkan bahwa 50 % orang dewasa dan 25 % anak-anak AS menderita berat badan lebih dan obesitas menggunakan patokan BMI ≥ 30 , obesitas Indonesia memeriksa lebih dari 6000 orang dari hampir seluruh provinsi dan didapatkan angka obesitas dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) > 30 kg/m² pada laki-laki sebesar 9,16% dan pada perempuan 11,02 %. Apabila tren ini berjalan terus seperti sekarang ini, maka pada tahun 2015 tidak mustahil penduduk Indonesia akan menyandang gelar “ obesogenik “

Tujuan :Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan obesitas dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, imlementasi, evaluasi dan dokumentasi.

Metode : Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif, menggambarkan pemberian asuhan keperawatan keluarga dalam bentuk laporan pelaksana asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang melewati tahap pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, imlementasi, evaluasi dan dokumentasi.

Hasil : Dalam penyusunan yang diberikan pada Tn.H selama 3 x 24 jam didapatkan 3 diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan colestrol Ny K di Keluarga Tn M, ketidakefektifan manajemen kesehatan hipertensi Tn. M di Keluarga Tn M, ketidakefektifan manajemen kesehatan obesitas Ny O di Keluarga Tn M. Dari ke tiga diagnosa tersebut yang teratasi hanya diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan obesitas Ny O di Keluarga Tn M saja. Untuk pendokumentasian, menggunakan catatan perkembangan SOAP.

Kesimpulan : Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta.dapat dilakukan dengan konsep.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, obesitas

DAFTAR PUSTAKA

- Adam, J.M.F. 2009. Dislipidemia. Dalam: Sudoyono, W.A., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III. Edisi V. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI: 1926 - 1932.
- Ayu Henny, Komang. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga* (2nd ed). Jakarta : Sagung Seto
- Farida El Baz et al. (2009). Impact of Obesity and Body Fat Distribution on Pulmonary Function of Egyptian Children. *Egyptian Journal of Bronchology*: 3(1)49-58.
- Fauci, A. S., et al., 2009. Obesity. Dalam : Harisson's Manual Of Medicine 17th Edition . USA : The McGraw-Hill Companies: 939.
- Hayati, Sari., Marini, Liza. 2010. Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kesepian Pada Lansia. Skripsi. Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara.
- Rosen, S. Shapouri, S. 2008. Obesity in the midst of unyielding food insecurity in developing countries. Amberwaves USDA ERS. Dalam Istiqamah, et al. Hubungan Pola Hidup Sedentarian Dengan Kejadian Obesitas Sentral Pada Pegawai Pemerintahan Di Kantor Bupati Kabupaten Jeneponto. Hal. 1-3.
- Santi, N. 2009. Hubungan Antara Senam Dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha. Yogyakarta. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.
- Setiadi. (2008). *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Sherwood, L. 2012. Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem. Edisi 6. Jakarta : EGC. h. 708-710.
- Soegondo, S., 2009. Sindroma Metabolik. In: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., Setiasti, S., editors. Buku Ilmu Penyakit Dalam Jilid 3. 5th ed. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia pp 1865.
- Stanley, Mickey, and Patricia Gauntlett Beare. 2006. Buku Ajar Keperawatan Gerontik, ed 2. Jakarta: EGC
- Subijanto HAA, Dhani R, Yoni FV. 2011. Modul Pembinaan Posyandu Lansia guna Pelayanan Kesehatan Lansia. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Sugianti, E., et al. 2009. Faktor Risiko terhadap Obesitas Sentral pada Orang Dewasa Di DKI Jakarta. *Indonesian Journal of Clinical Nutrition*.
- Suprajitno. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta : EGC
- Syarniah. (2010). Pengaruh Terapi Kelompok Reminiscence terhadap Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi

Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan (Tesis; Universitas Indonesia, Depok).

Wulansari, Sapti (2013). Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Kepercayaan diri Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia di Wilayah Merangin Jambi. *Jurnal Kesehatan*, ISSN 1999-7821, Vol. 3, No. 2.

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap orang memerlukan sejumlah lemak tubuh yang mempunyai fungsi sebagai energi, sebagai penyekat panas, penyerap guncangan dan fungsi lainnya. Rata-rata wanita memiliki lemak tubuh yang lebih banyak dibandingkan pria. Perbandingan normal antara lemak tubuh dengan berat badan adalah sekitar 25- 30 % pada wanita dan 18-23 % pada pria. Wanita dengan lemak tubuh lebih dari 30 % dan pria dengan lemak tubuh lebih dari 25 % dianggap mengalami obesitas (Proverawati, 2010).

Masalah obesitas meningkat dengan cepat di berbagai belahan dunia menuju proporsi epidemik. Hal tersebut disebabkan peningkatan diet yang tinggi lemak dan gula, disertai penurunan aktivitas fisik. di Eropa, obesitas telah menjadi epidemik dengan memberikan kontribusi sebesar 35 % terhadap angka kesakitan dan memberikan kontribusi sebesar 15-20 % terhadap kematian. Berbagai laporan terkini mengindikasikan bahwa prevalensi obesitas diseluruh dunia baik di Negara berkembang maupun Negara yang sedang berkembang telah meningkat dalam jumlah yang mengkhawatirkan. Hal tersebut dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius karena obesitas dapat memicu kelainan kariovaskuler, ginjal, metabolic, prototombik, dan respon inflamasi (Arundhana, 2010).

Kegemukan adalah salah satu dari penyebab kematian yang dapat dicegah utama di dunia. Data prevalensi obesitasi Amerika Serikat

menunjukkan bahwa 50 % orang dewasa dan 25 % anak-anak AS menderita berat badan lebih dan obesitas menggunakan patokan $BMI \geq 30$, presentase yang sangat tinggi menyebabkan epidemic penyakit kronis. Apabila percepatan penyakit obesitas berlanjut seperti sekarang kemungkinan sebagian besar populasi di Amerika Serikat menderita obesitas (Soegih, 2009).

Himpunan studi obesitas Indonesia memeriksa lebih dari 6000 orang dari hampir seluruh provinsi dan didapatkan angka obesitas dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) $> 30 \text{ kg/m}^2$ pada laki-laki sebesar 9,16% dan pada perempuan 11,02 %. Apabila tren ini berjalan terus seperti sekarang ini, maka pada tahun 2015 tidak mustahil penduduk Indonesia akan menyandang gelar “ obesogenik “ terutama dinegara urban (Soegih. 2009).

Perawat memiliki peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Salah satu peran penting seorang perawat adalah sebagai *Educator*, dimana pembelajaran merupakan dasar dari *Health Education* yang berhubungan dengan semua tahap kesehatan dan tingkat pencegahan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat dapat menekankan pada tindakan keperawatan yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif. Maka dari itu, peranan perawat dalam penanggulangan obesitas yaitu perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga dalam hal pencegahan penyakit, pemulihan dari penyakit, memberikan informasi yang tepat tentang kesehatan seperti diet untuk obesitas. Manfaat pendidikan

kesehatan bagi keluarga antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga tentang sakitnya hingga pada akhirnya akan meningkatkan kemandirian keluarga (Sutrisno, 2013).

Peran keluarga sangat penting, disfungsi apapun yang terjadi pada keluarga akan berdampak ada satu atau lebih anggota keluarga secara keseluruhan keluarga, bila ada satu orang yang sakit akan berpengaruh pada keluarga secara keseluruhan. Adanya hubungan kuat antara keluarga dan status kesehatan setiap anggota keluarga, sangat memerlukan peran keluarga pada saat menghadapi masalah yang terjadi pada keluarga.

Berdasarkan data yang ada di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta di Bumijo Kulon JT/1075 RT 35/08 Kelurahan Bumijo Yogyakarta, ada 79 status pada tahun 2017, sedangkan tahun 2018 sampai bulan Juni berjumlah 149 kasus yang salah satunya adalah anggota keluarga yang mengalami obesitas yaitu Ny. K.

Setelah dilakukan pendekatan pada keluarga Tn. M, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah tersebut, penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta??"

1. Bagaimanakah pengkajian keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta?
2. Bagaimanakah diagnosa keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta?
3. Bagaimanakah intervensi yang akan diterapkan pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta?
4. Bagaimanakah implementasi keperawatan pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta?
5. Bagaimanakah evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta?
6. Bagaimanakah pendokumentasian Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta?
7. Apakah faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan

masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

Penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam:

- a. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta dengan menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- b. Melaksanakan proses pendokumentasian Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta.
- c. Menemukan faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta.

D. Ruang Lingkup

1. Lingkup waktu dan Tempat

Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta ini dilaksanakan selama 3 hari yaitu mulai Senin, 02 Juli 2018 sampai Sabtu, 04 Juli 2018 dan bertempat di Kampung Bumijo Kulon JT/1075 RT 35/08 Kelurahan Bumijo Yogyakarta.

2. Lingkup kasus

Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta pada lingkup Mata Ajar keperawatan keluarga, Gerontik dan Keperawatan Medikal Bedah II.

E. Manfaat penulisan

1. Bagi penulis

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat membantu penulis maupun penulis lainnya untuk mengembangkan pengetahuan, wawasannya dan menambah pengalaman nyata dalam asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami obesitas.

2. Bagi Puskesmas Jetis

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat bermanfaat bagi penanggung jawab program PHN di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta dan menjadi masukan dalam rangka meningkatkan mutu

pelayanan kesehatan yaitu kesehatan yang ada khususnya pelaksana Asuhan Keperawatan keluarga.

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi mahasiswa serta dosen, sehingga dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya tentang Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia dengan masalah obesitas.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskripsi yaitu pemaparan kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah dimulai dengan tahap pengkajian sampai pendokumentasian berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang selanjutnya dianalisa dan berakhir pada penarikan kesimpulan.

Penjelasan yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

a. Pengumpulan data primer dengan cara:

1) Wawancara (komunikasi).

Wawancara yang dilakukan dalam tahap pengkajian untuk memperoleh data subjektif yaitu mengenai keluhan pasien, riwayat pasien, pola aktivitas, pola makan, diet obesitas yang dilakukan, asuhan keperawatan yang sudah terlaksana dan yang belum terlaksana, sampai evaluasi.

2) Observasi.

Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku serta keadaan pasien yang menderita dislokasi shoder dektra untuk memperoleh data berupa data objektif seperti mengalami kelebihan berat badan pada Ny.K, dan menderita kolestrol tinggi yang tidak terkontrol.

3) Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengumpulkan data penderita obesitas dengan melakukan tehnik pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien obesitas meliputi:

- a) Keadaan umum: kesadaran, peningkatan pola bicara, tanda-tanda vital: kenaikan tekanan darah, suhu dingin
- b) Pemeriksaan mata: gangguan penglihatan
- c) Pemeriksaan leher: kaku kuduk
- d) Pemeriksaan dada: nafas pendek, perubahan irama jantung, takipnea
- e) Pemeriksaan ekstremitas atas, ekstremitas bawah, dan persendian: adanya edema, gangguan koordinasi, cara jalan.

b. Pengumpulan data sekunder

1) Studi dokumentasi.

Dengan mempelajari catatan kesehatan pasien yang terdahulu dan hasil pemeriksaan penunjang lain di dalam status pasien dalam rekam medis.

G. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu terdiri dari 5 BAB yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

Pada BAB ini diuraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup, tujuan penulisan, manfaat /penulisan, metode dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada BAB ini diuraikan tentang tinjauan teori yang terdiri dari asuhan keperawatan meliputi: pengertian, pengkajian,diagnosa keperawatan,perencanaan pelaksanaan dan evaluasi. Sedangkan untuk konsep penyakit meliputi: definisi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, *pathway*, manifestasi klinis, penatalaksanaan, komplikasi, dan konsep asuhan keperawatan keluarga teoritis.

BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada BAB ini berisi laporan kasus Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah utama obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan dan pendokumentasiannya serta membandingkan antara teori dengan kasus yang telah penulis

dapat dari keluarga Tn.M kemudian akan dianalisa dan diidentifikasi faktor pendukung dan penghambatnya.

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

Pada BAB ini disampaikan mengenai kesimpulan dan saran dari penulis terhadap masalah yang ditemukan yang berhubungan dengan kasus yang penulis bina.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Menurut Dep Kes R.I (1988) dalam Komang (2012) mengungkapkan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapaorang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Stuart (1991) dalam Komang (2012) menerangkan keluarga meliputi 5 sifat, yaitu :

- a. Keluarga merupakan unit suatu sistem
- b. Setiap anggota keluargadapat atau tidak dapat saling berhubungan atau dapat dan tidak selalu tinggal dalam satu atap.
- c. Keluarga dapat mempunyai anak ataupun tidak mempunyai anak.
- d. Terdapat komitmen dan saling melengkapi antar anggota keluarga.
- e. Keluarga mempertahankan fungsinya secara konsisten terhadap perlindungan, kebutuhan hidup dan sosialisasi antar anggota keluarga.

Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton dalam Setiadi (2008) menyebutkan bahwa ciri – ciri keluarga adalah :

- a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
- b. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
- c. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (nomen clatur) termasuk perhitungan garis keturunan.
- d. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota–anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- e. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

Sedangkan menurut Friedman (1998) dalam Komang (2012), mendefinisikan keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

2. Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat

mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga.

Tipe-tipe keluarga menurut Maclin (1988) dalam Komang (2012) :

a. Keluarga Tradisional

- 1) Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama
- 2) Keluarga dengan orang tua tunggal yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan.
- 3) Pasangan inti, hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.
- 4) Bujang dewasa yang tinggal sendirian.
- 5) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal di rumah dengan anak sudah kawin atau bekerja.
- 6) Jaringan keluarga besar : terdiri dari dua keluarga inti atau lebih atau anggota keluarga yang tidak menikah hidup berdekatan dalam daerah geografis.

b. Keluarga non Tradisional

- 1) Keluarga dengan orang tua yang mempunyai anak tetapi tiak menikah (biasanya terdiri dari ibu dan anak saja)
- 2) Pasangan suami istri yang tidak menikah dan telah mempunyai anak

- 3) Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
- 4) Pasangan komuni adalah rumah tangga yang terdiri lebih dari satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama.

3. Struktur Keluarga

Suprajitno (2012), menyatakan tentang struktur keluarga, gambaran keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya, dan empat elemen struktur keluarga, yaitu :

- a. Struktur peran keluarga, menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya dilingkungan masyarakat atau peran formal dan informal.
- b. Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- c. Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti.

Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

4. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) Setiawati& Dermawan (2005) dalam Komang (2012) merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Ada beberapa fungsi keluarga yang diungkapkan oleh, yaitu :

- a. Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
- c. Fungsi biologis adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi
- f. Fungsi psikologis adalah fungsi untuk memberikan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga dan membina

pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

g. Fungsi pendidikan adalah fungsi keluarga dalam memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya.

5. Tahapan dan tugas perkembangan keluarga

Komang (2012), menuturkan perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya.

Duvall & Miler (1985) ; Carter & Mc Goldrick (1988), dalam Komang (2012) menjelaskan bahwa tugas dan tahap perkembangan keluarga yaitu:

- a) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru. Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.
- b) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan). Pada tahap ini tugas keluarga yaitu membentuk

keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas perahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua, kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

- c) Tahap III, Keluarga dengan anak pra sekolah (anak pertama berumur 2-6 tahun). Tugas perkembangan pada keluarga ini yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman. Membantu anak untuk bersosialisasi. Beradaptasi dengan anak baru lahir, sementara kebutuhan anak lain juga harus terpenuhi. Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam keluarga maupun dengan masyarakat. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga. Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang.
- d) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah. Tahap ini dimulai saat anak berumur 6 tahun (mulai sekolah) dan berakhir pada saat anak berumur 12 tahun. Pada tahap ini biasanya keluarga mencapai jumlah maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki minat sendiri. Demikian pula orang tua mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Tugas perkembangan keluarga membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.

Mempertahankan keintiman pasangan. Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga. Pada tahap ini anak perlu berpisah dengan orang tua, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi dalam aktivitas baik di sekolah maupun di luar sekolah.

- e) Tahap V, Keluarga dengan anak remaja (anak tertua berumur 13-20 tahun). Tugas perkembangan keluarga ini adalah memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga. Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga merupakan tahap paling sulit karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan remaja.
- f) Tahap VI, Keluarga dengan anak dewasa dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung jumlah anak dan ada atau tidaknya anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tugas perkembangan keluarga di tahap ini adalah memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, membantu orang tua

memasuki masa tua, Membantu anak untuk mandiri di masyarakat, Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

- g) Tahap VII, Keluarga usia pertengahan dimana tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan keluarga tahap ini yaitu mempertahankan kesehatan. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak, meningkatkan keakraban pasangan, fokus mempertahankan kesehatan pada pola hidup sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup, pekerjaan dan lain sebagainya.
- h) Tahap VIII, Keluarga usia lanjut, dimulai saat pensiun sampai dengan salah satu pasangan meninggal dan keduanya meninggal. Tugas perkembangan di tahap ini antara lain mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan, mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat, mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat, melakukan life review, Mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Tugas keluarga

Sesuai dengan fungsi kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Komang (2012) menerangkan lima tugas keluarga adalah :

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi. Bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui kapan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap yang sakit.
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas pelayanan

kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah peayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

B. Lansia

1. Definisi Lansia

Usia lanjut adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode di mana seseorang telah “beranjak jauh” dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh dengan manfaat.

Secara biologis lansia adalah proses penuaan secara terus menerus, yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentannya terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian (Wulansari, 2011).

2. Batasan Lansia

Batasan usia lansia menurut *WHO* meliputi (Santi, 2009):

- a. Usia pertengahan (middle age), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun
- b. Lanjut usia (elderly) : antara 60 dan 74 tahun.
- c. Lanjut usia tua (old) : antara 75 dan 90 tahun
- d. Usia sangat tua (very old) : diatas 90 tahun

Batasan Lansia menurut *Depkes RI* (2009) meliputi:

- a. Menjelang usia lanjut (45-54 thn) : masavibrilitas

- b. Kelompok usia lanjut (55 – 64 thn) : masa presenium
- c. Kelompok usia lanjut (> 64 thn) : masa senium

Pemerintah Indonesia dalam hal ini Departemen Sosial membagi lansia ke dalam 2 kategori yaitu usia lanjut potensial dan usia lanjut non potensial. Usia lanjut potensial adalah usia lanjut yang memiliki potensi dan dapat membantu dirinya sendiri bahkan membantu sesamanya. Sedangkan usia lanjut non potensial adalah usia lanjut yang tidak memperoleh penghasilan dan tidak dapat mencari nafkah untuk mencukupi kebutuhannya sendiri (Hayati, 2010).

3. Proses Menua

Proses menua menurut (Santi, 2009), (*aging*) adalah suatu keadaan alami selalu berjalan dengan disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi. Hal tersebut berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa. Secara individu, pada usia di atas 55 tahun terjadi proses menua secara alamiah.

Menua didefinisikan sebagai perubahan progresif pada organisme yang telah mencapai kematangan intrinsik dan bersifat irreversibel serta menunjukkan adanya kemunduran sejalan dengan waktu. Proses alami yang disertai dengan adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial akan saling berinteraksi satu sama lain. Proses menua yang terjadi pada lansia secara linier dapat digambarkan melalui tiga tahap yaitu, kelemahan (*impairment*), keterbatasan fungsional (*functional*

limitations), ketidakmampuan (*disability*) dan keterhambatan (*handicap*) yang akan dialami bersamaan dengan proses kemunduran.

Proses menua dapat terjadi secara fisiologis maupun patologis. Apabila seseorang mengalami proses menua secara fisiologis maka proses menua terjadi secara alamiah atau sesuai dengan kronologis usianya (penuaan primer). Proses menua seseorang yang lebih banyak dipengaruhi faktor eksogen, misalnya lingkungan, sosial budaya dan gaya hidup disebut mengalami proses menua secara patologis (penuaan sekunder).

Teori-teori yang menjelaskan bagaimana dan mengapa penuaan terjadi biasanya dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar, yaitu teori biologis dan psikososial. Secara umum teori biologi dan psikososiologis dijelaskan sebagai berikut (Stanley, 2008):

a. Teori Biologi

1) Teori Genetika

Teori sebab-akibat menjelaskan bahwa penuaan terutama dipengaruhi oleh pembentukan gen dan dampak lingkungan pada pembentukan kode genetik. Menurut teori genetik, penuaan adalah suatu proses yang secara tidak sadar diwariskan yang berjalan dari waktu ke waktu untuk mengubah sel atau struktur jaringan. Dengan kata lain, perubahan rentang hidup dan panjang usia telah ditentukan sebelumnya.

2) Teori *Wear and Tear*

Teori *Wear and Tear* (Dipakai dan Rusak) mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA, sehingga mendorong malfungsi molecular dan akhirnya malfungsi organ tubuh. Pendukung teori ini percaya bahwa tubuh akan mengalami kerusakan berdasarkan suatu jadwal.

3) Riwayat Lingkungan

Menurut teori ini, faktor-faktor di dalam lingkungan (misalnya karsinogen dari industry, cahaya matahari, trauma dan infeksi) dapat membawa perubahan dalam proses penuaan. Walaupun faktor-faktor ini diketahui dapat mempercepat penuaan, dampak dari lingkungan lebih merupakan dampak sekunder dan bukan merupakan faktor utama dalam penuaan.

4) Teori Imunitas

Teori Imunitas menggambarkan suatu kemunduran dalam sistem imun yang berhubungan dengan penuaan. Ketika orang bertambah tua, pertahanan mereka terhadap organisme sering mengalami penurunan, sehingga mereka lebih rentan untuk menderita berbagai penyakit seperti kanker dan infeksi. Seiring dengan berkurangnya fungsi sistem imun, terjadilah peningkatan dalam respons autoimun tubuh.

5) Teori Neuroendokrin

Para ahli menyatakan bahwa penuaan terjadi karena suatu perlambatan dalam suatu sekresi hormon tertentu yang mempunyai suatu dampak pada reaksi yang diatur oleh suatu sistem saraf. Hal ini lebih jelas ditunjukkan dalam kelenjar hipofisis, tiroid, adrenal dan reproduksi.

b. Teori Psikososial

1) Teori Kepribadian

Kepribadian manusia adalah suatu wilayah pertumbuhan yang subur dalam tahun-tahun akhir kehidupannya. Teori kepribadian menyebutkan aspek-aspek pertumbuhan psikologis tanpa menggambarkan harapan atau tugas spesifik lansia.

2) Teori Tugas Perkembangan

Tugas perkembangan adalah aktivitas dan tantangan harus dipenuhi oleh seseorang pada tahap-tahap spesifik dalam hidupnya untuk mencapai penuaan yang sukses. Pada kondisi tidak adanya pencapaian perasaan bahwa ia telah menikmati kehidupan yang baik, maka lansia tersebut berisiko untuk mengalami penyesalan atau putus asa.

3) Teori *Disengagement*

Teori *Disengagement* (teori pemutusan hubungan) menggambarkan proses penarikan diri oleh lansia dari peran bermasyarakat dan tanggung jawabnya. Menurut ahli teori ini.

Proses penarikan diri ini dapat diprediksi, sistematis, tidak dapat dihindari, dan penting untuk fungsi yang tepat dari masyarakat yang sedang tumbuh. Manfaat pengurangan kontak sosial untuk lansia adalah agar ia dapat menyediakan waktu untuk merefleksikan pencapaian hidupnya dan untuk menghadapi harapan yang tidak terpenuhi.

4) Teori Aktivitas

Menurut teori ini, jalan menuju penuaan yang sukses adalah dengan cara tetap aktif. Berbagai penelitian telah memvalidasi hubungan positif antara mempertahankan interaksi yang penuh arti dengan orang lain dan kesejahteraan fisik dan mental orang tersebut. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pentingnya aktivitas mental dan fisik yang berkesinambungan untuk mencegah kehilangan dan pemeliharaan kesehatan sepanjang masa kehidupan manusia.

5) Teori Kontinuitas

Teori kontinuitas, juga dikenal sebagai suatu teori perkembangan, merupakan suatu kelanjutan dari kedua teori sebelumnya dan mencoba untuk menjelaskan dampak kepribadian pada kebutuhan untuk tetap aktif atau memisahkan diri agar mencapai kebahagiaan dan terpenuhinya kebutuhan di usia tua. Teori ini menekankan pada kemampuan coping individu sebelumnya dan kepribadian sebagai dasar untuk memprediksi

bagaimana seseorang akan dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat penuaan. Ciri kepribadian dasar dikatakan tetap tidak berubah walaupun usianya telah lanjut. Selanjutnya, ciri kepribadian secara khas menjadi lebih jelas pada saat orang tersebut bertambah tua.

4. Kebutuhan Hidup Lansia

Secara lebih detail, kebutuhan lansia terbagi atas (Subijanto *et al*, 2011):

- a. Kebutuhan fisik meliputi sandang, pangan, papan, kesehatan.
- b. Kebutuhan psikis yaitu kebutuhan untuk dihargai, dihormati dan mendapatkan perhatian lebih dari sekelilingnya.
- c. Kebutuhan sosial, yaitu kebutuhan untuk berinteraksi dengan masyarakat sekitar.
- d. Kebutuhan ekonomi, meskipun tidak potensial lansia juga mempunyai kebutuhan secara ekonomi sehingga harus terdapat sumber pendanaan dari luar, sementara untuk lansia yang potensial membutuhkan adanya tambahan keterampilan, bantuan modal dan penguatan kelembagaan.
- e. Kebutuhan spiritual, spiritual adalah kebutuhan dasar dan pencapaian tertinggi seorang manusia dalam kehidupannya tanpa memandang suku atau asal-usul. Kebutuhan spiritual diidentifikasi sebagai kebutuhan dasar segala usia. Fish dan Shelly mengidentifikasi kebutuhan spiritual sebagai kebutuhan akan makna dan tujuan, akan cinta dan keterikatan dan akan pengampunan (Stanley, 2008).

