

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lansia merupakan seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun dan mengalami perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh sehingga berdampak pada fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Setiyorini & Wulandari, 2018). Sesuai dengan yang disampaikan oleh (Dewi, Buku Ajar Keperawatan Gerontik, 2014) dalam pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13/Tahun 1998 tentang Kesehatan yang menyebutkan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun.

Lanjut usia adalah keadaan dimana mengalami kegagalan dalam mempertahankan keseimbangan tubuh seseorang terhadap stress fisiologisnya. Kegagalan disini diartikan sebagai penurunan pada daya kemampuan dalam hidup dan meningkatkan kepekaan seseorang (Muhith & Suyoto, Pendidikan Keperawatan Gerontik, 2016). Sedangkan menurut (Kholifah, Keperawatan Gerontik, 2016) lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh.

Pengertian yang dapat diambil dari beberapa pendapat di atas adalah seseorang yang berusia >60 tahun yang mengalami penurunan baik secara fungsional maupun fisiologis.

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut pendapat berbagai ahli, batasan-batasan umur yang mencakup batasan umur lansia sebagai berikut :

1. Menurut *World Health Organization* (WHO), usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut :
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun
 - b. Lanjut usia (*elderly*) ialah 60-74 tahun
 - c. Lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun
 - d. Usia sangat tua (*very old*) ialah di atas 90 tahun (Sunaryo, 2015)
2. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat empat fase, yaitu:
 - a. Fase inventus ialah 25-40 tahun
 - b. Fase virilities ialah 40-55 tahun
 - c. Fase presenium ialah 55-65 tahun
 - d. Fase senium ialah 65 hingga tutup usia (Sarhini & Dkk, 2019).
3. Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro masa lanjut usia (*geriatric age*) >65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia (*geriatric age*) itu sendiri dibagi menjadi tiga batasan umur, yaitu :
 - a. Young old (70-75 tahun)
 - b. Old (75-80 tahun)
 - c. Very old (>80 tahun) (Muhith & Suyoto, Pendidikan Keperawatan Gerontik, 2016)

4. Depkes RI (2005) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

- a. Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun,
- b. Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas,
- c. Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan. (Kholifah, Keperawatan Gerontik, 2016).

Dalam batasan ini peneliti menggunakan batasan usia menurut WHO yang membagi batasan usia ada 4 kriteria sebagai berikut :

- a. Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (*eldery*) ialah 60-74 tahun
- c. Lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) ialah di atas 90 tahun (Sunaryo, 2015)

2.1.3 Tipe-Tipe Lansia

Pada umumnya lansia lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya. Menurut Nugroho W (2010) adalah:

1. Tipe Arif Bijaksana

Yaitu tipe kaya pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, ramah, rendah hati, menjadi panutan.

2. Tipe Mandiri

Yaitu tipe bersifat selektif terhadap pekerjaan, mempunyai kegiatan.

3. Tipe Tidak Puas

Yaitu tipe konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan hilangnya kecantikan, daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, jabatan, teman.

4. Tipe Pasrah

Yaitu lansia yang menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.

5. Tipe Bingung

Yaitu lansia yang kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, pasif, dan kaget.

2.1.4 Ciri-Ciri Lansia

Ciri-ciri lansia adalah sebagai berikut :

1. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat

menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah (Kholifah, Keperawatan Gerontik, 2016).

2.1.5 Tugas Perkembangan Lansia

Seiring tahap kehidupan, lansia memiliki tugas perkembangan khusus.

Tugas perkembangan lansia meliputi :

1. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan.

Lansia harus menyesuaikan dengan perubahan fisik seiring terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi. Hal ini tidak dikaitkan dengan

penyakit, tetapi hal ini adalah normal. Bagaimana meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan pola hidup sehat.

2. Menyesuaikan terhadap masa pada pensiun dan penurunan pendapatan.

Lansia umumnya pensiun dari pekerjaan purna waktu, dan oleh karena itu mungkin perlu untuk menyesuaikan dan membuat perubahan karena hilangnya peran bekerja. Bagaimanapun, karena pensiunan ini biasanya diantisipasi, seseorang dapat berencana ke depan untuk berpartisipasi dalam konsultasi atau aktivitas sukarela, mencari minat dan hobi baru, dan melanjutkan pendidikannya. Meskipun kebanyakan lansia diatas garis kemiskinan, sumber financial secara jelas mempengaruhi permasalahan dalam pensiun.

Sekarang ini orang yang pensiun akan mempunyai ketergantungan sosial, financial, selain juga kehilangan prestise, kewibawaan, peranan-peranan sosial, dan sebagainya, yang akan merupakan stress bagi orang-orang tua tadi. Untuk menghadapi masa pensiun, dengan stress yang sekecil mungkin timbul suatu pemikiran dalam rangka masa persiapan pensiun tadi, yaitu mengadakan pensiun bertahap apa yang disebut "*stepwise employment plan*". Ini dikerjakan secara bertahap mengurangi jam dinas sambil memberikan persiapan-persiapan pengaturan kearah macam pekerjaan yang akan dijalankan seusai pensiun. Hal ini dapat membantu lansia untuk beradaptasi dan menyesuaikan terhadap masa pensiun relative lebih mudah.

3. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan

Mayoritas lansia dihadapkan dengan kematian pasangan, teman dan kadang anaknya. Kehilangan ini sering sulit diselesaikan, apalagi bagi lansia yang menggantungkan hidupnya dari seseorang yang meninggalkannya sangat

berarti bagi dirinya. Dengan membantu lansia melalui proses berduka, dan dapat membantu mereka menyesuaikan diri terhadap kehilangan.

4. Menerima diri sendiri sebagai lansia

Beberapa lansia menemukan kesulitan untuk menerima diri sendiri selama penuaan. Mereka dapat memperlihatkan ketidakmampuannya sebagai koping dengan menyangkal penurunan fungsi, meminta cucunya untuk memanggil mereka “nenek” atau menolak meminta bantuan dalam tugas yang menempatkan keamanan mereka pada resiko yang besar.

5. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup

Lansia dapat mengubah rencana kehidupannya. Misalnya, kerusakan fisik dapat mengharuskan pindah ke rumah yang lebih kecil untuk seorang diri. Beberapa masalah kesehatan lain mungkin mengharuskan lansia untuk tinggal dengan keluarga atau temannya. Perubahan rencana kehidupan bagi lansia mungkin membutuhkan periode penyesuaian yang lama selama lansia memerlukan bantuan dan dukungan profesional perawatan kesehatan dan keluarga.

6. Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa

Lansia sering memerlukan penetapan hubungan kembali dengan anak-anaknya yang telah dewasa. Masalah keterbalikan peran, ketergantungan, konflik, perasaan bersalah, dan kehilangan memerlukan pengenalan resolusi.

7. Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup

Lansia harus belajar menerima aktivitas dan minat baru untuk mempertahankan kualitas hidupnya. Seseorang yang sebelumnya aktif secara sosial sepanjang hidupnya mungkin merasa relative mudah untuk bertemu orang baru dan mendapat minat baru. Akan tetapi, seorang yang introvert dengan sosialisasi

terbatas, mungkin menemui kesulitan bertemu orang baru selama pensiun.
(Azizah, 2011).

2.1.6 Proses Penuaan dan Teori-Teori tentang Proses Penuaan

a. Teori – teori biologi

1. Teori genetik dan mutasi (somatic mutatie theory)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies – spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul – molekul / DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

2. Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel – sel tubuh lelah (rusak)

3. Reaksi dari kekebalan sendiri (auto immune theory)

Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

4. Teori “immunology slow virus” (immunology slow virus theory)

Sistem immune menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

5. Teori stres

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

6. Teori radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

7. Teori rantai silang

Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.

8. Teori program

Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

b. Teori kejiwaan sosial

1. Aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)

Lansia mengalami penurunan jumlah kegiatan yang dapat dilakukannya. Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

2. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia.

Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia.

3. Kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.

4. Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (triple loss), yakni :

- a. Kehilangan peran
- b. Hambatan kontak sosial
- c. Berkurangnya kontak komitmen (Kholifah, Keperawatan Gerontik, 2016)

2.1.7 Perubahan Sistem Tubuh Lansia

Berikut secara umum perubahan fisik yang terjadi pada lansia :

1. Sel: jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh menurun dan cairan intraseluler menurun
2. Sistem pancaindra:
 - a. Pendengaran: presbiakusis, gangguan reflex kontrol postural, degenerasi korti hilangnya neuron di kokhlea, elastisitas membrane vibrasi basiler menurun, akumulasi serumen meningkat, atrofi striae vaskularis, degenerasi sel rambut di kanal semi sirkulasi, penurunan pendengaran.
 - b. Penglihatan: presbiopia, lensa kehilangan elastisitas dan kaku, otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya aomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, lapang pandang menyempit.
 - c. Raba/taktil: atrofi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut, liver spot (pigmen coklat), tipis, berbercak, perabaan menurun.

