

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) merupakan penyakit yang masih dapat dicegah yang disebabkan oleh adanya inflamasi kronis pada saluran nafas yang bersifat progresif. Penyakit ini ditandai dengan terbatasnya aliran udara yang masuk ke saluran pernafasan (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2015*). PPOK merupakan salah satu penyakit yang tidak menular yang disebabkan oleh paparan yang lama terhadap rokok, dan polusi. Salah satu gejala yang sering ditemukan pada penderita PPOK yaitu adanya sesak nafas pada saat melakukan aktivitas dan terganggunya aliran udara masuk dan keluar dari paru-paru (*Smeltzer et al, 2013*).

Berdasarkan data dari *World Health Organisation (WHO)* tahun 2015 terdapat 600 juta orang penderita PPOK di dunia, 65 juta diantaranya dengan diagnosis berat. Pada tahun 2005 lebih dari 3 juta jiwa meninggal akibat PPOK atau sama dengan 5% dari jumlah kematian di dunia. Angka ini diperkirakan akan terus meningkat pada tahun 2030 dan menjadi penyumbang angka kematian terbanyak dari penyakit tidak menular. Sementara itu, di Indonesia angka penderita PPOK dari penduduk usia diatas 30 tahun sebanyak 3,7%, kejadian tertinggi di Nusa Tenggara Timur (10,0%), diikuti Sulawesi Tengah (8,0%). Sejalan dengan itu, prevalensi PPOK di Sumatera Barat mencapai 3,0% , angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan penderita PPOK di provinsi lainnya, seperti Bengkulu 2,3 %, dan Jambi 2,1%.

Beberapa gejala yang muncul pada penderita PPOK bervariasi, umumnya akan tampak sesak nafas yang muncul tiba-tiba, frekuensi nafas cepat, retraksi dinding dada dan ekspirasi lebih panjang dari pada inspirasi (*GOLD, 2010*). Keterbatasan aktivitas merupakan keluhan utama penderita PPOK yang sangat mempengaruhi kegiatan

sehari-hari. Disfungsi otot rangka merupakan hal utama yang dapat menghambat aktivitas penderita PPOK. Selain itu, manifestasi sistemik yang muncul adalah inflamasi sistemik, penurunan berat badan, peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler, osteoporosis, dan depresi (Oemawati, 2013).

Sejalan dengan itu, kondisi fisik yang melemah akibat sesak nafas dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan jumlah oksigen yang dapat memicu kelelahan dan penurunan sistem kekebalan tubuh (Wong,*et al*, 2010). Sistem kekebalan tubuh yang menurun dapat meningkatkan kerentanan terhadap berbagai penyakit dan faktor psikologis seperti ketahanan terhadap stress. Salah satu masalah psikologis yang dialami oleh penderita PPOK adalah ketidakberdayaan (Lubkin dan larsen, 2013).

Ketidakberdayaan merupakan persepsi seseorang bahwa suatu tindakan yang dilakukannya tidak akan mempengaruhi secara bermakna atau kondisi individu yang tidak dapat mengendalikan keadaan tertentu yang dirasakannya. Ada dua faktor yang dapat mengakibatkan munculnya ketidakberdayaan, yaitu faktor predisposisi yang terdiri dari faktor biologis (genetik, status nutrisi, kondisi kesehatan), psikologis(keterampilan verbal, moral, kepribadian, ungkapan tidak memiliki kemampuan dan konsep diri), dan sosial (usia, gender, pekerjaan, status sosial, agama atau keyakinan). Faktor presipitasi yang terdiri dari biologis (genetik, riwayat trauma fisik atau psikis), psikologis (*self control*), dan sosial budaya (peran sosial, budaya, pekerjaan, dan pendapatan) (FIK UI, 2016). Sementara itu, menurut Lubkin dan larsen (2013) bahwa kegagalan terapi, ungkapan tidak adanya perubahan meski sudah patuh dengan regimen pengobatan, menurunnya *support* sosial, dan ketidakpastian penyakit menyebabkan munculnya ketidakberdayaan.

Ketidakberdayaan ditandai dengan mengungkapkan ketidakpuasan dan frustrasi terhadap ketidakmampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya, mengatakan ketidakmampuan perawatan diri, mengungkapkan ketidakpuasan dan

frustasi terhadap ketidakmampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya. Selain itu, tampak pasien enggan mengungkapkan perasaan sebenarnya, gagal mempertahankan ide atau pendapat yang berkaitan dengan orang lain ketika mendapat perlawanan, dan ekspresi muka murung. Akibatnya, penderita PPOK akan mengalami ketergantungan terhadap orang lain, penurunan kemampuan perawatan diri, serta gagal memperhatikan ide dan pendapat (FIK UI, 2016).