5. Perubahan-perubahan yang terjadi pada Lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia adalah sebagai berikut (Stanley, 2008):

a. Perubahan Fisik

1) Perubahan penampilan

Saat seseorang memasuki usia lanjut, penampilan secara fisik akan berubah. Misal sudah mulai terlihat kulit keriput, bentuk tubuh berubah, rambut mulai menipis.

2) Perubahan fungsi fisiologis

Perubahan pada fungsi organ juga terjadi pada lansia. Perubahan fungsi organ ini yang menyebabkan lansia tidak tahan, terhadap temperatur yang terlalu panas atau terlalu dingin, tekanan darah meningkat, berkurangnya jumlah waktu tidur.

3) Perubahan panca indera

Perubahan pada indera berlangsung secara lambat dan bertahap, sehingga setiap individu mempunyai kesempatan untuk melakukan penyesuaian dengan perubahan tersebut. Misal, kacamata dan alat bantu dengar hampir sempurna untuk mengatasi penurunan kemampuan melihat atau kerusakan pendengaran.

4) Perubahan seksual

Pada lansia, terjadi penurunan kemampuan seksual karena pada fase ini klimakterik pada lansia laki – laki dan menopause pada wanita. Tapi, hal itu juga tidak membuat potensi seksual benar –

benar menurun. Ini disebabkan penurunan atau peningkatan potensi seksual juga dipengaruhi oleh kebudayaan, kesehatan dan penyesuaian seksual yang dilakukan di awal.

5) Perubahan Kemampuan Motorik

a) Kekuatan

Terjadi penurunan kekuatan otot. Hal ini menyebabkan lansia lebih cepat capai dan memerlukan waktu yang lebih lama untuk memulihkan diri dari kelelahan dibandingkan orang yang lebih muda.

b) Kecepatan

Kecepatan dalam bergerak nampak sangat menurun setelah usia enam puluhan.

c) Belajar keterampilan baru

Lansia yang belajar keterampilan baru cenderung lebih lambat dalam belajar dibanding dengan yang lebih muda dan hasil akhirnya juga cenderung kurang memuaskan.

d) Kekakuan

Lansia cenderung canggung dan kagok, yang menyebabkan sesuatu yang dibawa dan dipegangnya tertumpah dan jatuh. Selain itu, lansia juga melakukan sesuatu dengan tidak hati – hati dan dikerjakan secara tidak teratur.

6) Perubahan Kemampuan Mental

a) Belajar

Lansia lebih berhati – hati dalam belajar, memerlukan waktu yang lebih banyak untuk dapat mengintegrasikan jawaban mereka dan kurang mampu mempelajari hal – hal baru yang tidak mudah diintegrasikan dengan pengalaman masa lalu.

b) Berpikir dalam memberi argument

Secara umum terdapat penurunan kecepatan dalam mencapai kesimpulan, baik dalam alasan induktif maupun deduktif.

c) Kreativitas

Kapasitas atau keinginan yang diperlukan untuk berpikir kreatif bagi lansia cenderung berkurang.

d) Ingatan

Lansia pada umumnya cenderung lemah dalam mengingat hal – hal yang baru dipelajari dan sebaliknya baik terhadap hal – hal yang telah lama dipelajari.

e) Mengingat kembali

Kemampuan dalam mengingat ulang banyak dipengaruhi oleh faktor usia dibanding pemahaman terhadap objek yang ingin diungkapkan kembali. Banyak lansia yang menggunakan tanda – tanda, terutama simbol visual, suara, dan gerakan, untuk membantu kemampuan mereka dalam mengingat kembali.

f) Mengenang

Kecenderungan untuk mengenang sesuatu yang terjadi pada

masa lalu meningkat semakin tajam sejalan dengan bertambahnya usia.

g) Rasa humor

Kemampuan lansia dalam hal membaca komik berkurang dan perhatian terhadap komik yang dapat mereka baca bertambah dengan bertambahnya usia.

h) Perbendaharaan kata

Menurunnya perbendaharaan kata yang dimiliki lansia menurun dengan sangat kecil, karena mereka secara konstan menggunakan sebagian besar kata yang pernah dipelajari pada masa anak – anak dan remajanya.

i) Kekerasan mental

Kekerasan mental tidak bersifat universal bagi usia lanjut.

j) Perubahan Minat

(1.)Minat Pribadi

Minat pribadi meliputi minat terhadap diri sendiri, minat terhadap penampilan, minat pada pakaian dan minat pada uang. Minat terhadap diri sendiri pada lansia cenderung meningkat, sedangkan minat terhadap uang dan penampilan cenderung menurun. Untuk minat terhadap pakaian, disesuaikan dengan kegiatan sosial lansia.

(2.)Minat Kegiatan Sosial

Dalam bertambahnya usia mengakibatkan banyak orang

yang merasa menderita karena jumlah kegiatan sosial yang dilakukannya semakin berkurang. Hal ini lazim diistilahkan sebagai lepas dari kegiatan kemasyarakatan (*social disengagement*).

(3.)Minat Rekreasi

Lansia cenderung untuk tetap tertarik pada kegiatan rekreasi yang biasa dinikmati pada masa mudanya, dan mereka hanya akan mengubah minat tersebut kalau betul – betul diperlukan.

(4.)Minat Kegiatan Keagamaan

Sikap sebagian besar lansia terhadap agama mungkin lebih sering dipengaruhi oleh bagaimana mereka dibesarkan atau apa yang telah diterima pada saat mencapai kematangan intelektualnya. Bagaimanapun juga, perubahan minat dan sikap terhadap kegiatan keagamaan merupakan ciri orang berusia lanjut dalam beberapa kebudayaan dewasa ini. Beberapa perubahan keagamaan selama usia lanjut memberi pengaruh pada usia lanjut, antara lain dalam hal toleransi keagamaan dan ibadat keagamaan.

Terdapat bukti-bukti bahwa kualitas keanggotaan dalam tempat peribadatan memainkan peranan yang lebih penting bagi penyesuaian individual pada usia lanjut dibanding keanggotaan itu sendiri. Mereka yang aktif di tempat

peribadatan secara sukarela di waktu masih muda cenderung dapat menyesuaikan diri dengan pada masa tuanya dibanding mereka yang minat dan kegiatannya dalam perkumpulan keagamaan terbatas.

(5.)Minat Mengenai Kematian

Semakin lanjut usia seseorang, biasanya mereka menjadi semakin kurang tertarik terhadap kehidupan akherat dan lebih mementingkan tentang kematian itu sendiri serta kematiannya sendiri.

2. Obesitas

1) Definisi Obesitas

Obesitas didefinisikan sebagai kandungan lemak berlebih pada jaringan adiposa. Secara fisiologis, obesitas didefinisikan sebagai suatu keadaan dengan akumulasi lemak yang tidak normal atau berlebihan di jaringan adiposa sehingga dapat mengganggu kesehatan (Sugondo, 2009). Obesitas terjadi jika dalam suatu periode waktu, lebih banyak kilokalori yang masuk melalui makanan daripada yang digunakan untuk menunjang kebutuhan energi tubuh, dengan kelebihan energi tersebut disimpan sebagai trigliserida di jaringan lemak (Sherwood,2012).

2) Penyebab Obesitas

Obesitas terjadi jika dalam suatu periode waktu, lebih banyak kilokalori yang masuk melalui makanan daripada yang digunakan

untuk menunjang kebutuhan energi tubuh, dengan kelebihan energi tersebut disimpan sebagai trigliserida di jaringan lemak (Sherwood, 2012). Menurut Fauci, *etal.*,(2009),obesitas dapat disebabkan oleh peningkatan masukan energi, penurunan pengeluaran energi, atau kombinasi keduanya. Obesitas disebabkan oleh banyak faktor, antara lain genetik, lingkungan, psikis, kesehatan, obat-obatan, perkembangan dan aktivitas fisik (Sherwood, 2012).

a. Faktorgenetic

Obesitas cenderung diturunkan, sehingga diduga memiliki penyebab genetik. Selain faktor genetik pada keluarga, gaya hidup dan kebiasaan mengkonsumsi makanan tertentu dapat mendorong terjadinya obesitas. Penelitian menunjukkan bahwa reratafaktor genetik memberikan pengaruh sebesar 33% terhadap berat badan seseorang (Farida,2009).

b. Faktorlingkungan

Lingkungan, termasuk perilaku atau gaya hidup juga memegang peranan yang cukup berarti terhadap kejadian obesitas (Farida, 2009).

c. Faktorpsikis

Banyak orang yang memberikan reaksi terhadap emosinya dengan makan. Salah satu bentuk gangguan emosi adalah persepsi diri yang negatif.Ada dua pola makan abnormal yang dapat menjadi penyebab obesitas, yaitu makan dalam jumlah sangat banyak dan makan di malam hari (Farida, 2009).

d. Faktorkesehatan

Terdapat beberapa kelainan kongenital dan kelainan neuroendokrin yang dapat menyebabkan obesitas, diantaranya adalah *Down Syndrome*, *Cushing Syndrome*, kelainan hipotalamus, hipotiroid, dan *polycystic ovary syndrome* (Farida, 2009).

e. Faktorobat-obatan

Obat-obatan merupakan sumber penyebab signifikan dari terjadinya *overweight* dan obesitas. Obat-obat tersebut diantaranya adalah golongan steroid, antidiabetik, antihistamin, antihipertensi, *protease inhibitor*. Penggunaan obat antidiabetes (insulin, *sulfonylurea*, *thiazolidinepines*), glukokortikoid, agen psikotropik, *mood stabilizers* (lithium), antidepresan (*tricyclics*, *monoamine oxidase inhibitors*, *paroxetine*, *mirtazapine*) dapat menimbulkan penambahan berat badan. Selain itu, *Insulin-secreting tumors* juga dapat menimbulkan keinginan makan berlebihan sehingga menimbulkan obesitas (Fauci, *et al.*,2009).

f. Faktorperkembangan

Penambahan ukuran, jumlah sel-sel lemak, atau keduanya, terutama yang terjadi pada penderitanya di masa kanak-kanaknya dapat memiliki sel lemak sampai lima kali lebih banyak dibandingkan orang yang berat badannya normal (Farida, 2009).

g. Aktivitasfisik

Kurangnya aktivitas fisik kemungkinan merupakan salah satu

penyebab utama dari meningkatnya angka kejadian obesitas pada masyarakat. Orang yang tidak aktif memerlukan lebih sedikit kalori. Seseorang yang cenderung mengonsumsi makanan kaya lemak dan tidak melakukan aktivitas fisik yang seimbang akan mengalami obesitas (Farida,2009).

3) Patofisiologi Obesitas

Obesitas terjadi akibat ketidakseimbangan masukan dan keluaran kalori dari tubuh serta penurunan aktifitas fisik (*sedentary life style*) yang menyebabkan penumpukan lemak di sejumlah bagian tubuh (Rosen, 2008). Penelitian yang dilakukan menemukan bahwa pengontrolan nafsu makan dan tingkat kekenyangan seseorang diatur oleh mekanisme neural dan humoral (neurohumoral) yang dipengaruhi oleh genetik, nutrisi, lingkungan, dan sinyal psikologis. Pengaturan keseimbangan energi diperankan oleh hipotalamus melalui 3 proses fisiologis, yaitu pengendalian rasa lapar dan kenyang, mempengaruhi laju pengeluaran energi dan regulasi sekresi hormon. Proses dalam pengaturan penyimpanan energi ini terjadi melalui sinyal-sinyal eferen (yang berpusat di hipotalamus) setelah mendapatkan sinyal aferen dari perifer (jaringan adiposa, usus dan jaringan otot). Sinyal-sinyal tersebut bersifat anabolik (meningkatkan rasa lapar serta menurunkan pengeluaran energi) dan dapat pula bersifat katabolik (anoreksia, meningkatkan pengeluaran energi) dan dibagi menjadi 2 kategori, yaitu sinyal pendek dan sinyal panjang. Sinyal pendek mempengaruhi

porsi makan dan waktu makan, serta berhubungan dengan faktor distensi lambung dan peptida gastrointestinal, yang diperankan oleh kolesistokinin (CCK) sebagai stimulator dalam peningkatan rasa lapar. Sinyal panjang diperankan oleh *fat-derived* hormon leptin dan insulin yang mengatur penyimpanan dan keseimbangan energi (Sherwood,2012).