- d. Pengecap: hilangnya tanggap terhadap reflek batuk dan menelan, lipatan suara menghilang, suara gemetar, nada meninggi, kekuatan dan jangkauan menurun, atrofi dan hilangnya elastisitas otot dan tulang rawan larings.
 - e. Penciuman: gangguan rasa membau
3. Sistem gastrointestinal: penurunan intake kehilangan gigi (*periodontal disease*), indra pengecap menurun (adanya iritasi kronis selaput lender, atrofi indra pengecap, hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa asin, asam, pahit), sensitivitas lapar di lambung menurun, asam lambung menurun, waktu mengosongkan lambung lama, peristaltic usus lemah hingga timbul konstipasi, fungsi absorpsi lemah, liver mengecil, berkurangnya aliran darah, dan menurunnya tempat penyimpanan lemak, produksi enzim pencernaan menurun, disfagia, BB menurun.
 4. Sistem kardiovaskuler: massa jantung bertambah, ventrikel kiri hipertropi, kemampuan peregangan jantung berkurang, perubahan jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat, konsumsi O₂ pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru menurun, kaku jantung menebal dan kaku, menurunnya kontraksi dan volume, elastisitas pembuluh darah menurun, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga TD meningkat.
 5. Sistem respirasi: kekuatan otot pernafasan menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, penyempitan pada bronkus.

6. Sistem endokrin: produksi hormon menurun, penurunan aktifitas tiroid, hormone seksual dan fertilitas menurun, hormone pertumbuhan menurun sehingga menimbulkan osteoporosis.
7. Sistem hematologi: sumsum tulang mengandung lebih sedikit sel hemopoitik, respon regenerative terhadap hilang darah atau terapi anemia pernisiiosa agak berkurang, timbul penyakit anemia defisiensi besi, megaloblastic, anemia penyakit kronis.
8. Persendian: jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament, fascia mengalami penurunan elastisitas, ligament dan jaringan periarkular mengalami daya lentur, terjadi degenerasi, erosi, dan klasifikasi pada kartilago dan kapsul sendi, fleksibilitis sendi menurun sehingga luas dan gerak sendi menurun, kaku sendi.
9. Sistem urogenital dan tekanan darah: terjadi penebalan kapsula bowman, gangguan permeabilitas terhadap solut yang akan difiltrasi, nefron mengalami penurunan jumlah dan timbul atrofi pada ginjal, aliran darah di ginjal menurun, penebalan intima pada pembuluh darah atau tunika amedia akibat aterosklerosis dan proses menua, kelenturan pembuluh darah tepi meningkat sehingga menyebabkan tekanan darah sistolik meningkat.
10. Sistem persyarafan: berat otak menurun, meningen menbal, degenerasi pigmen substantia nigra, parkinson dan demensia, vaskularisasi otak menurun, tia, stroke, gangguan persepsi analisis berkurang, memori jangka panjang dan pendek menurun, lebih egois dan introvert kaku dalam memecahkan masalah, gangguan merasa panas, dingin, nyeri.
11. Sistem integumen: kulit menipis, kering, fragil, berubah warna, rambut menipis, beruban, kuku menipis, mudah patah, pertumbuhan lambat, beralur,

elastisitas kulit menurun, purpura senilis, bercak Campbell de morgan, berkurangnya bantalan akibat penurunan lemak subkutan, degenerasi kolagen, atrofi epidermis, kelenjer keringat, folikel rambut, perubahan, pigmenter.

12. Sistem muskuloskeletal: cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), persendian kaku dan membesar atrofi otot, kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami sklerosis.

13. Sistem reproduksi:

a. Pada lansia wanita: menciutnya ovarium dan uterus, atrofi pada payudara, monopause, selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifat sekresi menjadi alkali.

b. Pada lansia pria: testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun terjadi penurunan berangsur-angsur, dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun (Azizah, 2011).

2.2 Konsep Medis Demensia

2.2.1 Definisi Demensia

Demensia merupakan penyakit degeneratif yang sering menyerang pada orang yang berusia diatas 60 tahun. Demensia terjadi akibat kerusakan sel-sel otak dimana sistem saraf tidak lagi bisa membawa informasi ke dalam otak, sehingga membuat kemunduran pada daya ingat, keterampilan secara progresif, gangguan emosi, dan perubahan perilaku, penderita demensia sering menunjukkan gangguan perilaku harian (Pieter J. d., 2011). Sesuai dengan yang disampaikan oleh (Killin, 2016) Demensia adalah sindrom penurunan kognitif dan fungsional, biasanya terjadi di kemudian hari sebagai akibat neurodegeneratif dan proses serebrovaskuler.

Demensia adalah gejala yang disebabkan oleh penyakit otak yang biasanya bersifat kronis dan progresif. Dimana gangguan dari beberapa fungsi kortikal lebih tinggi, termasuk memori, berpikir, orientasi, pemahaman, perhitungan, belajar, berbahasa, dan penilaian. Gangguan fungsi kognitif terkadang didahului dengan penuaan, pengendalian emosi, perilaku sosial, dan motivasi (Wicitania, 2016).

Pengertian yang dapat diambil dari beberapa pendapat di atas adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir, dan penurunan kemampuan tersebut dapat menimbulkan gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari yang disebabkan akibat kerusakan sel-sel otak dimana sistem saraf tidak lagi bisa membawa informasi ke dalam otak.

2.2.2 Klasifikasi

Klasifikasi menurut (Aspiani, 2014) dapat dibagi dalam 3 tipe yaitu:

1. Demensia Kortikal dan Sub Kortikal

a. Demensia Kortikal

Merupakan demensia yang muncul dari kelainan yang terjadi pada korteks serebri substansia grisea yang berperan penting terhadap proses kognitif seperti daya ingat dan bahasa. Beberapa penyakit yang dapat menyebabkan demensia kortikal adalah Penyakit Alzheimer, Penyakit Vaskular, Penyakit *Lewy Bodies*, sindroma Korsakoff, ensefalopati Wernicke, Penyakit Pick, Penyakit Jakob-Creutzfeldt.

b. Demensia Subkortikal

Merupakan demensia yang termasuk non-Alzheimer, muncul dari kelainan yang terjadi pada korteks serebri substansia alba. Biasanya tidak didapatkan gangguan daya ingat dan bahasa. Beberapa penyakit yang dapat

menyebabkan demensia kortikal adalah penyakit Huntington, hipotiroid, Parkinson, kekurangan vitamin B1, B12, Folate, sifilis, hematoma subdural, hiperkalsemia, hipoglikemia, penyakit Coeliac, AIDS, gagal hepar, ginjal, nafas, dan lain-lain.

2. Demensia Reversibel dan Non reversible

a. Demensia Reversibel

Merupakan demensia dengan faktor penyebab yang dapat diobati. Yang termasuk faktor penyebab yang dapat bersifat reversibel adalah keadaan/penyakit yang muncul dari proses inflamasi (ensefalopati SLE, sifilis), atau dari proses keracunan (intoksikasi alkohol, bahan kimia lainnya), gangguan metabolik dan nutrisi (hipo atau hipertiroid, defisiensi vitamin B1, B12, dan lain-lain).

b. Demensia Non Reversibel

Merupakan demensia dengan faktor penyebab yang tidak dapat diobati dan bersifat kronik progresif. Beberapa penyakit dasar yang dapat menimbulkan demensia ini adalah penyakit Alzheimer, Parkinson, Huntington, Pick, Jakob-Creutzfeldt, serta vaskular.

3. Demensia Pre Senilis dan Senilis

a. Demensia Pre Senilis

Merupakan demensia yang dapat terjadi pada golongan umur lebih muda (onset dini) yaitu umur 40-50 tahun dan dapat disebabkan oleh berbagai kondisi medis yang dapat mempengaruhi fungsi jaringan otak (penyakit degeneratif pada sistem saraf pusat, penyebab intra kranial, penyebab vaskular, gangguan metabolik dan endokrin, gangguan nutrisi, penyebab

trauma, infeksi dan kondisi lain yang berhubungan, penyebab toksik (keracunan), anoksia).

b. Demensia Senilis

Merupakan demensia yang muncul setelah umur 65 tahun. Biasanya terjadi akibat perubahan dan degenerasi jaringan otak yang diikuti dengan adanya gambaran deteriorasi mental.