Hal yang dapat dilakukan untuk membantu klien dengan ketidakberdayaan adalah mengontrol ketidakberdayaan dengan latihan berfikir positif, membantu klien dengan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenaan dengan perawatan, pengobatan dan masa depannya, mengontrol ketidakberdayaan melalui peningkatan kemampuan mengendalikan situasi yang masih bisa dilakukan klien (FIK UI, 2016).

Menurut hasil penelitian Febriyani & Devi (2017) yang menilai masalah ketidakberdayaan pada pasien dengan penyakit kronis bahwa ketidakberdayaan banyak dialami oleh kelompok usia lansia, yaitu usia 51-60 tahun sebanyak 24 orang, dan > 60 sebanyak 20 orang. Lanjut usia atau lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas (Kemenkes RI, 2015). Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2018, jumlah lansia pada tahun 2017 mencapai 23,66 juta jiwa lansia (9,03%). Pada tahun 2020 jumlah lansia di Indonesia diperkirakan meningkat mencapai 27,08 juta jiwa dan tahun 2035 sebanyak 48,19 juta jiwa. Proses menua merupakan akibat dari kehilangan yang bersifat bertahap (*gradual loss*) yang terkait dengan banyaknya perubahan yang terjadi pada lansia. Akibatnya, terjadi perubahan fungsi. Hasil Riskesdas (2013), penyakit terbanyak pada lanjut usia adalah penyakit tidak menular antara lain hipertensi, arthritis, stroke, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) dan diabetes mellitus (DM). Selain itu, masalah kesehatan jiwa yang sering muncul pada lansia adalah gangguan proses pikir, gangguan perasaan

seperti depresi, harga diri rendah, gangguan fisik gangguan perilaku, dan demensia (Azizah, 2011). pada lansia seperti masalah kesehatan (Nugroho, 2008).

Demensia (pikun) adalah kemunduran kognitif yang sedemikian beratnya, sehingga mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas sosial. Kemunduran kognitif pada demensia biasanya diawali dengan kemunduran memori atau daya ingat atau biasa yang sering disebut juga dengan pelupa. Faktor resiko demensia adanya riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, penyakit vaskuler lainnya, DM, dan trauma kepala (Nugroho, 2008).

Data dari *World Health Organization* (WHO) dan *Alzheimer's Disease International Organization* melaporkan jumlah total orang dengan demensia di seluruh dunia pada tahun 2015 diperkirakan mencapai 47,5 juta dan sebanyak 22 juta jiwa di antaranya berada di Asia. Di Negara maju seperti Amerika Serikat saat ini ditemukan lebih dari 4 juta orang usia lanjut penderita Penyakit Demensia Alzheimer. Angka ini diperkirakan akan meningkat hampir 4 kali pada tahun 2050. Diantara mereka, 58% hidup di negara- negara berpenghasilan rendah dan menengah, dan proporsi ini diproyeksikan meningkat menjadi 71% pada tahun 2050. Jumlah total kasus demensia baru setiap tahun di seluruh dunia hampir 7,7 juta, artinya bahwa setiap 4 detik terdapat 1 kasus demensia yang baru. Jumlah orang dengan demensia diperkirakan akan meningkat menjadi 75,6 juta pada tahun 2030 dan 135,5 juta pada tahun 2050 (WHO, 2015).

Estimasi jumlah penderita penyakit demensia di Indonesia pada tahun 2013 mencapai satu juta orang. Jumlah itu diperkirakan akan meningkat drastis menjadi dua kali lipat pada tahun 2030, dan menjadi empat juta orang pada tahun 2050. Bukannya menurun, tren penderita demensia di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya (Kemenkes, 2016). Sementara itu, hasil rekapitulasi data tahun 2018 yang didapatkan dari Kelurahan Cupak Tengah terdapat sebanyak 540 jiwa lansia.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, ditemukan yaitu 4 orang lansia dengan demensia, satu diantaranya dikurung oleh keluarga di ruangan tertutup.

Perubahan tingkah laku yang dapat terjadi adalah delusi, halusinasi, depresi, kerusakan fungsi tubuh, cemas, disorientasi, ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, melawan, marah, agitasi, apatis, dan kabur dari tempat tinggal. Kondisi ini menyebabkan lansia dengan demensia memerlukan perhatian dan perawatan yang khusus (Miller, 2014).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk memantau kondisi kesehatan lansia dengan demensia adalah dengan melakukan kunjungan rumah oleh perawat jiwa. *Community Mental Health Nursing* merupakan bagian dari kesehatan jiwa komunitas, yang ruang lingkungannya adalah pada masyarakat sehat, resiko, dan gangguan jiwa. Target dari CMHN adalah yang sehat agar tetap sehat, yang beresiko mengalami masalah kesehatan jiwa agar tidak mengalami gangguan namun bisa menjadi sehat, dan masyarakat dengan gangguan bisa produktif dan mandiri (Keliat, 2011). Tujuan dari *Community Mental Health Nursing (CMHN)* yaitu memberikan pelayanan, konsultasi dan edukasi, informasi mengenai prinsip-prinsip kesehatan jiwa kepada para agen komunitas lainnya, menurunkan angka risiko terjadinya gangguan jiwa, dan meningkatkan penerimaan komunitas terhadap praktek kesehatan jiwa melalui edukasi (Stuart, 2009). Pendekatan ini memiliki empat pilar, yaitu pilar I (manajemen pelayanan sehatan jiwa), pilar II (pemberdayaan masyarakat), pilar III (Kemitraan lintas sektor dan lintas program), dan plar IV (manajemen kasus), dimana bertujuan untuk mewujudkan desa sehat jiwa. Salah satu pilar yang dapat diterapkan adalah pilar ke empat yaitu manajemen kasus kesehatan jiwa (Keliat, 2011).