Apabila asupan energi melebihi dari yang dibutuhkan, maka jaringan adiposa meningkat disertai dengan peningkatan kadar leptin dalam peredaran darah. Kemudian, leptin merangsang *anorexigenic center* di hipotalamus agar menurunkan produksi Neuro Peptida Y (NPY) sehingga terjadi penurunan nafsu makan. Demikian pula sebaliknya bila kebutuhan energi lebih besar dari asupan energi, maka jaringan adiposa berkurang dan terjadi rangsangan pada orexigenic center di hipotalamus yang menyebabkan peningkatan nafsu makan. Pada sebagian besar penderita obesitas terjadi resistensi leptin, sehingga tingginya kadar leptin tidak menyebabkan penurunan nafsu makan (Jeffrey, 2009).

4) Klasifikasi Obesitas

Klasifikasi obesitas dapat dibedakan berdasarkan distribusi jaringan lemak, yaitu:

- a. *Apple-shaped body* (distribusi jaringan lemak lebih banyak dibagian dada dan pinggang)
- b. *Pear-shaped body* (distribusi jaringan lemak lebih

banyak dibagian panggul dan paha) (Sugondo,2009).

Terdapat klasifikasi obesitas berdasarkan kriteria obesitas untuk kawasan Asia Pasifik. Kriteria ini berdasarkan meta-analisis beberapa kelompok etnik yang berbeda, dengan konsentrasi lemak tubuh, usia, dan gender yang sama, menunjukkan etnis Amerika berkulit hitam memiliki IMT lebih tinggi 4,5 kg/m² dibandingkan dengan etnis kaukasia. Sebaliknya, nilai IMT bangsa Cina, Ethiopia, Indonesia, dan Thailand masing-masing adalah 1.9, 4.6, 3.2, dan 2.9 kg/m² lebih rendah daripada etnis Kaukasia. Hal ini memperlihatkan adanya nilai ambang batas IMT untuk obesitas yang spesifik untuk populasi tertentu (Sugondo, 2009).

Klasifikasi Berat Badan Lebih dan Obesitas Berdasarkan IMT dan Lingkar Perut Menurut Kriteria Asia Pasifik (Tabel 1)

Klasifikasi	IMT (kg/m ²)	Risiko Ko-Morbiditas	
		Lingkar Perut	
		< 90 cm (laki-laki) <80cm (perempuan)	≥ 90 cm (laki-laki) ≥80 cm (perempuan)
Berat badan kurang	< 18,5	Rendah (risiko meningkat pada masalah klinis lain)	sedang
Normal	18,5 – 22,9	Sedang	meningkat
Berat Badan Lebih	≥ 23,0		
Berisiko	23,0 – 24,9	Meningkat	moderat
Obes I	25,0 – 29,9	Moderat	berat
Obes II	≥ 30,0	Berat	sangat berat

Sumber: WHO WPR/ IASO/ IOTF dalam *The Asia Pacific Perspective: Redefining Obesity and its Treatment* dalam Sudoyo,2009.

5) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis obesitas secara umum, antara lain :

- a. Wajah bulat dengan pipi tembem dan dagurangkap
- b. Leher relatif pendek
- c. Dada membusung dengan payudara membesar
- d. Perut membuncit (*pendulous abdomen*) dan striae abdomen
- e. Pada anak laki-laki : *Burried penis, gynaecomastia*
- f. Pubertas *dinigenu valgum* (tungkai berbentuk X) dengan kedua pangkal paha bagian dalam saling menempel dan bergesekan yang dapat menyebabkan laserasi kulit (*Sugondo, 2009*).

1) Obesitas tipe *appleshaped*

Obesitas tipe *apple shaped* atau yang lebih dikenal sebagai “*android obesity*” merupakan obesitas dengan distribusi jaringan lemak lebih banyak dibagian atas (*upper body obesity*) yaitu pinggang dan rongga perut, sehingga tubuh cenderung menyerupai buah apel. Obesitas tubuh bagian atas merupakan dominasi penimbunan lemak tubuh di trunkal. Terdapat beberapa kompartemen jaringan lemak pada trunkal, yaitu trunkal subkutaneus yang merupakan kompartemen paling umum, intraperitoneal (abdominal), dan retroperitoneal. Obesitas tubuh bagian atas lebih banyak didapatkan pada pria, oleh karena itu tipe obesitas ini disebut sebagai *android obesity*. Tipe obesitas ini berhubungan lebih kuat dengan diabetes, hipertensi, dan penyakit kardiovaskuler daripada obesitas tubuh bagian bawah (*Sugianti, 2009*).

2) Obesitas tipe *pearshaped*

Pada obesitas tipe ini, distribusi jaringan lemak lebih banyak dibagian panggul dan paha, sehingga tubuh menyerupai buah pir. Obesitas tubuh bagian bawah merupakan suatu keadaan tingginya akumulasi lemak tubuh pada regio gluteofemoral. Tipe obesitas ini lebih banyak terjadi pada wanita sehingga sering disebut “*gynoid obesity*”. Resiko terhadap penyakit pada tipe ini umumnya kecil. Pada obesitas tipe *apple shaped*, lemak banyak di simpan pada bagian pinggang dan rongga perut. Resiko kesehatan pada tipe ini lebih tinggi dibandingkan dengan tipe menyerupai buah *pear* karena sel-sel lemak di sekitar perut lebih siap melepaskan lemaknya ke dalam pembuluh darah dibandingkan dengansel-sel lemak ditempat lain atau perifer (Adam,2009).

6. Komplikasi Obesitas

Mortalitas yang berkaitan dengan obesitas, terutama obesitas *apple shaped*, sangat erat hubungannya dengan sindrom metabolik. Sindrom metabolik merupakan satu kelompok kelainan metabolik selain obesitas, meliputi resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa, abnormalitas lipid dan hemostasis, disfungsi endotel dan hipertensi yang kesemuanya secara sendiri-sendiri atau bersama-sama merupakan faktor resiko terjadinya aterosklerosis dengan manifestasi penyakit jantung koroner dan/atau stroke. Mekanisme dasar bagaimana komponen-komponen sindrom metabolik ini dapat terjadi pada seseorang dengan obesitas

apple shaped dan bagaimana komponen-komponen ini dapat menyebabkan terjadinya gangguan vaskular, hingga saat ini masih dalam penelitian (Soegondo, 2009).

7. Penatalaksanaan obesitas

a. Merubah gaya hidup

Diawali dengan merubah kebiasaan makan. Mengendalikan kebiasaan ngemil dan makan bukan karena lapar tetapi karena ingin menikmati makanan dan meningkatkan aktifitas fisik pada kegiatan sehari-hari. Meluangkan waktu berolahraga secara teratur sehingga pengeluaran kalori akan meningkat dan jaringan lemak akan dioksidasi (Sugondo, 2009).

b. Terapi Diet

Mengatur asupan makanan agar tidak mengonsumsi makanan dengan jumlah kalori yang berlebih, dapat dilakukan dengan diet yang terprogram secara benar. Diet rendah kalori dapat dilakukan dengan mengurangi nasi dan makanan berlemak, serta mengonsumsi makanan yang cukup memberikan rasa kenyang tetapi tidak menggempukkan karena jumlah kalori sedikit, misalnya dengan menu yang mengandung serat tinggi seperti sayur dan buah yang tidak terlalu manis (Sugondo, 2009).

c. Aktifitas Fisik

Peningkatan aktifitas fisik merupakan komponen penting dari program penurunan berat badan, walaupun aktifitas fisik tidak

menyebabkan penurunan berat badan lebih banyak dalam jangka waktu enam bulan. Untuk penderita obesitas, terapi harus dimulai secara perlahan, dan intensitas sebaiknya ditingkatkan secara bertahap. Penderita obesitas dapat memulai aktifitas fisik dengan berjalan selama 30 menit dengan jangka waktu 3 kali seminggu dan dapat ditingkatkan intensitasnya selama 45 menit dengan jangka waktu 3 kali seminggu dan dapat ditingkatkan intensitasnya selama 45 menit dengan jangka waktu 5 kali seminggu (Sugondo,2009).

d. Terapiperilaku

Untuk mencapai penurunan berat badan dan mempertahankannya, diperlukan suatu strategi untuk mengatasi hambatan yang muncul pada saat terapi diet dan aktifitas fisik. Strategi yang spesifik meliputi pengawasan mandiri terhadap kebiasaan makan dan aktifitas fisik, manajemen stress, *stimulus control*, pemecahan masalah, *contingency management*, *cognitive restructuring* dan dukungan sosial (Sugondo, 2009).

e. Farmakoterapi

Farmakoterapi merupakan salah satu komponen penting dalam program manajemen berat badan. Sibutramine dan orlistat merupakan obat-obatan penurun berat badan yang telah disetujui untuk penggunaan jangka panjang. Sibutramine ditambah diet rendah kalori dan aktifitas fisik efektif menurunkan berat badan dan mempertahankannya. Orlistat menghambat absorpsi lemak

sebanyak 30 persen. Dengan pemberian orlistat, dibutuhkan penggantian vitamin larut lemak karena terjadi malabsorpsi parsial (Sugondo, 2009).

f. Pembedahan

Tindakan pembedahan merupakan pilihan terakhir untuk mengatasi obesitas. Pembedahan dilakukan hanya kepada penderita obesitas dengan IMT ≥ 40 atau ≥ 35 kg/m² dengan kondisi komorbid. Bedah gastrointestinal (restriksi gastrik/ *banding vertical gastric*) atau *bypass gastric (Roux-en Y)* adalah suatu intervensi penurunan berat badan dengan resiko operasi yang rendah (Sugondo, 2009).

C. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia Obesitas

1. Pengkajian

Suprajitno (2012), mengatakan data yang dikaji dalam asuhan keperawatan keluarga yaitu :

a. Berkaitan dengan keluarga

- 1) Data demografi dan sosiokultural
- 2) Data lingkungan
- 3) Struktur dan fungsi keluarga
- 4) Stres dan koping keluarga yang digunakan keluarga
- 5) Perkembangan keluarga

b. Berkaitan dengan individu sebagai anggota keluarga

- 1) Fisik

- 2) Mental
- 3) Emosi
- 4) Sosial
- 5) Spritual

Menurut Nursalam (2008),ada tiga metode yang digunakan dalam pengumpulan data pada tahap pengkajian, yaitu :

a. Komunikasi

Interaksi perawat dengan klien harus berdasarkan komunikasi. Istilah komunikasi terapeutik adalah suatu tehnik dimana usaha mengajak klien dan keluarga untuk menukar pikiran dan perasaan.

b. Observasi

Tahap kedua pengumpulan data adalah dengan observasi.Observasi adalah mengamati perilaku, keadaan klien dan lingkungan.

c. Pemeriksaan fisik

Empat tehnik dalam pemeriksaan fisik, yaitu :

- 1) Inspeksiadalah suatu proses observasi yang dilaksanakan secara sistematik.Observasi dilaksanakan dengan menggunakan indra penglihatan,dan penciuman sebagai suatu alat untuk mengumpulkan data.
- 2) Palpasi adalah suatu tehnik menggunakan indra peraba.Tangan dan jari adalah suatu instrument yang sensitif yang digunakan untuk mengumpulkan data tentang : temperatur, tugor, bentuk, kelembaban, vibrasi, dan ukuran.

- 3) Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk untuk membandingkan kiri kanan pada setiap permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suara.
- 4) Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Menurut Komang (2012) hal yang perlu dikaji dalam asuhan keperawatan keluarga adalah :

a. Data umum

- 1) Nama KK
- 2) Umur KK
- 3) Pekerjaan KK
- 4) Pendidikan KK
- 5) Alamat dan nomor telepon
- 6) Komposisi anggota keluarga (nama, umur, jenis kelamin, hubungan dengan KK, pendidikan, pekerjaan, keterangan)
- 7) Genogram, menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisikesehatan tiap keterangan gambar
- 8) Tipe keluarga
- 9) Suku bangsa
 - a) Asal suku bangsa
 - b) Bahasa yang dipakai keluarga

- c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

10) Agama

- a) Agama yang dianut keluarga
- b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

11) Status sosial ekonomi keluarga :

- a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
- c) Tabungan khusus kesehatan
- d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)

12) Aktifitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- 3) Riwayat keluarga inti :
 - a) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - b) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular di keluarga)
- 4) Riwayat keluarga sebelumnya
 - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga

b) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

c. Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah (ukuran, kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan, ventilasi, SPAL, air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi, denah rumah)
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal (aturan penduduk setempat, budayasetempat, apa ingin tinggal dengan satu suku saja)
- 3) Mobilitas geografis keluarga (keluarga sering pindah rumah, dampak pindah rumah terhadap keluarga)
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat (perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti keluarga)

d. Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga
- 2) Struktur kekuasaan keluarga
- 3) Struktur peran (formal dan informal)
- 4) Nilai dan norma keluarga

e. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi afektif

Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dukungan terhadap anggota keluarga, saling menghargai, kehangatan.