2.2.3 Etiologi

1. Penyakit alzheimer

Penyebab utama penyakit demensia adalah penyakit alzheimer. Demensia 50% di sebabkan oleh penyakit alzheimer, 20% disebabkan gangguan pembuluh otak, dan sekitar 20% gabungan keduanya serta sekitar 10% disebabkan faktor lain. Penyebab alzheimer tidak diketahui pasti penyebabnya, tetapi diduga berhubungan dengan faktor genetik, penyakit alzheimer ini ditemukan dalam beberapa keluarga gen tertentu.

2. Serangan stroke

Penyebab kedua demensia adalah serangan stroke yang terjadi secara ulang. Stroke ringan dapat mengakibatkan kelemahan dan secara bertahap dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan otak akibat tersumbatkan aliran darah (infark). Demensia multiinfark berasal dari beberapa stroke ringan, sebagian besar penderita stroke memiliki tekanan darah tinggi (hipertensi) yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada otak.

3. Serangan lainnya

Serangan lainnya dari demensia adalah demensia yang terjadi akibat pencederaan pada otak (cardiac arrest), penyakit parkison, AIDS, dan hidrocefalus.

Sebagian besar peneliti dalam risetnya sepakat bahwa penyebab utama dari gejala demensia adalah penyakit Alzheimer, penyakit vaskuler (pembuluh darah), demensia leury body, demensia frontotemporer dan 10% diantaranya disebabkan oleh penyakit lain. Penyakit yang dapat menyebabkan timbulnya gejala demensia ada 7S, sebagian dapat disembuhkan dan sebagian besar tidak dapat disembuhkan. 50%-60% penyebab demensia adalah penyakit Alzheimer. Alzeimer adalah kondisi dimana sel saraf pada otak mati sehingga membuat signal dari otak tidapat ditransmisikan sebagaimana mestinya (Azizah, Lilik Ma'rifatul, 2016)

2.2.4 Karakteristik

Menurut john (1994) bahwa lansia yang mengalami demensia juga akan mengalami keadaan yang sama seperti orang depresi yaitu akan mengalami deficit aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS). Gejala yang sering menyertai demensia adalah

- a. Gejala awal : kinerja mental menurun, fatigue, mudah lupa, gagal dalam tugas
- b. Gejala lanjut: gangguan kognitif, gangguan afektif, gangguan perilaku
- c. Gejala umum: mudah lupa, aktivitas sehari-hari terganggu, disorientasi, cepat marah, kurang konsentrasi, resti jatuh (Azizah, Lilik Ma'rifatul, 2016)

2.2.5 Stadium Demensia

1. Stadium I (stadium amnestik)

Berlangsung selama 2-4 tahun dengan gejala yang timbul antara lain gangguan pada memori, berhitung, dan aktivitas spontan menurun. Fungsi memori yang terganggu bisa menyebabkan lupa akan hal baru yang dialami, kondisi seperti ini tidak mengganggu aktivitas rutin dalam keluarga.

2. Stasium II (stadium demensia)

Berlangsung selama 2-10 tahun dengan gejala yang dialami seperti disorientasi, gangguan bahasa, mudah bingung, dan penurunan fungsi memori lebih berat sehingga penderita pada stadium ini tidak dapat melakukan kegiatan sampai selesai, mengalami gangguan visuospasial, tidak mengenali anggota keluarganya, tidak ingat sudah melakukan tindakan sehingga mengulanginya lagi, mengalami depresi berat sekitar 15-20%.

3. Stadium III

Pada stadium ini berlangsung sekitar 6-12 tahun dengan gejala yang ditimbulkan penderita menjadi vegetatif, kegiatan sehari-hari membutuhkan bantuan orang lain, membisu, daya ingat intelektual serta memori memburuk sehingga tidak mengenal keluarganya sendiri, tidak bisa mengendalikan buang air besar maupun kecil. Menyebabkan trauma kematian atau akibat infeksi.

2.2.6 Patofisiologi

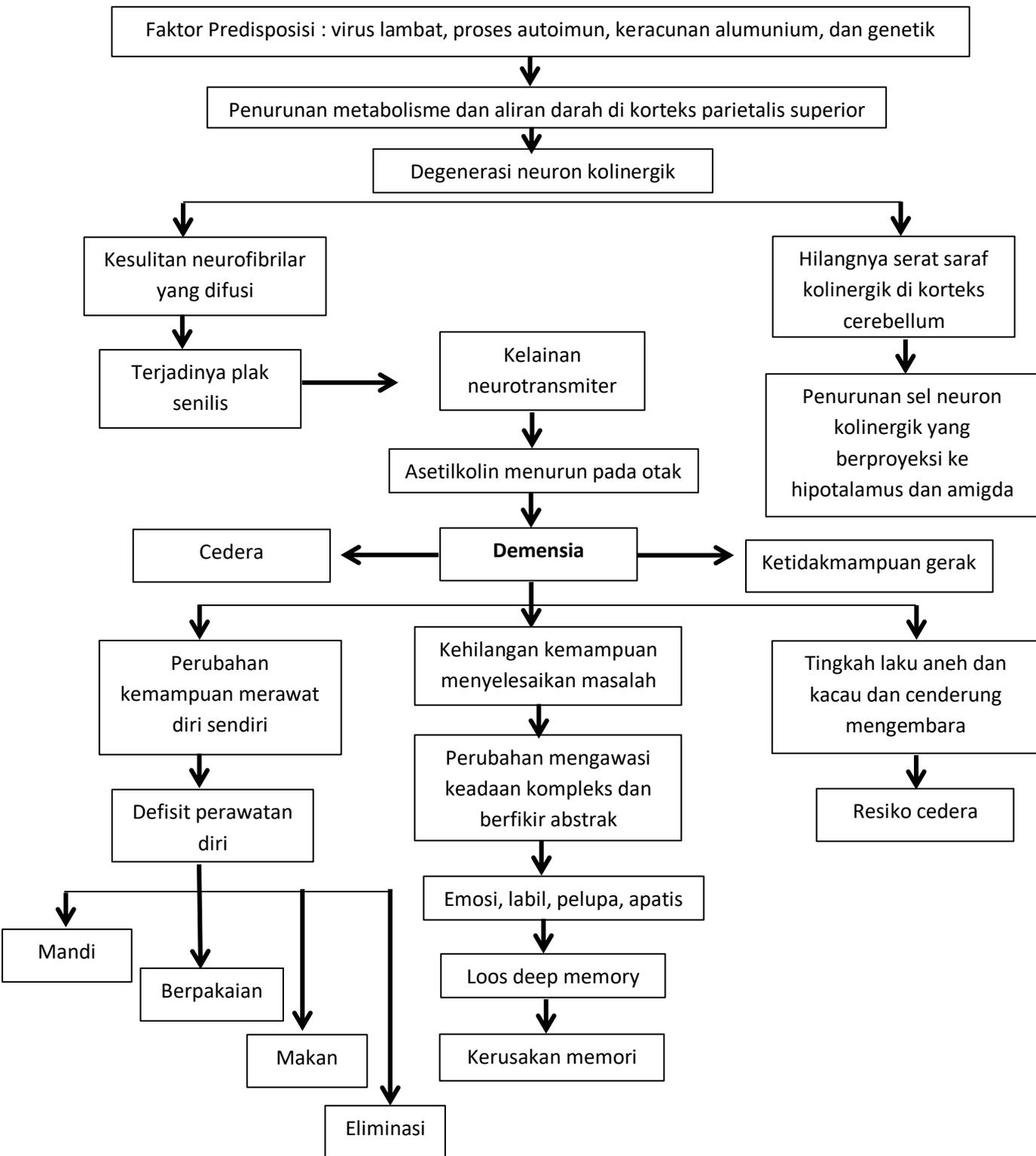
Proses menua tidak dengan sendirinya menyebabkan terjadinya demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan saraf pusat yaitu berat otak akan menurun sebanyak sekitar 10% pada penuaan antara umur 30 -70 tahun. Berbagai faktor etiologi yaitu genetik, keracunan atau terpapar aluminium penurunan metabolisme dan aliran darah di korteks parietalis superior dan hilangnya neuron pada bagian basal otak depan yang bersifat kolinergik.

Penyakit degenerative pada otak, gangguan vascular dan penyakit lainnya serta gangguan nutrisi, metabolic dan toksitasi secara langsung maupun tak langsung dapat menyebabkan sel neuron mengalami kerusakan melalui mekanisme iskemia, infark, inflamasi, deposisi protein abnormal sehingga jumlah neuron menurun dan mengganggu fungsi dari area kortikal ataupun sub kortikal.

Hilangnya sel neuron menyebabkan terjadinya plak senilis atau plak neuritik sehingga jumlah neuron menurun.