Kompetensi perawat CMHN yang diharapkan pada pilar manajemen kasus kesehatan ini adalah adanya upaya promotif yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah psikososial masyarakat, yang dikemas menjadi satuan asuhan keperawatan

masalah psikososial (resiko), salah satunya memberikan pendidikan kesehatan mengenai demensia pada lansia. Kelurahan Cupak Tengah merupakan satu dari sembilan Kelurahan yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Pauh. Kelurahan ini terdiri dari 6 RW dan 21 RT. RW 03 merupakan lokasi kerja praktek mahasiswa peminatan jiwa komunitas. Berdasarkan data yang didapatkan dari Kelurahan setempat tercatat sebanyak 268 KK. Sementara itu, hasil survey yang dilakukan penulis selama satu bulan dinas ditemukan sebanyak 4 orang masyarakat menderita PPOK. Hasil wawancara didapatkan data bahwa 1 orang diantaranya mengeluhkan kecemasan terhadap penyakitnya, 1 orang merasa putus asa terhadap pengobatan yang telah dilakukan, dan 2 orang lainnya merasa tidak ada perubahan meskipun sudah berobat berulang kali.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada Tn.I yang mana salah satu penderita PPOK mengatakan sudah 4 kali dirawat, anak klien menyebutkan bahwa klien terakhir dirawat pada tahun 2017 di RS Unand. Selain itu, klien juga rutin berobat ke Puskesmas setiap habis obat minum yang diberikan oleh dokter. Klien merasa tidak ada perkembangan yang dirasakannya selama ini, hanya obat untuk mengurangi sesak, dan obat demam yang diberikan. Klien juga mengatakan malas untuk dirujuk ke RS oleh Puskesmas karena anggapannya seminggu setelah dari RS akan meninggal juga. Klien tampak menyangkal penyakit yang diderita saat ini dan menganggapnya tidak akan sembuh walau dibawa ke RS sekalipun. Pada saat pengkajian, terdengar klien bicara tidak fokus, dan kadang ngaur, sehingga harus diklarifikasi balik oleh anaknya terkait kondisi kesehatannya.

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk membuat suatu karya ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn.I dengan Ketidakberdayaan dan Manajemen Kasus pendidikan kesehatan tentang demensia pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa yang menyeluruh pada klien penderita PPOK dengan ketidakberdayaan dan mampu memberikan manajemen kasus pendidikan kesehatan tentang demensia pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Pauh tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada karya ilmiah akhir ini adalah, mahasiswa mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan ketidakberdayaan.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan ketidakberdayaan.
- c. Merumuskan intervensi keperawatan pada pasien dengan ketidakberdayaan.
- d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan ketidakberdayaan.
- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan ketidakberdayaan.
- f. Menerapkan manajemen kasus keperawatan jiwa kelompok resiko: pendidikan kesehatan tentang demensia pada lansia dengan pendekatan *Community Mental Health Nursing (CMHN)* di wilayah kerja Puskesmas Pauh tahun 2019.
- g. Mengevaluasi pelaksanaan manajemen kasus pendidikan kesehatan tentang demensia pada lansia dengan pendekatan *Community Mental Health Nursing (CMHN)* di wilayah kerja Puskesmas Pauh tahun 2019.

3. Manfaat

a. Puskesmas

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi informasi dasar mengenai program pelayanan kesehatan jiwa yang telah menjadi program pelayanan tambahan di Puskesmas dan dapat menjadi salah satu bahan

pertimbangan di Puskesmas untuk meningkatkan pelayanan keperawatan jiwa dimasyarakat terutama dengan kasus resiko.

b. Pendidikan

Hasil karya ilmiah ini dapat menjadi bahan informasi bagi pemberian asuhan keperawatan dalam mengatasi ketidakberdayaan pada pasien yang mengalami PPOK, serta dapat meningkatkan pelayanan yang maksimal nantinya sebagai tenaga kesehatan yang professional, selain itu juga mampu menggerakkan masyarakat untuk mengikuti penyuluhan mengenai masalah psikososial Demensia.

c. Penulis

Penulis mendapatkan pengetahuan terkait dengan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan ketidakberdayaan pada penderita PPOK dan manajemen kasus kesehatan jiwa dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang demensia pada lansia di masyarakat.