2) Fungsi sosialisasi

Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar, interaksi dan hubungan dalam keluarga.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diabaikan tapi bagaimana preventif/promosi). Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan).

f. Stress dan coping keluarga

- 1) Stressor jangka panjang dan stressor jangka pendek serta kekuatan keluarga
- 2) Respon keluarga terhadap stress
- 3) Strategi coping yang digunakan
- 4) Strategi adaptasi fungsional (adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif)

g. Pemeriksaan fisik

- 1) Tanggal pemeriksaan
- 2) Pemeriksaan dilakukan pada seluruh anggota keluarga

3) Aspek pemeriksaan mulai tanda vital, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, sistem genitalia.

h. Harapan keluarga

1) Terhadap masalah kesehatan keluarga

2) Terhadap petugas kesehatan yang ada

Dasar data pengkajian pasien TB berdasarkan Padila (2013) yaitu :

a. Aktivitas dan istirahat

Kelelahan, nafas pendek karena kerja, kesulitan tidur di malam hari, menggigil atau berkeringat di malam hari, takikardi, tipipnea/dispnea saat kerja, keletihan otot, nyeri, dan sesak

b. Integritas ego

Adanya/faktor stress yang lama, perasaan tidak berdaya/tak ada harapan, menyangkal

c. Makanan dan cairan

Kehilangan nafsu makan, tidak dapat mencerna, penurunan berat badan

d. Nyeri dan kenyamanan

Nyeri dada, berhati-hati pada daerah yang sakit, gelisah

e. Pernapasan

Nafas pendek, batuk, peningkatan frekuensi pernafasan, pengembangan pernafasan tak simetris, bunyi nafas menurun/takada secara bilateral atau unilateral

f. Keamanan

Adanya kondisi penekanan imun, tes HIV positif, demam atau sakit panas akut

g. Interaksi social

Perasaan isolasi atau penolakan, perubahan pola biasa dalam tanggung jawab

h. Pemeriksaan diagnostik

Kultur sputum, zeihl-nelsen, tes kulit, foto thorax, histologi, biopsi jarum, elektrosit, GDA, pemeriksaa fungsi paru.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan menurut Nursalam (2008) adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, membatasi, mencegah dan merubah.

Penilaian (skoring) Diagnosis keperawatan menurut Bailon dan Maglaya (1978) dalam Komang (2012) sebagai berikut

Proses skoring dilakukan untuk setiap Diagnosis keperawatan :

- a. Tentukan skornya sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat.
- b. Skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

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

- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteriaskor tertinggi adalah 5.

Penilaian Diagnosis keperawatan(Tabel 2)

NO	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah Tidak/kurang sehat Ancaman kesehatan keadaan sejahtera	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Dengan mudah Hanya sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensial masalah untuk dicegah Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolkan masalah Masalah berat, harus segera ditangani Ada masalah, tetapi tidak segera ditangani Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Menurut *Nursing Diagnoses : Definitions and Classification* (2015-2017) dan Udjianti (2010), diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada keluarga dengan yaitu:

a. Diagnosis aktual

Diagnosa sehat/wellness digunakan apabila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive perumusan diagnosis, keperawatan keluarga potensial hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (*Problem*) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi E. Masalah yang lazim muncul pada adalah

- 1) Ketidakefektifan manajemen kesehatan

- 2) Disfungsi proses keluarga

b. Diagnosis risiko atau risiko tinggi

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun semua sudah ditentukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari *Problem* (P), etiologi dan *Symptom/sign* (S). Masalah yang lazim muncul adalah:

1. Risiko jatuh

c. Diagnosis potensial

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari *problem* (P), etiologi dan *symptoms* (S). Masalah yang lazim muncul pada adalah :

1. Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dengan .

2. Kesiapan meningkatkan proses keluarga

Menurut Sudiharto (2007), etiologi pada diagnosis keperawatan keluarga menggunakan lima skala ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan dan keperawatan, yaitu :

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- b. Ketidakmampuan dalam mengambil keputusan yang tepat untuk melaksanakan tindakan.
- c. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, disebabkan karena :

Dalam hal ini, keluarga tidak mengetahui cara perawatan hipertensi, perawatan dengan kondisi intoleransi aktivitas, diet hipertensi, pola aktivitas, dan manajemen stress.

- d. Ketidakmampuan keluarga dalam memelihara lingkungan rumah yang kondusif yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pribadi anggota keluarga.
- e. Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan sumber dimasyarakat guna memelihara kesehatan.

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (NANDA 2012-2014)

Menurut Nursalam (2008) perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Tahap ini

dimulai setelah menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi.

Kualitas rencana keperawatan dapat menjamin sukses dan keberhasilan rencana keperawatan, yaitu :

- a. Penentuan masalah kesehatan dan keperawatan yang jelas dan didasarkan kepada analisa yang menyeluruh tentang masalah.
- b. Rencana yang realistis, artinya dapat dilaksanakan dan dapat menghasilkan apa yang diharapkan.
- c. Sesuai dengan tujuan dan falsafah keperawatan.
- d. Rencana keperawatan dibuat bersama keluarga dalam:
 - 1) Menentukan masalah dan kebutuhan perawatan keluarga.
 - 2) Menentukan prioritas masalah.
 - 3) Memilih tindakan yang tepat.
 - 4) Pelaksanaan tindakan.
 - 5) Penilaian hasil tindakan.

Menurut Suprajitno (2012) tindakan keperawatan keluarga mencakup beberapa hal dibawah ini :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara mengidentifikasi konsekuensi untuk tidak

melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, dan mendiskusikan konsekuensi setiap tindakan.

- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah, dan mengawasi keluarga melakukan perawatan.
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan menjadi sehat dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga dan melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan cara mengendalikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga dan membantu keluarga menggunakan fasilitas tersebut.

4. Pelaksanaan

Menurut Nursalam (2008) asuhan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktik keperawatan, yaitu :

- a. Independen. Asuhan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh perawat tanpa petunjuk dan interaksi dari dokter atau profesi lain.

- b. Interdependen. Asuhan keperawatan interdependen menjelaskan kegiatan yang memerlukan kerja sama dengan profesi kesehatan lain, seperti ahli gizi, fisioterapi, atau dokter.
- c. Dependen. Asuhan keperawatan dependen berhubungan dengan pelaksanaan secara tindakan medis. Cara tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilakukan.

Setyowati dan Murwani (2008) menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat melakukan tindakan keperawatan keluarga antara lain :

- a. Partisipasi keluarga, mengikutsertakan anggota keluarga dalam sesi-sesi konseling, suportif, dan pendidikan kesehatan.
- b. Penyuluhan, upaya-upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau terciptanya suatu kondisi bagi perorangan, kelompok atau masyarakat untuk menerapkan cara-cara hidup sehat.
- c. Konseling, yaitu pembimbingan dalam proses memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.
- d. Kontrak, persetujuan kerja antara kedua belah pihak yaitu kesepakatan antara keluarga dan perawat dalam kesepakatan dalam asuhan keperawatan.
- e. Managment kasus yaitu strategi dan proses pengambilan keputusan melalui langkah pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (rujukan, koordinasi dan advokasi)

- f. Kolaborasi, kerjasama perawat bersama tim kesehatan yang lain dan merencanakan perawatan yang berpusat pada keluarga.
- g. Konsultasi, merupakan kegiatan untuk memberikan pendidikan kesehatan.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealfaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan dan pelaksanaan tindakan, (Nursalam, 2008).

Nursalam (2008), menyatakan bahwa, dinyatakan evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan, maka perawat bisa menentukan efektifitas tindakan keperawatan. Evaluasi kualitas asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan :

- a. Evaluasi proses, fokus pada evaluasi proses adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus segera dilaksanakan setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektifitas intervensi tersebut.

- b. Evaluasi hasil, fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan, bersifat objektif, fleksibel, dan efisiensi.

D. Dokumentasi Keperawatan

Pengkajian awal (*Initial Assesment*) menurut Nursalam (2008), perawat mendokumentasikan hasil yang telah atau belum dicapai pada “medical record“. Penggunaan istilah yang tepat perlu ditekankan pada penulisannya, untuk menghindari salah persepsi dan kejelasan dalam menyusun tindakan keperawatan lebih lanjut. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat. Kegunaan dokumentasi adalah :

- a. Sebagai alat komunikasi antar anggota keperawatan dan antar anggota tim kesehatan lainnya.
- b. Sebagai dokumentasi resmi dalam sistem pelayanan kesehatan.
- c. Dapat digunakan alat bahan penelitian dalam bidang keperawatan.
- d. Sebagai alat yang dapat digunakan dalam bidang pendidikan keperawatan.
- e. Sebagai alat pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan keperawatan yang diberikan terhadap pasien.

Keterampilan standar dokumentasi merupakan ketrampilan untuk dapat memenuhi dan melaksanakan standar dokumentasi yang telah ditetapkan dengan tepat. Keterampilan tersebut antara lain keterampilan dalam memenuhi standar dokumentasi pengkajian, diagnosis, rencana, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

a. Dokumentasi pengkajian

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, membuat data dasar tentang klien dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien.

Jenis dokumentasi pengkajian :

- 1) Pengkajian awal dilakukan ketika pasien masuk ke rumah sakit.
- 2) Pengkajian kontinue (*Ongoing Assesment*)

Pengkajian kontinue merupakan pengembangan data dasar. Informasi yang diperoleh dari pasien selama pengkajian awal dan informasi tambahan (berupa tes diagnostic dan sumber lain) diperlukan untuk menegakan diagnosis.

- 3) Pengkajian ulang

Data pengkajian ulang merupakan pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi.

b. Dokumentasi diagnosis keperawatan

Dalam melakukan pencatatan diagnosis keperawatan digunakan pedoman yaitu :

- 1) Gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah risiko.
- 2) Catat diagnosis keperawatan risiko dan risiko tinggi ke dalam masalah atau format diagnosis keperawatan.
- 3) Gunakan istilah diagnosis keperawatan yang dibuat dari sumber- sumber diagnosis keperawatan.
- 4) Gunakan diagnosis keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, perencanaan, intervensi, dan evaluasi.

c. Dokumentasi rencana keperawatan

Dokumentasi rencana keperawatan merupakan catatan keperawatan tentang penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Secara umum pedoman untuk rencana keperawatan yang efektif adalah sebagai berikut :

- 1) Sebelum menulis, cek sumber informasi data.
- 2) Buat rencana keperawatan yang mudah dimengerti.
- 3) Tulisan harus jelas, spesifik, dapat diukur, dan kriteria hasil sesuai dengan identifikasi masalah.
- 4) Memulai instruksikan perawatan harus menggunakan kata kerja seperti catat, informasikan dan lain- lain.
- 5) Gunakan pena tinta dalam menulis untuk mencegah penghapusan tulisan atau tidak jelasnya tulisan.

d. Dokumentasi implementasi

Dokumentasi intervensi merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan oleh perawat. Dokumentasi intervensi mencatat pelaksanaan rencana perawatan, pemenuhan kriteria hasil dari tindakan keperawatan mandiri dan tindakan kolaboratif. Beberapa pedoman yang dipakai dalam pencatatan intervensi keperawatan adalah:

- 1) Gunakan deskripsi tindakan untuk menentukan apa yang telah dikerjakan.
- 2) Berikan keamanan, kenyamanan, dan perhatikan faktor lingkungan pasien dalam memberikan intervensi keperawatan.
- 3) Catat waktu dan orang yang bertanggung jawab dalam memberikan intervensi.
- 4) Catat prosedur yang tepat.

e. Dokumentasi evaluasi

Dokumentasi evaluasi merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang dicapai. Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan perawatan dan untuk mengkomunikasikan status pasien dari hasil tindakan keperawatan.

- 1) Pendokumentasian dengan menggunakan DAR

Semua masalah klien diidentifikasi dalam catatan keperawatan dan terlihat pada rencana keperawatan. Kolom fokus dapat berisi:

D : (data) masalah klien

A : (action)tindakan

R : respon klien

Merupakan sistem dokumentasi dengan konstruksi data tindakan dan evaluasi dimana setiap diagnosis keperawatan diidentifikasi dalam catatan perawatan, terkait pada rencana keperawatan atau setiap daftar masalah dari setiap catatan perawat dengan suatu diagnosis keperawatan.

2) Pendokumentasian dengan menggunakan SOAP :

S : Subjektif adalah informasi yang didapat dipasien.

O : Objektif adalah informasi yang didapat dari pengamatan.

A : Assement adalah analisa masalah klien.