Disamping itu kadar neurotransmitter di otak yang diperlukan untuk proses konduksi saraf juga akan berkurang. Hal ini akan menimbulkan gangguan fungsi kognitif (daya ingat, daya pikir dan belajar), gangguan sensorium (perhatian, kesadaran), persepsi, isi pikir, emosi dan mood. Fungsi yang mengalami gangguan tergantung lokasi area yang terkena (kortikal atau subkortikal) atau penyebabnya, karena manifestasinya dapat berbeda. Keadaan patologis dari hal tersebut akan memicu keadaan konfusio akut demensia. Keadaan demensia yang disertai dengan cedera dan ketidakmampuan dalam gerak akan menyebabkan penurunan atau perubahan dalam hal kemampuan merawat diri sendiri. Perawatan diri diantara dalam hal mandi, makan, eliminasi, dan berpakaian yang menyebabkan timbulnya masalah defisit perawatan diri.

2.2.7 Pathway



Gambar 2.1 Pathway demensia pada lansia (Muttaqin, 2011).

2.2.8 Faktor Resiko Demensia

a. Usia

- b. Konsumsi alkohol
- c. Aterosklerosis
- d. Diabetes Melitus
- e. Sindrom down
- f. Genetik
- g. Hipertensi
- h. Depresi
- i. Merokok

2.2.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium Rutin

Pemeriksaan laboratorium rutin hanya dilakukan begitu diagnosa klinis demensia ditegakkan untuk membantu pencarian etiologi demensia khususnya demensia reversible, walaupun 50% penyandang demensia adalah demensia Alzheimer dengan hasil laboratorium normal, pemeriksaan laboratorium rutin sebaiknya dilakukan. Pemeriksaan laboratorium yang rutin dikerjakan antara lain : pemeriksaan darah lengkap, urinalisis, elektrolit serum, kalsium darah, ureum, fungsi hati, hormone tiroid, kadar asam folat.

2. Pemeriksaan EEG

Elektroencephalogram (EEG) tidak memberikan gambaran spesifik dan pada sebagian besar EEG adalah normal. Pada stadium lanjut dapat memberi gambaran perlambatan difusi dan kompleks periodik (Bintoro, 2012).

3. Imaging

Computed Tomography (CT) dan MRI (Magnetic Resonance Imaging) telah menjadi pemeriksaan rutin dalam pemeriksaan demensia walaupun kebanyakan hasilnya masih dipertanyakan (Widyastuti & Laksminadewi, 2018).

4. Pemeriksaan Genetika

Apolipoprotein E (APOE) adalah suatu protein pengangkut lipid polimorfik yang memiliki 3 allel yaitu epsilon 2, epsilon 3, dan epsilon 4. Setiap allel mengkode bentuk APOE yang berbeda. Meningkatnya frekuensi epsilon 4 diantara penyandang demensia Alzheimer tipe awitan lambat atau tipe sporadik menyebabkan pemakaian genotif APOE epsilon 4 sebagai penanda semakin meningkat.

5. Pemeriksaan Cairan Otak

Fungsi lumbal diindikasikan bila klinis dijumpai awitan demensia akut, penyandang dengan immunosupresan, dijumpai rangsangan meningen dan panas, demensia presentasi atipikal, hidrosefalus normotensif, tes sifilis (+), penyengatan meningeal pada CT scan.

2.2.10 Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada demensia adalah:

- a. Peningkatan resiko infeksi diseluruh bagian tubuh yaitu ulkus diabetikus, ISK (infeksi saluran kencing), pneumonia.
- b. Thromboemboli, infarkmiokardium
- c. Kejang
- d. Kontraktur sendi
- e. Kehilangan kemampuan untuk merawat diri

- f. Malnutrisi dan dehidrasi akibat nafsu makan dan kesulitan menggunakan peralatan (Kushariyadi, 2011).

2.2.11 Penatalaksanaan

Sebagian besar demensia tidak dapat disembuhkan. Penatalaksanaan pada pasien demensia menurut (Aspiani, 2014) sebagai berikut:

1. Farmakoterapi
 - a. Untuk mengobati demensia alzheimer digunakan obat-obatan antikolinesterase seperti Donepezil, Rivastigmine, Glantamine, Memantine.
 - b. Demensia vaskuler membutuhkan obat-obatan anti platelet seperti Aspirin, Ticlopidine, Clopidogrel untuk melancarkan aliran darah ke otak sehingga memperbaiki gangguan kognitif.
 - c. Demensia karena stroke yang berturut-turut tidak dapat diobati, tetapi perkembangannya bisa diperlambat atau bahkan dihentikan dengan mengobati tekanan darah tinggi atau kencing manis yang berhubungan dengan stroke.
 - d. Jika hilangnya ingatan disebabkan oleh depresi, diberikan obat anti- depresi seperti Sertraline dan Citalopram.
 - e. Untuk mengendalikan agitasi dan perilaku yang meledak-ledak, yang bisa menyertai demensia stadium lanjut, sering digunakan antipsikotik (misalnya Haloperidol, Quetiaone dan Risperidone).
2. Dukungan atau peran keluarga
 - a. Mempertahankan lingkungan yang familiar akan membantu penderita tetap memiliki orientasi. Kalender yang besar, cahaya yang terang, jam dinding dengan angka-angka yang besar atau radio juga bisa membantu.

- b. Menyembunyikan kunci mobil dan memasang detector pada pintu bisa membantu mencegah terjadinya kecelakaan pada penderita yang senang berjalan-jalan.
- c. Menjalani kegiatan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia.
- d. Memarahi atau menghukum penderita tidak akan membantu, bahkan memperburuk keadaan.
- e. Menerima bantuan organisasi yang memberikan pelayanan social dan perawatan akan sangat membantu.

3. Terapi simtomatik

Menurut (Erwanto & Kurniasih, 2018) Penderita penyakit demensia dapat diberikan terapi simtomatika yaitu terapi rekreasional dan aktifitas dimana upaya yang dapat dilakukan dengan memberikan terapi brain gym. Brain gym ini berupa senam otak dengan melibatkan petugas untuk mengajarkan gerakan-gerakan mudah pada pasien demensia. Senam otak ini bertujuan untuk membuktikan pernyataan menurut (Pratiwi, 2016) bahwa apabila senam otak dilakukan secara rutin 1 kali dalam sehari maka dapat menjaga fungsi daya ingat pada lansia sehingga lansia dapat memenuhi aktivitas sehari-hari, hal ini dibuktikan dengan peningkatan presentase pengkajian Indeks KATZ. Sesuai penelitian yang dilakukan oleh Chancellor, Duncan, & Chatterjee (2014) bahwa senam otak mampu meningkatkan fungsi kognitif pada lansia yang mengalami demensia.

2.2.12 Pencegahan dan Perawatan Demensia

Hal yang dapat kita lakukan untuk menurunkan resiko terjadinya demensia diantaranya adalah menjaga ketajaman daya ingat dan senantiasa mengoptimalkan fungsi otak seperti:

- a. Mencegah masuknya zat-zat yang dapat merusak sel-sel otak seperti alkohol dan zat adiktif yang berlebihan.
- b. Membaca buku yang merangsang otak untuk berpikir hendaknya dilakukan setiap hari.
- c. Melakukan kegiatan yang dapat membuat mental kita sehat dan aktif: Kegiatan rohani & memperdalam ilmu agama.
- d. Tetap berinteraksi dengan lingkungan, berkumpul dengan teman yang memiliki persamaan minat atau hobi.
- e. Mengurangi stress dalam pekerjaan dan berusaha untuk tetap relaks dalam kehidupan sehari-hari dapat membuat otak kita tetap sehat (Oktavianus, 2014).

2.3 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.3.1 Definisi

Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Seperti yang disampaikan oleh (Azizah, Lilik Ma'rifatul, 2016) defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting). Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya.

Defisit perawatan diri adalah suatu gangguan dalam melakukan aktivitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia untuk memenuhi

kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan, kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya (Ade, 2011).

Pengertian yang dapat diambil dari beberapa pendapat di atas adalah ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri atau terdapat penurunan minat dalam melakukan perawatan diri mandi, berhias, makan, dan eliminasi.

2.3.2 Jenis Defisit Perawatan Diri

1. Kurang perawatan diri : Mandi / kebersihan

Kurang perawatan diri (mandi) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas mandi/kebersihan diri.

2. Kurang perawatan diri : Mengenakan pakaian / berhias.

Kurang perawatan diri (mengenakan pakaian) adalah gangguan kemampuan memakai pakaian dan aktivitas berdandan sendiri.

3. Kurang perawatan diri : Makan

Kurang perawatan diri (makan) adalah gangguan kemampuan untuk menunjukkan aktivitas makan.

4. Kurang perawatan diri : Toileting

Kurang perawatan diri (toileting) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas toileting sendiri (Azizah, Lilik Ma'rifatul, 2016).

2.3.3 Etiologi

Menurut Tarwoto dan Wartonah, (2000) penyebab kurang perawatan diri adalah sebagai berikut:

1. Faktor prediposisi

a. Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

b. Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

c. Kemampuan realitas turun

Klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

d. Sosial

Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2. Faktor presipitasi

Yang merupakan faktor presiptasi deficit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

Menurut Depkes (2000: 59) Faktor – faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah:

1. Body Image

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.

2. Praktik Sosial

Pada anak – anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.

3. Status Sosial Ekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

4. Pengetahuan

Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien penderita diabetes mellitus ia harus menjaga kebersihan kakinya.

5. Budaya

Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

6. Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain – lain.

7. Kondisi fisik atau psikis

Pada keadaan tertentu/sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

2.3.4 Manifestasi Klinis

Menurut Depkes (2000: 20) Tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

1. Fisik
 - a. Badan bau, pakaian kotor
 - b. Rambut dan kulit kotor
 - c. Kuku panjang dan kotor
 - d. Gigi kotor disertai mulut bau
 - e. Penampilan tidak rapi
2. Psikologis
 - a. Malas, tidak ada inisiatif
 - b. Menarik diri, isolasi diri
 - c. Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina
3. Sosial
 - a. Interaksi kurang
 - b. Kegiatan kurang
 - c. Tidak mampu berperilaku sesuai norma
 - d. Cara makan tidak teratur BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri

Data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri adalah:

1. Data subyektif

- a. Pasien merasa lemah
- b. Malas untuk beraktivitas
- c. Merasa tidak berdaya.

2. Data obyektif

- a. Rambut kotor, acak – acakan
- b. Badan dan pakaian kotor dan bau
- c. Mulut dan gigi bau
- d. Kulit kusam dan kotor
- e. Kuku panjang dan tidak terawat

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) :

a. Gejala dan tanda mayor

1. Data subyektif

- Menolak melakukan perawatan diri

2. Data obyektif

- Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri

b. Gejala dan tanda minor

1. Data subyektif

(tidak tersedia)

2. Data obyektif

(tidak tersedia)

2.3.5 Faktor Yang Berhubungan

1. Gangguan neuromuskuler
2. Gangguan muskulokeletal
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.3.6 Kondisi Klinis Terkait

1. Stroke
2. Cedera medula spinalis
3. Demensia
4. Delirium
5. Depresi
6. Arthritis reumatoid
7. Gangguan amnestik
8. Skizofrenia dan gangguan psikiatrik lain
9. Fungsi penilaian terganggu
10. Retardasi mental (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.3.7 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Intervensi utama :

Dukungan Perawatan Diri

Tindakan

Observasi

1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
2. Monitor tingkat kemandirian
3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

Terapeutik

1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)
2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuannya (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.3.8 Standar Luaran Keperawatan Defisit Perawatan Diri

- a. Luaran utama

- Perawatan diri

b. Luaran tambahan

- Fungsi sensori
- Koordinasi pergerakan
- Mobilitas fisik
- Motivasi
- Status kognitif
- Status neurologi
- Tingkat delirium
- Tingkat demensia
- Tingkat kelelahan
- Tingkat kenyamanan
- Tingkat nyeri (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

2.3.9 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perawatan Diri

Menurut Potter & Perry (2005), sikap seseorang melakukan perawatan diri (personal hygiene) dipengaruhi oleh sejumlah faktor yaitu : citra tubuh, praktik sosial, status sosial ekonomi, pengetahuan, variabel kebudayaan, pilihan pribadi, dan kondisi fisik.

a. Citra tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Personal hygiene yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu (Stuart & Sundeen, 1991). Citra tubuh ini dapat seringkali berubah. Citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan hygiene seseorang.

b. Praktik Sosial

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang individu berhubungan dapat mempengaruhi praktik hygiene pribadi. Praktik hygiene lansia dapat berubah dikarenakan situasi kehidupan. Misalnya, lansia yang tinggal di rumah perawatan tidak dapat mempunyai privasi dalam lingkungan yang baru. Mereka tidak mempunyai kemampuan fisik untuk membungkuk keluar masuk bak mandi kecuali kamar mandi telah dibentuk untuk mengakomodasi keterbatasan fisik mereka.

c. Status Sosial Ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. Dari segi ekonomi, harus diperhatikan apakah individu dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi, dan kosmetik. Sedangkan dari aspek sosial dilihat apakah penggunaan produk-produk tersebut merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial individu.

d. Pengetahuan

Pengetahuan akan pentingnya hygiene dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktek hygiene. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Seseorang juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri sehingga akan terus meningkatkan perawatan dirinya.

e. Variabel Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan hygiene. Seorang dari latar belakang kebudayaan berbeda memiliki praktik perawatan diri yang berbeda. Keyakinan yang didasari kultur sering menentukan definisi tentang kesehatan dan perawatan diri.

f. Pilihan Pribadi

Menurut pilihan dan kebutuhan pribadi, setiap individu memiliki keinginan dan pilihan tentang kapan untuk melakukan perawatan diri dan bagaimana ia melakukannya.

g. Kondisi Fisik

Semakin lanjut usia seseorang, maka akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik, yang dapat mengakibatkan penurunan peranan-peranan sosialnya. Hal ini mengakibatkan timbulnya gangguan di dalam mencukupi kebutuhan hidupnya. Sehingga dapat meningkatkan bantuan orang lain.

2.3.10 Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene adalah :

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah: Gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

2. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial (Azizah, Lilik Ma'rifatul, 2016)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik Defisit Perawatan Diri Pada Demensia

2.4.1 Pengkajian

Menurut (Aspiani, 2014) pengertian pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan, meliputi pengumpulan data, analisa data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan.

1. Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa/latar belakang kebudayaan, status sipil, pendidikan, pekerjaan dan alamat. Pada pengkajian umur didapatkan data umur pasien memasuki usia lanjut.

2. Data keluarga

Data keluarga ini mencakup nama, hubungan, pekerjaan, alamat, dan no tlpn.

3. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penderita demensia yaitu mudah lupa. Seringkali lupa dalam hal melakukan aktivitas sehari-hari yaitu perawatan diri, menolak melakukan perawatan diri, malas atau kurangnya minat dalam melakukan perawatan diri.

4. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai keadaan klien saat ini, mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dilakukan pengkajian.

5. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, penggunaan obat anti ansietas dan penggunaan obat-obat antikolinergik dalam jangka waktu yang lama. Kemudian adanya riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakit ateromatosa dan faktor resikonya (Gleadle, 2007)

6. Riwayat keperawatan

- Faktor yang mempengaruhi *personal hygiene*
- Pola kebersihan tubuh
- Kebiasaan *personal hygiene* (mandi, *oral care*, perawatan kuku dan kaki, perawatan rambut, mata, hidung, dan telinga)

7. Riwayat alergi

Kaji apakah terdapat alergi makanan, obat-obatan dan lain-lainnya.

8. Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua)

1. Kondisi umum

a. Kelelahan

Kondisi yang ditandai oleh kapasitas berkurang untuk beraktifitas, biasanya disertai dengan perasaan letih dan lemah. Kelelahan dapat akut

dan datang mendadak atau kronis. Pada klien lansia penderita psikososial Demensia biasanya lemah.

b. Perubahan BB

Apakah terjadi kenaikan atau penurunan berat badan klien. Bandingkan berat badan sekarang dengan berat badan saat sebelum dilakukan pengkajian.

c. Perubahan nafsu makan

Perubahan terhadap jenis makanan tertentu yang ingin dikonsumsi.

d. Gangguan tidur

Kondisi dimana terjadinya perubahan dalam jumlah, kualitas, waktu tidur pada seorang individu sesuai dengan kebutuhan tidur lansia yaitu 6-7 jam per hari.

e. Kemampuan ADL

Kemampuan umum dalam perawatan diri (mandiri atau perlu bantuan).

2. Integumen

a. Lesi/luka

Apakah terdapat kerusakan kontinuitas kulit, membran mukosa dan tulang atau organ tubuh yang lain.

b. Pruritus

Rasa gatal dan disertai ruam yang sering terjadi pada penderita gangguan kulit, hipertiroid, hipotiroid, hemorrhoid, polisitemia, dan anemia sebagai akibat kekurangan zat besi, dan lain-lainnya.

c. Perubahan pigmen

Adanya perubahan pigmen pada wajah.

d. Memar

Memar adalah suatu perdarahan dalam jaringan bawah kulit atau kutis akibat pecahnya kapiler dan vena, yang disebabkan oleh kekerasan benda tumpul.

e. Pola penyembuhan lesi

Lama atau tidaknya riwayat penyembuhan luka.