P : Planning of action adalah rencana tindakan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Kasus

1. Pengkajian Keluarga

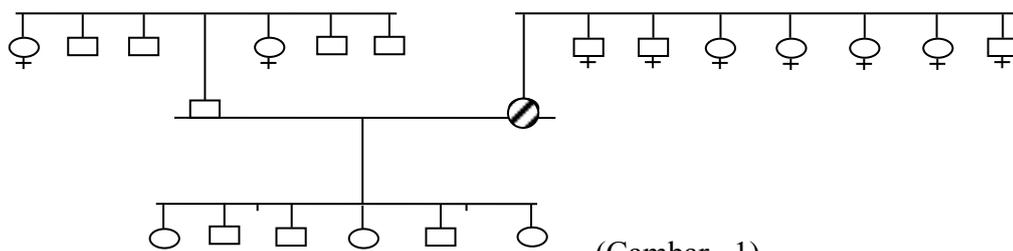
I. Data Umum

1. Nama : Tn. M
2. Umur : 75 tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Agama : islam
5. Pendidikan Terakhir : SD
6. Pekerjaan : Pensiunan PJKA dan berjualan
7. Alamat : Bumijokulon JTI/1075 RT 35/08

Komposisi Keluarga (Tabel 3)

No	Nama	umur	agama	L/P	Hub. dng KK	penddkn	Pekerjan	Ket
1.	Ny. K	68 th	Islam	P	Istri	SD	IRT	

Genogram :



(Gambar . 1)

Keterangan :

- : Pasien Tn.M
- ⊘ : Pasien Ny.K
- ♂ : Laki – laki meninggal
- ♀ : Perempuan meninggal

8. Tipe Keluarga : tipe keluarga lanjut usia

9. Suku dan bangsa : jawa, Indonesia

10. Status sosial, ekonomi dan budaya keluarga :

Pasien aktif ikut kegiatan dimasyarakat : gotong-royong arisan rt, menengok orang melayat. Keluarga Tn. M sebagai pensiunan PJKA hasil ditambah berjualan sembako.

11. Aktifitas rekreasi keluarga :

Tn. M dan keluarga mengatakan tiap 3 bulan sekali diajak anak-anaknya untuk berwisata ke pantai maupun ke taman wisata lainnya.

II. Riwayat dan Tahap Perkembangan keluarga

12. Tahap perkembangan saat ini :

Tn. M dan keluarga saat ini keluarga Tn. M hanya tinggal berdua dengan istrinya karena anak-anaknya sudah menikah semua.

13. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :

keluarga Tn. M mengatakan Ny. K saat ini sering mengeluh lutut terutama jika akan berdiri dari duduk Ny. K mengatakan pernah dinyatakan kolesterol tinggi pada saat pemeriksaan bulan oktober 2017

14. Riwayat keluarga inti :

Tn. M mengatakan saat ini hanya berdua dengan istrinya karena anak-anaknya sudah berumah tangga sendiri, Tn. M tidak tahu jika istrinya mempunyai kolesterol tinggi.

15. Riwayat keluarga sebelumnya :

Tn.M dan Ny. K mengatakan semua orang tuanya sudah meninggal dan tidak mempunyai riwayat penyakit kronis.

III. Lingkungan

16. Karakteristik rumah :

Tn.M mengatakan rumah yang ditinggali adalah rumah Dinas PJKA, jendela hanya disekat karena kanan kiri rumah tetangga.

17. Karakteristik tetangga dan komunitas RT|RW :

Tn.M mengatakan lingkungan sekitar tempat tinggalnya penduduknya berekonomi menengah ke bawah dan rumah padatpenduduk berimpitan tetapi masih berlaku sering tolong menolong dan bergotong-royong.

18. Mobilitas geografis keluarga :

Keluarga Tn.M mengatakan saat ini menempati rumah dinas PJKA.

19. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :

Tn.M mengatakan saat libur anak cucunya sering datang berkunjung, saling tegur sapa mengobrol diwaktu senggang ataupun luang.

20. Sistem pendukung keluarga :

Keluarganya mempunyai jaminan kesehatan yaitu askes.

IV. Struktur keluarga : pengambilan keputusan :

21. Pola komunikasi keluarga :

Pola komunikasi keluarga Tn.M mengatakan keluarga Tn. M sehari-hari menggunakan bahasa jawa dan berlaku sopan santun dalam keluarga.

22. Struktur kekuatan keluarga :

Tn.M mengatakan komunikasi yang digunakan bersifat terbuka selalu diikuti dengan anggota keluarga yang lain ,kepentingn ada di Tn. M dan anak cucunya.

23. Struktur peran (formal dan informa)

Tn.M mengatakan Tn. M sebagai kepala rumah tangga dan Ny. K sebagai ibu rumah tangga berperan mengurus keluarga baik rumah maupun makanannya.

24. Nilai dan norma keluarga :

Keluarga Tn.M mengatakan keluarga Tn.M beragama islam , sering ikut pengajian dan beribadah di masjid.

V. Fungsi keluarga :

Tn.M mengatakanTn.M sebagai kepala keluarga telah mendidik dan membesarkan 6 anaknya hingga sukses berkerja dan berumah tangga.

VI. Stres dan koping keluarga

25. Stresor jangka pendek dan panjang :

Tn.M mengatakan jika ada yang sakit ringan periksa di puskesmas terdekat , Ny. K jika periksa tanpa bicara memberi tahu hasilnya kepada suaminya tentang cholestrolnya yang tinggi.

26. Kemampuan keluarga dalam merespon terhadap situasi dan stresor

Tn.M mengatakan jika Tn. M merasa sakit dan badan tidak nyaman segera periksa ke puskesmas terdekat, begitu juga Tn. K.

Tn. K sakit cholestrol lama tidak terkontrol terakhir oktober 2017

Cholestrolnya : 250 mg/dl

27. Strategi koping yang digunakan :

Tn.M mengatakan jika ada masalah dalam keluarga selalu didiskusikan dengan anak nya, tetapi jika hanya sakit ringan tidak pernah cerita.

28. Strategi adaptasi disfungsional :

Tn.M mengatakan kadang istrinya malas untuk memasak dan hanya membeli lauk serta sayur diluar karena sudah malas untuk memasak dan membuat kenaikan kolesterol ibu.

VII. Tumbuh kembang Keluarga :

Saat ini keluarga Tn.M hanya tinggal berdua dengan istrinya sebagai keluarga lansia.

VIII. Tugas Perkembang Keluarga :

Tn.M mengatakan semua anaknya dididik sopan santun didalam rumah dan disekolahkan sampai bisa berkerja semua dan berkeluarga.

IX. Kebiasaan Anggota Keluarga Sehari hari :

1. Nutrisi : Tn.M mengatakan kebiasaan keluarga Tn.M makan 3x sehari sayur dan buah tapi Ny. K mengatakan tidak membedakan makanan dengan suaminya.

2. Pola Istirahat : Tn.M mengatakan istirahat tidur siang jam 15.00 WIB -16.00 WIB dan tidur malam mulai jam 21.00 WIB
3. Pola Kebersihan :Tn.M mengatakan buang sampah di ambil petugas kebersihan tiap pagi, ruang tertata rapi tapi penjahayaan kurang karena faktor lingkungan yang berhimpitan.
4. Pola Aktifitas : Tn.M mengatakan tiap pagi selalu jalan kaki selama 20 menit setelah sholat subuh.

X. Faktor Rumah dan Lingkungan

1. Rumah : Tn.M mengatakan luasnya 12x 5 m, kepemilikan pakai rumah dinas PJKA, jumlah kamar tidur 2, dapur 1, kamar mandi 1.
2. Sarana Memasak : keluarga Tn.M mengatakan dapur terpisah dibelakang dengan kompor gas
3. Pengelolaan Sampah : keluarga Tn.M mengatakan sampah diambil petugas
4. Sumber air : keluarga Tn.M mengatakan sumber air dari sumur bersama kondisi tertutup.
5. Jamban keluarga : keluarga Tn.M mengatakan WC 1 bergabung dengan kamar mandi.
6. Pembuangan limbah : keluarga Tn.M mengatakan menggunakan SPAL
7. Halaman : keluarga Tn.M mengatakan tidak punya halaman.

8. Lingkungan rumah : bersih tertata, rumah berhimpitan dengan tetangga.
9. Fasilitas pendidikan : dekat dengan SD Widya Kajan, SMPN 12 dan SMP N 14
10. Fasilitas kesehatan : dekat dengan puskesmas jetis ,PPK I BPJS berjarak kurang lebih 500 m
11. Fasilitas perdagangan : dekat dengan pasar pingit
12. Fasilitas peribadatan : keluarga Tn.M mengatakan dimasjid AL- Hikmah dekat rumah
13. Sarana hiburan : keluarga Tn.M mengatakan menonton TV.
14. Sarana transportasi : keluarga Tn.M mengatakan jika kontrol ke puskesmas hanya jalan kaki, jika berpergian diantar anaknya dan dekat dengan jalan raya 50 meter.

XI. Riwayat kesehatan keluarga

1. Kesehatan keluarga :

Tn.M mengatakan Tn.M menderita hipertensi sudah sejak 4 tahun yang lalu tetapi tidak kontrol rutin.

2. Kebiasaan minum obat :

keluarga Tn.M mengatakan sudah tau sakit hipertensi tapi belum minum dan jika minum obat sat pusing saja.

3. Kebiasaan memeriksakan diri

keluarga Tn.M mengatakan periksa dan kontrol saat ada keluhan saja

4. Kesehatan ibu dan anak

1) Riwayat kehamilan lalu

-

2) Ibu hamil

-

3) Persalinan

-

4) Masa nifas

-

5) Keluarga berencana

-

XXI. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Tn.M (Tabel 4)

Pemeriksaan fisik	Tgl 2 juli 2018		
KU	Comp[ose mentis		
TD	120 /80 mmhg		
Nadi	80 x/menit		
Suhu	36,5 C		
RR	20 x/menit		
BB	55 kg		
Kepala	Kulit bersih, tidak ada benjolan,tidak ada perubahan warna kulit		
Rambut	Bersih sudah mulai beruban		
Kulit	Bersih tidak ada perubahan warna kulit		
Mata	Conjunctiva tidak anemis		
Hidung mulut dan	Bersih tidak ada		

tenggorokan	sekret,tidak ada sianosis,tidak ada nyeri tekan		
Telinga	Pendengaran masih baik,bersih,tidak ada cairan		
Leher	Tidak ada pembesaran tyroid		
dada	Tidak ada penggunaan otot bantu nafas		
Perut	Tidak ada pembesaran abnormal,bising usus ,tidak ada nyeri tekan		
Ektremitas	Kekuatan oto 5 5 5 5		
eliminasi	Bab 1 hari sekali Bak 5-8 kali sehari		

Pemeriksaan Ny. K

Pemeriksaan fisik	Tgl 2 juli 2018		
KU	Comp[ose mentis		
TD	130 /80 mmhg		
Nadi	84 x/menit		
Suhu	36,7 C		
RR	22 x/menit		
BB	79 kg		
TB	151 cm		
Kepala	Kulit bersih, tidak ada benjolan,tidak ada perubahan warna kulit		
Rambut	Bersih sudah mulai beruban		
Kulit	Bersih tidak ada perubahan warna kulit		
Mata	Conjunctiva tidak anemis		
Hidung mulut dan tenggorokan	Bersih tidak ada sekret,tidak ada sianosis,tidak ada nyeri tekan		
Telinga	Pendengaran masih baik,bersih,tidak ada cairan		
Leher	Tidak ada pembesaran		

	tyroid		
dada	Tidak ada penggunaan otot bantu nafas		
Perut	Tidak ada pembesaran abnormal, bising usus, tidak ada nyeri tekan		
Ektremitas	Kekuatan oto 5 5 5 5		
eliminasi	Bab 1 hari sekali Bak 5-8 kali sehari		

XIII. Harapan Keluarga

Harapan yang diinginkan keluarga

Tn. M dan Ny. K mengatakan ingin sehat selalu dan diberi umur panjang.

Harapan yang diinginkan petugas kesehatan

Tn. M dan Ny. K mengatakan puas terhadap pelayanan yang diterima petugas kesehatan.

XIV. Lima Tugas Keluarga

1. Fungsi afektif

Tn. M mengatakan selalu mendukung anak-anaknya untuk mengikuti kegiatan yang diadakan di lingkungan sekitar maupun di masjid sehingga anaknya memilah semua.

2. Fungsi sosialisasi

a. Kerukunan hidup dalam berkeluarga

Tn. M mengatakan selalu membicarakan dengan anak-anaknya jika ada masalah

b. Interaksi dan hubungan dengan keluarga

Tn. M mengatakan selalu berkomunikasi dengan anak-anaknya karena anaknya sering berkunjung

c. Anggota keluarga dominan

mengikuti keputusan adalah anak-anaknya walaupun sampai keputusan bersama

d. Jika ada waktu senggang

Tn. M mengatakan sering diajak anaknya untuk berwisata

e. Berpartisipasi dalam kegiatan sosial

Tn. M mengatakan ikut kegiatan gotong –royong di kampung, arisan, pengajian.