3. Hematopoetic

a. Perdarahan abnormal

Keterangan diisi apabila klien mengalami perdarahan abnormal yaitu jumlah, frekuensi dan lama

b. Pembengkakan kelenjar limfe

Normalnya saat dilakukan palpasi kelenjar limfe tidak teraba tetapi jika teraba benjolan maka terjadi pembengkakan kelenjar limfe.

c. Anemia

Penurunan jumlah massa eritrosit (red cell mass) sehingga tidak dapat memenuhi fungsinya untuk membawa oksigen dalam jumlah yang cukup

ke jaringan perifer (penurunan oxygen carrying capacity). Anemia ditunjukkan oleh penurunan kadar hemoglobin, hematokrit atau hitung eritrosit.

4. Kepala

a. Sakit kepala

Rasa tidak mengenakkan pada seluruh daerah kepala dengan batas bawah dari dagu sampai kedaerah belakang kepala.

b. Pusing

Sensasi melayang, berputar, kliyengan atau merasa akan pingsan.

c. Gatal pada kulit kepala

Sudah jelas.

5. Mata

a. Perubahan penglihatan

Seiring bertambahnya usia lansia akan mengalami penurunan ketajaman penglihatan, dapat dikaitkan dengan penyakit katarak, presbiopi, miopi, rabun senja, astigmatisma, kebutaan.

b. Pakai kacamata

Pada kolom keterangan diisi dengan tipe lensa kacamata dan kekuatan lensa apabila klien menggunakan kacamata.

c. Kekeringan

Kondisi ini terjadi karena produksi air mata yang tidak normal dan tidak dapat melubrikasi permukaan bagian depan kornea disertai dengan gejala mata pedih, penglihatan buram, tidak bisa mengeluarkan air mata saat menangis, 'beleken', mata merah.

d. Nyeri

Nyeri pada area mata dapat dikaitkan dengan adanya infeksi pada mata dan peningkatan tekanan intra okuler. Pada kolom keterangan ditambahkan pengkajian nyeri PQRST.

e. Gatal

Gatal pada area mata karena ada benda asing atau terjadinya infeksi.

f. Photobibia

Rasa tidak nyaman, takut, bahkan nyeri pada saat cahaya terang. Kondisi ini dapat disebabkan karena gangguan, trauma, infeksi pada mata, gangguan pada saraf, ataupun gangguan kejiwaan. Pada kolom keterangan apabila terdapat photopobia, perawat dapat mengisi keterangan lebih lanjut mengenai kapan, dimana, dan perasaan yang muncul pada saat melihat cahaya.

g. Diplopia

Jika klien mengalami penglihatan ganda.

h. Riwayat infeksi

Apabila klien pernah mengalami infeksi pada area mata dalam kurun waktu 3 bulan terakhir.

i. Dampak pada ADL

Uraian yang berisi efek dari klien yang tidak mau melakukan perawatan diri menyebabkan infeksi pada bagian mata sehingga terjadi penurunan penglihatan dan sulit dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

6. Telinga

a. Penurunan pendengaran

Pada lansia terjadi penurunan ketajaman pendengaran dapat diketahui dengan menggunakan garputala, tes bisik, tes detik jarum.

b. Discharge

Adanya cairan (darah, pus, kotoran telinga) yang berasal dari telinga tengah dan atau dalam.

c. Tinnitus

Klien merasa mendengar suara dari telinga atau kepala, namun sumber suara tidak jelas. Klien sering mengeluh telinga berdenging.

d. Vertigo

Perasaan seolah-olah bergerak atau berputar, atau seolah-olah benda disekitarnya bergerak atau berputar, yang biasanya disertai dengan kehilangan keseimbangan.

e. Alat bantu dengar

Jika klien menggunakan alat bantu dengar pada kolom keterangan diuraikan lama pemakaian alat pendengaran.

f. Riwayat infeksi

Infeksi pada area telinga yang pernah dialami oleh klien dalam kurun waktu 3 bulan terakhir.

g. Kebiasaan membersihkan telinga

Pada kolom keterangan dapat dijelaskan alat yang digunakan dan frekuensi membersihkan telinga.

h. Dampak pada ADL

Uraian yang berisi efek tentang klien yang tidak mau melakukan perawatan diri yang bisa menyebabkan infeksi pada bagian telinga misal karena terdapat serumen atau cairan nanah sehingga terjadi penurunan pendengaran yang mempengaruhi aktifitas sehari-hari klien.

7. Hidung sinus

a. Rhinorrhea

Keluarnya cairan dari hidung, cairan yang seringkali keluar adalah cairan serebrospinal.

b. Discharge

Sekret yang keluar dari hidung, pada kolom keterangan tambahkan uraian mengenai warna sekret. Discharge ini dapat mengindikasikan adanya sinusitis, rhinitis alergi.

c. Epistaksis

Mimisan atau keluarnya darah akibat pecahnya pembuluh darah hidung. Kondisi ini dapat mengindikasikan trauma atau benturan pada hidung dan hipertensi.

d. Obstruksi

Sumbatan pada hidung karena benda asing, polip, sinusitis, atau influenza. Pemeriksaan dilakukan dengan uji kepatenan lubang hidung.

e. Snoring

Terdengar bunyi mengorok, *snoring* muncul akibat jalan nafas tersumbat pangkal lidah yang jatuh ke belakang.

f. Alergi

Adalah reaksi imunologik yang disebabkan karena interaksi antara antibodi/sel limfosit yang spesifik terhadap alergen yang masuk misalnya alergi debu atau jenis makanan.

g. Riwayat infeksi

Infeksi pada area hidung yang pernah dialami oleh klien dalam kurun waktu 3 bulan terakhir

8. Mulut, tenggorokan

a. Nyeri tekan

Sudah jelas

b. Kesulitan menelan

Sudah jelas

c. Lesi

Lesi pada area mulut atau tenggorokan.

d. Perdarahan gusi

Perdarahan gusi yang terjadi baik karena kekurangan vitamin C, trauma, kondisi metabolik, ataupun karena proses penuaan. Pada kolom keterangan isi letak, jumlah dan waktu terjadi perdarahan.

e. Caries

Adanya gigi yang berlubang.

f. Perubahan rasa

Rasa hilang total atau tidak dapat merasakan (*ageusia*), rasa yang hilang sebagian (*hypogeusia*), rasa yang terdistorsi (*dysgeusia*) seperti merasakan logam, atau rasa yang tidak menyenangkan atau memuakkan (*cacogeusia*).

g. Gigi palsu

Sudah jelas

h. Riwayat infeksi

Infeksi pada area mulut dan tenggorokan yang pernah dialami oleh klien dalam kurun waktu 3 bulan terakhir.

i. Pola sikat gigi

Kebiasaan menyikat gigi lansia, frekuensi menyikat gigi, alat, dan jenis pasta gigi yang digunakan. Pada pasien penderita demensia seringkali lupa atau mengalami penurunan minat untuk melakukan sikat gigi.

9. Leher

a. Kekakuan

Sudah jelas

b. Nyeri tekan

Nyeri tekan pada kelenjar limfe di area leher.

c. Massa

Sudah jelas

10. Pernafasan

a. Batuk

Kaji mengenai lama dan jenis batuk, serta usaha pengobatan yang telah dilakukan oleh lansia.

b. Nafas pendek

Tanda adanya gangguan pada pernafasan

c. Hemoptisis

Batuk berdarah, pada kolom keterangan kaji mengenai warna darah, lama batuk, serta waktu terjadi hemoptisis

d. Wheezing

Terdengar bunyi “ngik-ngik” nyaring pada saat ekspirasi, karena penyempitan salauran nafas atas.

e. Asma

Penyakit inflamasi kronik saluran napas yang menyebabkan peningkatan hiperresponsif jalan nafas yang menimbulkan gejala episodik berulang berupa mengi (nafas berbunyi ngik-ngik), sesak nafas, dada terasa berat dan batuk-batuk terutama malam menjelang dini hari.

11. Kardiovaskuler

a. Chest pain

Nyeri dada terjadi pada pasien yang terindikasi penyakit jantung koroner. Kaji mengenai PQRST nyeri dada.

b. Palpitasi

Perasaan berdebar. Peningkatan denyut jantung atau kehilangan iramanya atau juga iramanya bertambah cepat tanpa sebab dapat mengakibatkan pingsan atau perasaan pingsan, tetapi biasanya palpitasi hanya menimbulkan rasa tidak enak dan rasa takut

c. Dispnoe

Keluhan susah bernafas dengan disertai salah satu tanda peningkatan usaha nafas (Nafas cuping hidung, peningkatan frekuensi nafas, dan tarikan otot bantu nafas). Pada kolom keterangan jika didapatkan klien mengalami dispnoe lengkapi dengan tanda atau gejala peningkatan usaha nafas, serta suara nafas klien.

d. Paroximal noctural

Pada malam hari klien mengeluh sesak nafas.

e. Orthopnea

Keluhan sesak nafas pada saat berbaring, berkurang dengan duduk dan berdiri. Seringkali muncul pada pasien dengan gagal jantung.

f. Murmur

Suara jantung tambahan atau abnormal yang terdengar pada saat auskultasi. Murmur dapat menjadi indikasi penyakit katup jantung

g. Edema

Pembengkakan yang diakibatkan karena penumpukan cairan ekstraseluler. Pada klien gagal jantung kanan sering ditemui edema tungkai. Pada klien gagal jantung kiri manifestasi yang muncul adalah edema paru dengan keluhan sesak nafas. Pada kolom keterangan tuliskan letak edema.

12. Gastrointestinal

a. *Disphagia*

Ada masalah kesulitan menelan atau tidak.

b. *Nausea/vomiting*

Klien merasa mual atau tidak.

c. *Hematemesis*

Muntah darah, pada kolom keterangan tambahkan uraian mengenai, jumlah, frekuensi, warna dan jenis muntahan.

d. Perubahan nafsu makan

Perubahan terhadap jenis makanan tertentu yang ingin dikonsumsi.

e. Massa

Apabila ditemukan benjolan pada daerah abdominal baik melalui observasi maupun palpasi. Apabila ada temuan ini pada kolom keterangan perawat menjelaskan lebih lanjut mengenai letak dan karakteristik benjolan

f. *Jaundice*

Warna kekuningan yang terlihat pada sklera, kulit dan membran mukosa karena peningkatan bilirubin indirect diatas 3 mg/dL

g. Perubahan pola BAB

Apabila ada perubahan frekuensi, waktu, cara (jongkok, duduk, diatas tempat tidur), konsistensi feses..

h. Melena

Feses yang berwarna kehitaman.

i. Hemorroid

Merupakan dilatasi varises pleksus vena submukosa anus dan perianus. Dilatasi ini sering terjadi setelah usia 50 tahun yang berkaitan dengan peningkatan tekanan vena di dalam pleksus hemoroidalis.

j. Pola BAB

Penjelasan mengenai waktu, cara (jongkok, duduk, diatas tempat tidur), konsistensi feses. Pada pasien penderita demensia seringkali lupa atau mengalami penurunan minat untuk melakukan BAB atau BAB disembarang tempat.

13. Perkemihan

a. *Dysuria*

Rasa nyeri, terbakar dan tidak nyaman selama berkemih. Dysuria dapat mengindikasikan gangguan pada perkemihan, tersering adalah infeksi saluran kencing.

b. Frekuensi

Dalam sehari berapa kali klien berkemih.

c. Hesitancy

Pancaran kencing tidak stabil. Kondisi ini sering terjadi pada lansia laki-laki yang mengalami pembesaran prostat.

d. Urgency

Berkemih secara tiba-tiba dan tidak tertahankan untuk menahan kencing, kondisi ini berkaitan dengan ketidakmampuan otot dinding kandung kemih saat berkontraksi.

a. Hematuria

Kencing yang berwarna merah darah. Kondisi ini dapat diindikasikan pada trauma uretra atau ginjal, batu pada saluran kencing.

f. *Poliuria*

Sering buang air kecil dengan jumlah lebih banyak dari jumlah normal, yakni lebih dari 2,5 – 3 Liter selama 24 jam. Penyebab poliuria yaitu diabetes mellitus, gangguan prostat, sistitis interstitial, stroke atau penyakit neurologi lainnya.

g. *Oliguria*

Keluarnya urine <400ml per 24 jam. Terjadinya oliguria merupakan indikasi awal mengalami gagal ginjal kronik karena terjadi penurunan fungsi ginjal.

h. *Nocturia poliuria*

Peningkatan pengeluaran urine terutama terjadi pada malam hari karena gangguan pengeluaran arginin vasopresin.

i. *Inkontinensia*

Keluarnya urine yang tidak terkendali karena adanya gangguan urologi, neurologis, psikologis, dan lingkungan. Sering terjadi pada lansia terutama karena kelemahan sfingter uretra internal.

k. *Nyeri berkemih*

Sudah jelas

k. *Pola BAK*

Kaji mengenai mengenai waktu ketika buang air kecil, warna urine, cara ketika buang air kecil misal dengan jongkok, berdiri, duduk atau menggunakan kateter, diatas tempat tidur. Pada pasien penderita demensia seringkali lupa atau mengalami penurunan minat untuk melakukan BAK.

14. Reproduksi

Laki-laki

a. Lesi

Apakah terdapat lesi pada daerah perianal, penis dan scrotum.

b. *Discharge*

Keluarnya sekresi cairan yang abnormal pada bagian penis seperti darah, nanah, cairan putih yang berbau.

c. *Testicular pain*

Apakah pada bagian testis terasa nyeri, baik nyeri tekan atau pun spontan

d. *Testicular massa*

Apakah terdapat benjolan pada bagian testis.

e. Perubahan gairah sex

Sudah jelas

f. Impotensi

Ketidakmampuan dalam mencapai atau mempertahankan fungsi ereksi untuk aktivitas seksual yang memuaskan.

Perempuan

a. Lesi

Apakah terdapat lesi pada daerah perianal dan vagina.

b. Discharge

Sekresi cairan yang keluar abnormal pada vagina seperti cairan keputihan yang berbau, darah atau pun nanah.

c. *Postcoital bleeding*

Perdarahan yang keluar setelah coitus, dapat mengindikasikan *cancer cervix*.

d. Nyeri pelvis

Nyeri pada panggul disebabkan karena gangguan pada tulang pelvis seperti fraktur, osteoporosis, dan lain-lain.

e. Prolaps organ panggul

Kondisi ini menunjukkan penonjolan atau penurunan satu atau lebih organ panggul ke dalam atau keluar dari vagina. Organ panggul terdiri atas rahim, vagina, usus, dan kandung kemih. Prolaps organ panggul muncul karena kelemahan otot dan fascia.

f. Riwayat menstruasi

Tanyakan apakah klien masih mengalami menstruasi, apabila sudah menopause kaji sejak kapan menopause terjadi.

g. Aktivitas seksual

Bila klien masih melakukan hubungan seksual maka isi di kolom dengan “ya”.

h. *Pap smear*

Apabila sudah pernah melakukan *pap smear* maka isi di keterangan dan tambahkan hasil *pap smear* terakhir.

15. Muskuloskeletal

a. Nyeri sendi

Pada kolom keterangan ditambahkan pengkajian nyeri PQRST.

b. Bengkak

Pada kolom keterangan dijelaskan letak dan karakteristik jika adanya pembengkakan.

c. Kaku sendi

Dijelaskan letak dan waktu kaku sendi

d. Deformitas

Kelainan bentuk pada tulang dapat diindikasikan adanya fraktur, osteoporosis, dekompresi.

e. *Spasme*

Kontraksi otot yang tidak disadari, sehingga otot tidak dapat berelaksasi.

f. Kram

Spasme otot yang terjadi terus menerus, seringkali menimbulkan nyeri. Kram otot dapat diketahui melalui meraba atau melihat ada pengerasan otot.

g. Kelemahan otot

Ukur kekuatan otot dengan pada kolom keterangan tambahkan skor yang didapatkan

h. Masalah gaya berjalan

Perhatikan postur tubuh klien apakah ada kelainan pada saat klien sedang berjalan.

i. Nyeri punggung

Pada kolom keterangan ditambahkan pengkajian nyeri PQRST jika klien terdapat nyeri.

j. Pola latihan

Isi kapan dan lama aktifitas fisik yang selama ini dilakukan oleh lansia misalnya senam, olahraga, rehab mediak.

k. Dampak ADL

Jelaskan dampak gangguan muskuloskeletal pada aktivitas lansia, misal berjalan menjadi terseok

16. Persyarafan

a. *Seizures*

Kejang, pada kolom keterangan jelaskan karakteristik kejang yaitu gambaran kejang, lamanya dan kapan.

b. *Syncope*

Kehilangan kesadaran sementara dan disertai ketidakmampuan untuk mengontrol postural tone atau postur tubuh, dapat mengindikasikan kondisi hipoglikemia, hipotensi, penurunan curah jantung dan ketidakseimbangan dari cairan dan elektrolit.

c. Tic/tremor

Gerakan berayun atau bergerak secara tidak sadar pada ekstremitas atau seluruh tubuh, kondisi ini mengindikasikan penyakit parkinson.

d. Paralysis

Kelumpuhan, fungsi otot dan saraf sensoris atau motorik menghilang pada bagian tubuh atau seluruh tubuh. Pada kolom keterangan jelaskan bagian tubuh yang mengalami paralysis.

e. Paresis

Fungsi otot, kelemahan dan saraf motorik menurun pada bagian tubuh atau seluruh tubuh. Pada kolom keterangan jelaskan bagian tubuh yang mengalami paresis.

f. Masalah memori

Tidak dapat mengingat kejadian di masa lampau, benda-benda kecil di sekitarnya, atau peristiwa yang baru saja terjadi.