3. Fungsi kesehatan

a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga

Keluarga Tn. M mempunyai anggota keluarga yang kelebihan berat badan dan riwayat cholestrol tinggi yaitu Ny. K istri Tn.M ,tetapi Tn. M mengatakan bahwa istrinya tidak pernah menceritakan kepadanya .Ny. K belum tahu tentang apa yang harus dihindari atau boleh dimakan supaya colestrolnya tidak meningkat dan berat badannya menurun.

b. Kemampuan mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat :

Tn. M mengatakan Ny. K hanya kontrol jika merasa sakit pegal-pegal dan pusing serta kesemutan saja.

c. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Ny. K mengatakan Tn. M sakit hipertensi sudah kurang lebih 4 tahun, kontrol rutin. Jika tekanan darah sudah stabil terbukti tekanan darah terakhir 120/80 mmHg.

Makanan untuk keluarga sama dengan yang lain karena ketidaktahuan Ny. K tentang makan khusus untuk penderita hipertensi.

d. Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan

Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif dengan selalu menyelesaikan masalah kadang dibicarakan dengan keluarga tetapi Ny.K jika sakit jarang cerita dengan keluarga.

e. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat

Tn. M mengatakan jika merasa sakit control periksa kepuskesmas jetis dengan menggunakan askes. Namun belum mau control rutin untuk Ny.K yang obesitas dan kolestrol tinggi.

4. Fungsi Produktifitas

Tn. M mengatakan saat ini istri Tn. M sudah menopause, namun masih bisa berperan sebagai suami istri.

5. Fungsi ekonomi

Tn. M mengatakan di pensiunan PJKA tapi masih mau jualan sembako dan anak-anak nyaman menyokong dana untuk orang tuanya.

ANALISA DATA
(Tabel 5)

NO	ANALISA DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	DS: Keluarga Tn.M mengatakan: - Tn. M mengatakan badan pegel - pegel - Ny. K sakit kolesterol hingga 250 mg/dl ,dan control terakhir oktober 2017 DO- - Tandatanda vital TD : 130 mmHg RR : 22 x/menit S : 36,7 C	Ketidakefektifan management kesehatan colesterol Ny.K di keluarga Tn.M	
	DS : Keluarga Tn. M mengatakan : - Belum sepenuhnya mengerti tentang makanan yang diperbolehkan untuk penderita colesterol serta pengertian, penyebab, tanda gejala serta komplikasi colesterol - Makan makanan sehari- hari masak sendiri dan terkadang membeli sayur diluar. - Lebih suka makanan tempe, sayur santan,tidak ada masakan khusus bagian anggota keluarga yang menderita colesterol - Tidursiang 1-2 jam - Jarang Rutin mengatarkan Ny.K control berobat. DO: - Masakan yang dimasak keluarga Tn.M masiH membeli diluar.		Ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita colesterol yaitu Ny.K
	DS : Keluarga Tn.M .mengatakan: - Belum kontrol rutin dipuskesmas, jarang untuk memeriksakan di puskesmas. - Jarang Rutin mengatarkan Ny.K control berobat karna sibuk jualan DO: - Jarak rumah sampai puskesmas kurang lebih 500 meter serta jika berpergian diantar anak-anaknya. - Keluarga Tn.M mempunyai jaminan kesehtan yaitu askes, tapi jarang digunakan.		Ketidakmampuan keluarga Tn.M memanfaatkan fasilitas kesehatan

ANALISA DATA

NO	ANALISA DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	DS: Keluarga Tn.M .mengatakan: - Mempunyai tekanan darah tinggi sudah 4 tahun. Tekanan darah Tn.M terkahir kontrol tekanan darah 120/80 mmHg. - Belum melakukan kontrol rutin DO : - Pada hari senin 2 Juli 2018 Tekanan darah 120/80 mmHg	Ketidakefektifan management kesehatan hipertensi Tn.M di keluarga Tn.M	
	DS : Keluarga Tn.M .mengatakan: - Belum kontrol rutin dipuskesmas, jarang untuk memeriksakan di puskesmas. - Jarang Rutin mengatarkan Ny.K control berobat. DO: - Jarak rumah sampai puskesmas kurang lebih 500 meter serta jika berpergian diantar anak-anaknya. - Keluarga Tn.M mempunyai jaminan kesehtan yaitu askes		Ketidakmampuan keluarga Tn.M memanfaatkan fasilitas kesehatan

ANALISA DATA

NO	ANALISA DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	<p>DS: Keluarga Tn.M mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. M mengatakan tidak tahu jika berat badan Ny.K melebihi berat badan normal. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada hari Senin 2 Juli 2018 BB Ny. K : 79kg TB Ny. K : 151 cm Imt : 32,8 	<p>Ketidakefektifan management kesehatan obesitas Ny. K di keluarga Tn.M</p>	
	<p>DS: Keluarga Tn.M mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga Tn. M mempunyai anggota keluarga yang kelebihan berat badan - Keluarga Tn. M tidak tau batasan berat badan yang normal <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMT : 32,8 		<p>Ketidakmampuan pengetahuan tentang masalah keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas</p>
	<p>DS: Keluarga Tn.M mengatakan.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentang obesitas tidak pernah dibicarakan karena tidak ada keluhan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. K Terilaht bingung 		<p>Ketidakmampuan keluarga Tn.M mengambil keputusan dengan anggota keluarga yang menderita obesitas</p>
	<p>DS: Keluarga Tn.M mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mengerti tentang makanan yang diperbolehkan untuk penderita obesitas serta pengertian, penyebab, tanda gejala serta komplikasi obesitas. - Makan makanan sehari- hari masak sendiri dan terkadang membeli sayur diluar. - Lebih suka makanan tempe, sayur santan,tidak ada masakan khusus bagian anggota keluarga yang menderita obesitas - Belum pernah tanya tentang obesitas - Tidak membatasi aktivitas Ny.K dan tidak pernah mengikuti senam maupun control rutin di puskesmas. - Tidursiang 1-2 jam - Jarang Rutin mengatarkan Ny.K control berobat. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kkeluarga Tn.M masih selalu membeli diluar. - Tidak ada ukuran makan yang dimakan setiap harinya. 		<p>Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita Obesitas</p>

	DS: Keluarga Tn.M .mengatakan: - Ny K Mengatakan jarang menata perabot di rumah. DO- - Terlihat lantai kotor dan barang” yang tidak tertata		Ketidakmampuan keluarga Tn.M memelihara lingkungan rumah yang kondusif
	DS: Keluarga Tn.M mengatakan: - Belum kontrol rutin dipuskesmas, tdiak pernah mengantarkan ke puskesmas.. DO: - Jarak rumah ke puskesmas kurang lebih 500 meter. - Keluarga Tn.M mempunyai jaminan kesehatan yaitu askes, dan di puskesmas belum ada data tentang penggunaan kartu pemeriksaan Ny. K tentang obesitas.		Ketidakmampuan keluarga Tn.M memanfaatkan fasilitas kesehatan

Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan management kesehatan obesitas Ny. K di keluarga Tn.M berhungan dengan
 - a. Ketidakmampuan pengetahuan tentang masalah keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas ditandai dengan :

DS:

Keluarga Tn.M mengatakan:

 - Keluarga Tn. M mempunyai anggota keluarga yang kelebihan berat badan
 - Keluarga Tn. M tidak tau batasan berat badan yang normal

DO

IMT : 32,8
 - b. Ketidakmampuan keluarga Tn.M mengambil keputusan dengan anggota keluarga yang menderita obesitas ditandai dengan :

DS:

Keluarga Tn.M mengatakan:.

- Tentang obesitas tidak pernah dibicarakan karena tidak ada keluhan
-

DO:

- Ny. K Terilaht bingung
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita Obesitas ditandai dengan :

DS:

Keluarga Tn.M mengatakan:

- Tidak mengerti tentang makanan yang diperbolehkan untuk penderita obesitas serta pengertian, penyebab, tanda gejala serta komplikasi obesitas.
- Makan makanan sehari- hari masak sendiri dan terkadang membeli sayur diluar.
- Lebih suka makanan tempe, sayur santan,tidak ada masakan khusus bagian anggota keluarga yang menderita obesitas
- Belum pernah tanya tentang obesitas
- Tidak membatasi aktivitas Ny.K dan tidak pernah mengikuti senam maupun control rutin di puskesmas.
- Tidursiang 1-2 jam
- Jarang Rutin mengatarkan Ny.K control berobat.

DO:

- keluarga Tn.M masih selalu membeli diluar.
 - Tidak ada ukuran makan yang dimakan setiap harinya.
- d. Ketidakmampuan keluarga Tn.M memelihara lingkungan rumah yang kondusif ditandai dengan:

DS:

- Keluarga Tn.M mengatakan:
- Ny K Mengatakan jarang menata perabot dirumah.

DO-

- Terlihat lantai kotor dan barang” yang tidak tertata
- e. Ketidakmampuan keluarga Tn.M memanfaatkan fasilitas kesehatan ditandai dengan :

DS:

Keluarga Tn.M mengatakan:

- Belum kontrol rutin dipuskesmas, tdiak pernah mengantarkan ke puskesmas..

DO:

- Jarak rumah ke puskesmas kurang lebih 500 meter.

Keluarga Tn.M mempunyai jaminan kesehatan yaitu askes, dan di puskesmas belum ada data tentang penggunaan kartu pemeriksaan Ny. K tentang obesita.

Prioritas Masalah
Tabel 6 Prioritas Masalah

Diagnosa keperawatan diagnosa 1: Ketidakefektifan management kesehatanObesitas Ny.K di keluargaTn M. .

NO	KRITERIA	BOBOT	HITUNGAN	PEMBENARAN
1	Sifat masalah: aktual	1	$\frac{3}{3} \times 1$ = 1	DS: Keluarga Tn.M mengatakan: - Tn. M mengatakan tidak tahu jika berat badan Ny.K melebihi berat badan normal. DO: - Pada hari Senin 2 Juli 2018 BB Ny. K : 79kg TB Ny. K : 151 cm Imt : 32,8
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: mudah	2	$\frac{1}{2} \times 2$ = 1	- Faktor pendukung: Jarak rumah ke puskesmas kurang lebih 500 meter. Keluarga Tn.M mempunyai jaminan kesehatan yaitu askes, dan di puskesmas belum ada data tentang penggunaan kartu pemeriksaan Ny. K tentang obesitas .-FaktorPenghambat Belum kontrol rutin dipuskesmas, tdiak pernah mengantarkan ke puskesmas..
3	Potensi masalah dapat dicegah: Tinggi	1	$\frac{3}{3} \times 1$ = 1	Obesitas bisa sembuh total karena obesitas hanya dapat dikontrol dengan diet, obat, aktivitas dan polaistirahat atau faktor stres yaitu manajemen tregimen terapeutik keluargaTn. Mefektif.
4	Menonjolnya masalah: masalah berat harus segera ditangani	1	$\frac{2}{2} \times 1$ = 1	Keluarga Tn.M menganggap masalah Obesitas adalah masalah yang harus segera ditangani yaitu Bagaiman. diet, obat, aktivitas dan polaistirahat atau faktor stres untukobesitas
Total skore			4	

C. PERENCANAAN, PELAKSANAAN DAN EVALUASI

Nama Kepala Keluarga : Tn. M

Puskesmas : jetis

(Tabel 7) Perencanaan

NO	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi		
1.	Ketidakefektifan management kesehatan obesitas Ny. K di keluarga Tn.M  (sayem)	Tupan : Manajemen kesehatan keluarga obesitas Ny.K di keluarga Tn.M efektif Tupen : 1. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M pengetahuan tentang masalah keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas bertambah 2. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M mampu mengambil keputusan dengan anggota keluarga yang menderita obesitas 3. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M mampu merawat anggota keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan informasi mengenai management obesitas - Demontrasikan diit untuk penderita obesitas - Anjurkan untuk mengompres hangat - Ajarkan senam - Evaluasi keluarga Tn. M tentang rencana pengolahan menu makan sesuai diit dan memisahkan makanan - Evaluasi keluarga mengenai kesediannya melakukan senam - Anjurkan keluarga untuk selalu kontrol rutin - Berikan reinforcement pada keluarga Tn.M  (sayem)	Selasa, 3 Juli 2018 Jam:11. 10 WIB 1. Mengajarkan cara agar berat badan tetap ideal dalam batas normal S : - Keluarga Tn.M mengatakan mau melakukannya secara rutin. O : - keluarga Tn.M bisa menyebutkan kembali tentang diit obesitas  (sayem) Jam 11.50 WIB 2. Mengevaluasi keluarga mengenai kesediaan melakukan senam lansia untuk mengurangi berat badan	Selasa, 3 Juli 2018 Jam:11. 10 WIB S : - keluarga Tn.M mengatakan bersedia melakukan senam secara rutin - Ny. K mengatakan akan selalu mentrolkan berat badannya - Ny. K mengatakan pegel-pegel badanya O : - Keluarga Tn. M dapat melakukan gerakan senam dengan antusias. - Imt Ny. K yaitu 32.8 A : - Masalah tupen 1: pengetahuan tentang masalah keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas teratasi sebagian - Masalah tupen 2: ketidakmampuan mengambil keputusan dengan anggota keluarga yang menderita obesitas teratasi - Masalah tupen 3: ketidakmampuan keluarga

		<p>obesitas</p> <p>4. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn. M mampu memelihara lingkungan rumah yang kondusif</p> <p>5. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn. M mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p>  <p>(sayem)</p>		<p>S :</p> <p>- Ny. K mengatakan melakukan setiap pagi dan mengajak Tn. M senam</p> <p>3. Memberikan reinforcemen keluarga Tn.M</p>  <p>(sayem)</p>	<p>merawat anggota keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas teratasi sebagia</p> <p>- Masalah tupen 4: ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang kondusif teratasi</p> <p>- Masalah tupen 3: ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan informasi mengenai management obesitas. 2. Demontrasikan diit obesitas. 3. Diskusikan dengan keluarga Tn.M untuk rencana mengolah/ memasak makanan sendiri sesuai diit obesitas dan pemisahan makanan untuk Ny.K. 4. Evaluasi keluarga Tn. M tentang rencana pengolahan menu makan sesuai diit dan memisahkan makanan  <p>(sayem)</p>
--	--	---	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 8

Nama Pasien /No CM : Ny. K / - RUANG : rumah Tn M

Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan management kesehatan obesitas Ny. K di keluarga Tn.M

Hari/tgl/jam	PELAKSANAAN	EVALUASI
Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB	Rabu, 4Juli 2018 11.00 WIB 1. Berikan informasi mengenai management obesitas. 	Rabu, 4Juli 2018 15.30 WIB S : - keluarga Tn.M mengatakan mengerti tentang diit obesitas. - Ny. K mengatakan akan selalu mentrolkan berat badannya - Ny. K mengatakan pegel-pegel badanya O : - Keluarga Tn. M sudah melakukan menyiapkan makanan sesuai yg sudai di informasikan - Imt Ny. K yaitu 32.8 A : - Masalah tupen 1: pengetahuan tentang masalah keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas teratasi sebagian - Masalah tupen 2: ketidakmampuan mengambil keputusan dengan anggota keluarga yang menderita obesitas teratasi - Masalah tupen 3: ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas teratasi sebagian - Masalah tupen 4: ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang kondusif teratasi - Masalah tupen 3: ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan teratasi P : lanjutkan intervensi 5. Berikan informasi mengenai management obesitas. 6. Demonstrasikan diit obesitas. 7. Diskusikan dengan keluarga Tn.M untuk rencana

		<p>mengolah/ memasak makanan sendiri sesuai diit obesitas dan pemisahan makanan untuk Ny.K.</p> <p>8. Evaluasi keluarga Tn. M tentang rencana pengolahan menu makan sesuai diit dan memisahkan makanan</p> <p> Ftd sayem</p>
--	--	---

B. Pembahasan

Dalam bab ini berisi tentang analisa teori kemudian dianalisa. Penulis melakukan perawatan selama 3 hari dengan menggunakan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pada tahap ini dengan berbagai cara untuk memperoleh data. Data yang diperoleh dari wawancara yang bersumber dari pasien dan keluarga. Kemudian dilakukan analisa antara sumber dengan data yang diperoleh oleh penulis

f. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga

Keluarga Tn. M mempunyai anggota keluarga yang kelebihan berat badan dan riwayat cholestrol tinggi yaitu Ny. K istri Tn.M , tetapi Tn. M mengatakan bahwa istrinya tidak pernah menceritakan kepadanya .Ny. K belum tahu tentang apa yang harus dihindari atau belum tahu tentang obesitas karena tidak mengalami keluhan.

g. Kemampuan mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat :

Tn. M mengatakan Ny. K hanya kontrol jika merasa sakit pegal-pegal dan pusing serta kesemutan saja.

h. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Ny. K mengatakan tidak pernah memeriksakan obesitasnya ke puskesmas karena tidak tahu. Keluarga Tn. M tidak tau batasan berat badan yang normal

Makanan untuk keluarga sama dengan yang lain karena ketidaktahuan. Ny. K tentang makan khusus untuk obesitas.

i. Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan

Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif dengan selalu menyelesaikan masalah kadang dibicarakan dengan keluarga tetapi Ny.K jika sakit jarang cerita dengan keluarga.

j. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat

Tn. M mengatakan jika terasa sakit control periksa ke puskesmas jatis dengan menggunakan askes. Namun tidak pernah control rutin .

Sedangkan data pengkajian yang sama dengan teori adalah

1. Keluhan utama saat dikaji

a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga

Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama yaitu Keluarga Tn. M mempunyai anggota keluarga yang kelebihan berat badan dan riwayat cholestrol tinggi yaitu Ny. K istri Tn.M , tetapi Tn. M mengatakan bahwa istrinya tidak pernah menceritakan kepadanya .Ny. K belum tahu tentang apa yang harus dihindari atau belum tahu tentang obesitas karena tidak mengalami keluhan.

b. Kemampuan mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat :

Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama yaitu Tn. M mengatakan Ny. K hanya kontrol jika merasa sakit pegal-pegal dan pusing serta kesemutan saja.

- c. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit
- d. Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama yaitu Ny. K mengatakan tidak pernah memeriksakan obesitasnya ke puskesmas karena tidak tahu. Keluarga Tn. M tidak tau batasan berat badan yang normal
Makanan untuk keluarga sama dengan yang laen karena ketidaktahuan.
- e. Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan
Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama yaitu Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif dengan selalu menyelesaikan masalah kadang dibicarakan dengan keluarga tetapi Ny.K jika sakit jarang cerita dengan keluarga.
- f. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat
Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama yaitu Tn. M mengatakan jika terasa sakit control periksa ke puskesmas jetis dengan menggunakan askes. Namun belum mau control rutin untuk Ny.K yang obesitas dan kolestrol tinggi.

B. Diagnosa Keperawatan

Pengumpulan diagnosa dengan pernyataan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status

kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan dan mencegah perubahan (Rohman & Walid, 2012).

Diagnosa yang muncul pada teori sebagai berikut :

- 1) Ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan hipertensi
- 2) Disfungsi proses keluarga

Diagnosa yang muncul pada Keluarga Tn. M :

1. Ketidakefektifan management kesehatan dengan obesitas Ny. K di keluarga Tn.M

Diagnosa yang tidak muncul pada Keluarga Tn. M :

1. Disfungsi proses keluarga

C. Perencanaan

Intervensi yang dilakukan berdasarkan masing-masing diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis selama mengasuh kasus kelolaan pada Tn. M adalah :

Tupan :

Manajemen kesehatan keluarga obesitas Ny.K di keluarga Tn.M efektif

Tupen :

1. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M pengetahuan tentang masalah keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas bertambah terlaksana semua.

2. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M mampu mengambil keputusan dengan anggota keluarga yang menderita obesitas terlaksana sebagian.
3. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M mampu merawat anggota keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas terlaksana sebagian.
4. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M mampu memelihara lingkungan rumah yang kondusif semua terlaksana
5. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan semua terlaksana

D. Implementasi

Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan kesehatan. Dalam pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

E. Evaluasi

Tupan :

Manajemen kesehatan keluarga obesitas Ny.K di keluarga Tn.M efektif

Tupen :

6. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M pengetahuan tentang masalah keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas bertambah teratasi.

7. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M mampu mengambil keputusan dengan anggota keluarga yang menderita obesitas teratasi sebagian.
8. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn.M mampu merawat anggota keluarga Tn.M dengan anggota keluarga yang menderita obesitas teratasi sebagian.
9. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn. M mampu memelihara lingkungan rumah yang kondusif teratasi.
10. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x pada bulan Juli 2018 keluarga Tn. M mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan teratasi.

C. Keterbatasan Kasus.

Pada studi kasus yang dilakukan oleh penulis selama 3 hari penulis menemukan hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus yaitu melakukan implementasi karena waktu yang dibatasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia pada Keluarga Tn.M dengan masalah obesitas pada Ny. K di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta selama 3 hari dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari : Pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, catatan perkembangan (pelaksanaan dan evaluasi) dan dokumentasi, maka penulis menarik kesimpulan bahwa kasus stroke non hemoragic dalam memberikan asuhan keperawatan perlu adanya intervensi. Adapun diagnosa yang muncul pada teori adalah :

- 1) Ketidakefektifan manajemen kesehatan
- 2) Disfungsi proses keluarga

Diagnosa yang muncul saat studi kasus :

1. Ketidakefektifan management kesehatan dengan obesitas Ny. K di keluarga Tn.M

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3 hari dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul dalam teori pada saat tindakan keperawatan ada 1 dan diagnosa yang tidak muncul ada disfungsi proses keluarga

B. Saran

1. Bagi masyarakat

Penulis berharap agar masyarakat atau pasien dapat memahami penyakit dan melakukan hidup sehat disekitar lingkungan.

2. Pengembang Ilmu Keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menambah keluarasan ilmu terapan bidang keperawatan dalam memberi dan menjelaskan penyakit obesitas.

3. Penulis

Hasil studi ini diharapkan dapat memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan.

4. Bagi Rumah Sakit

Dalam memberikan pelayanan kesehtan terhadap pasien hendaknya tetap meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan kesehatan yang baik.

SATUAN ACARA PENGAJARAN

Mata Ajar : Keperawatan Keluarga
Pokok Bahasan : Obesitas
Sasaran : Keluarga yang mengalami obesitas
Waktu : 20 menit
Tempat : Di rumah Tn. M

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang obesitas diharapkan keluarga yang mengalami obesitas (peserta) mampu memahami obesitas

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang obesitas diharapkan peserta mampu :

- a. Menyebutkan kembali pengertian obesitas/kegemukan
- b. Menyebutkan penyebab obesitas
- c. Menyebutkan resiko obesitas
- d. Menyebutkan kiat-kiat yang dapat dilakukan untuk mengatasi obesitas

III. KEGIATAN BELAJAR MENGAJAR

NO	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN	MEDIA
1.	PEMBUKAAN	5 Menit	a. Salam dan perkenalan b. Kontrak waktu c. Menjelaskan tujuan penyuluhan	Audio aid
2.	ISI	10 Menit	a. Perawat menjelaskan pengertian dari obesitas b. Perawat menjelaskan penyebab obesitas c. Perawat menjelaskan resiko obesitas d. Perawat menjelaskan kiat-kiat yang dapat dilakukan untuk mengatasi obesitas	Audio aid + Flipchart + liflet
3.	PENUTUP	5 Menit	a. Perawat memberikan evaluasi b. Perawat menyimpulkan materi yang telah disampaikan c. Perawat memberikan salam penutup	Audio aid

IV. MEDIA

1. Liflet
2. Flipchart
3. Audio aid

V. METODE

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

VI. EVALUASI

1. Jenis : Test Lisan
2. Waktu : Akhir Kegiatan penyuluhan
3. Soal : Terlampir

VII. LAMPIRAN

1. Materi
2. Soal
3. Liflet

VIII. DAFTAR PUSTAKA

OBESITAS

A. Pengertian

Obesitas atau kegemukan adalah suatu kelainan metabolisme tubuh yang mengakibatkan seseorang tersebut mengalami kelebihan berat badan

B. Penyebab

Penyebab dari kegemukan adalah

1. Diet yang tidak seimbang (kelebihan masukan makanan)
2. Aktivitas yang kurang

C. Resiko obesitas

1. Resiko psikososial

Orang gemuk mempunyai banyak kesulitan dalam melakukan aktivitas fisik, sehingga mengalami kesulitan dalam mengikuti kegiatan sosial. Masyarakat pun kurang menyukai kegemukan, hal ini nyata dari adanya olok olok untuk orang gemuk. Bagi si gemuk itu sendiri dapat timbul rasa rendah diri, rasa tertekan, serta keputusasaan

2. Resiko medis

Orang gemuk cenderung sakit. Adapun sakit yang dapat diakibatkan karena kegemukan adalah

- a). Diabetes mellitus (kencing manis)
- b). Hipertensi (tekanan darah tinggi)
- c). Penyakit kardiovaskuler (jantung)
- d). Batu empedu

D. Pengelolaan obesitas

1. Membudayakan pola makan sehari hari yang seimbang yaitu :
 - a. Meningkatkan konsumsi sayuran dan buah sebagai sumber serat, sehingga dapat mengurangi penyerapan kalori dan lemak usus
 - b. Membatasi makanan tinggi lemak dan karbohidrat sederhana.
2. Melakukan kegiatan jasmani yang cukup, sesuai dengan umur dan kemampuan.