9. Potensi Pertumbuhan Psikososial dan Spiritual

Psikososial

a. Cemas

Kondisi emosi yang tidak menyenangkan, individu merasa tidak nyaman, tegang, gelisah dan bingung. Objek kecemasan tidak jelas dan tidak dapat dijelaskan.

b. Depresi

Gangguan suasana hati yang disebabkan perasaan sedih yang menetap dan kehilangan ketertarikan terhadap aktivitas dan stimulus dari luar yang menyebabkan lansia menarik diri dari kegiatan sehari-hari dan kehilangan minat terhadap aktivitas, pemeriksaan lebih lanjut dengan menggunakan instrumen Geriatric Depression Scale.

c. Ketakutan

Sudah jelas

d. Insomnia

Gangguan tidur yang ditandai dengan kesulitan untuk memulai tidur atau mempertahankan tidur.

e. Kesulitan dalam mengambil keputusan

Kaji dalam pengambilan suatu keputusan apakah mudah atau sulit.

f. Kesulitan konsentrasi

Pada lansia yang mengalami demensia seringkali sulit untuk berkonsentrasi.

g. Mekanisme koping

Kaji bagaimana mekanisme koping klien dalam menghadapi suatu masalah.

h. Persepsi tentang kematian

Beri penjelasan mengenai kemampuan lansia untuk menerima, mengorganisasikan, menginterpretasikan stimulus berupa kematian.

i. Dampak pada ADL

Jelaskan mengenai dampak kondisi psikososial pada kegiatan sehari-hari.

Spiritual

- Aktivitas ibadah

Isi mengenai aktivitas ibadah klien, dimana dan kapan dilakukan, serta apakah klien dapat melakukan aktivitas sesuai dengan ketentuan agama.

- Hambatan

Kondisi yang menghalangi klien untuk melakukan ibadah, meliputi ketiadaan tempat, alat, ataupun dari diri klien sendiri, misal klien tidak mengetahui/lupa cara untuk beribadah

10. Lingkungan

- Kamar

Penjelasan mengenai penataan, lantai, pencahayaan siang/malam, ventilasi, jarak kamar dan kamar mandi

- Kamar mandi

Bak mandi, jenis wc, pegangan, lantai, keset, pencahayaan

- Dalam rumah. Wisma

Pemanfaatan ruang, jenis perabot atau fasilitas lansia, pencahayaan, lantai.

- Luar rumah

Pagar, pegangan lansia, dataran/menanjak, tangga jika ada.

11. Negative Functional Conse

1. Kemampuan ADL

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel). Pada demensia dalam melakukan Personal Hygiene perlu bantuan/tergantung orang lain. Tidak mampu mempertahankan penampilan, kebiasaan personal yang kurang, kebiasaan pembersihan buruk, lupa pergi untuk ke kamar mandi, lupa langkah-langkah untuk buang air, tidak dapat menemukan kamar mandi dan kurang berminat pada atau lupa pada waktu makan dan menyiapkannya dimeja, makan, menggunakan alat makan, berhias, maupun kemandirian dalam kebersihan merawat tubuh. Untuk mengetahui tingkat ketergantungan pola personal hygiene klien dapat dilakukan dengan pengkajian Barthel Index.

Table 2.1 *Barthel Indeks*

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor
1	Makan	5	10	
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	
3	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
4	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
5	Mandi	0	5	
6	Berjalan di permukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda)	0	5	
7	Naik turun tangga	5	10	
8	Mengenakan pakaian	5	10	
9	Kontrol bowel (BAB)	5	10	
10	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	

Sumber : Saryono, 2010

Interprestasi hasil :

Skor 0 – 20 : Dependen total

Skor 21 – 60 : Dependen berat

Skor 61 – 90 :Dependen sedang

Skor 91 – 99 : Dependen ringan

Skor 100 : Mandiri/independen

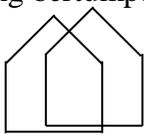
2. Aspek Kognitif

MMSE (Mini Mental Status Exam)

Menguji aspek kognitif dari fungsi mental : orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa. Nilai paling tinggi adalah 30, dimana nilai 21 atau kurang biasanya indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut. Dalam pengerjaan asli MMSE, lanjut usia normal biasanya mendapat angka tengah 27,6. Jika didapati skor dibawah 24, maka klien mengalami demensia.

Tabel 2.2 *Mini-Mental State Exam (MMSE)*

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : Hari : Musim : Bulan : Tanggal :
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? Negara: Panti : Propinsi: Wisma : Kabupaten/kota:.....
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2) Meja 3) Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurang 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9		Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 1). 2). 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :

				<p>“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
	Total nilai	30		

Sumber : *Folstein et al., 1975; She (Myberg et al., 2019)*

Interpretasi hasil :

- 24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif
- 18 – 23 : gangguan kognitif sedang
- 0 - 17 : gangguan kognitif berat

3. Tes Keseimbangan

Diukur dengan menggunakan *Time Up Go Test* apabila diketahui lansia memiliki hambatan pada pelaksanaan ADL, kondisi setelah stroke, fraktur pada kaki, dan membutuhkan asistensi untuk mobilisasi.

Tabel 2.3 *Time Up Go Test*

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1		
2		
3		

Rata-rata Waktu TUG	
Interpretasi hasil	

Interpretasi hasil:

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

>13,5 detik	Resiko tinggi jatuh
>24 detik	Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan
>30 detik	Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

Sumber : (Bohannon: 2006; Shumway-Cook, Brauer & Woolacott: 2000; Kristensen, Foss & Kehlet: 2007; Podsiadlo & Richardson:1991)

4. Kecemasan, GDS

Diukur dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* apabila pada pengkajian psikososial lansia ditemukan ada kecemasan dan tanda depresi.

Tabel 2.4 *Geriatric Depression Scale*

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	

13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	
Jumlah				

Sumber : (*Geriatric Depressoion Scale (Short Form)* dari Yesafage (1983) dalam *Gerontological Nursing, 2006*)

Interpretasi :

Jika Diperoleh score 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi.

5. Status Nutrisi

Diukur dengan menggunakan *American Dietetic Association and National Council on the Aging* apabila pada pengkajian sistem gastrointestinal ditemukan kelainan, serta ada perubahan nafsu makan dan penurunan berat badan.

Tabel 2.5 *American Dietetic Association and National Council on the Aging*

No	Indikators	Score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	
7.	Lebih sering makan sendirian	1	
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi	1	

	minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya		
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	
	Total score		

Sumber : (American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam *Introductory Gerontological Nursing, 2001*)

Interpretasi:

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

6. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Diisi dengan hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap klien yakni berupa jenis pemeriksaan, tanggal dan hasil.

Tabel 2.6 Hasil pemeriksaan diagnostik

No	Jenis pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil

7. Fungsi Sosial Lansia

Apgar keluarga dengan lansia

Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia

Tabel 2.7 Apgar Keluarga

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	
Kategori Skor: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skore 2 2). Kadang-kadang : 1 3). Hampir tidak pernah : skore 0 Intepretasi: < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		TOTAL	

Sumber : *Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2005*

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif

2.4.3 Rencana Keperawatan

Rencana tindakan adalah rencana yang disusun oleh perawat untuk kepentingan keperawatan (Handayaningsih, 2009). Berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) rencana keperawatan pada diagnosa defisit perawatan diri sebagai berikut :

Tabel 2.8 Rencana Tindakan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif	<p>Luaran utama : Dukungan perawatan diri, Dukungan perawatan diri : BAB/BAK, Berhias, Berpakaian, Makan/Minum, Mandi.</p> <p>Luaran tambahan : Fungsi sensori, koordinasi pergerakan, mobilitas fisik, motivasi, status kognitif, status neurologi, tingkat delirium, tingkat demensia, tingkat keletihan, tingkat kenyamanan, tingkat nyeri.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan selama ...x24 jam diharapkan perawatan diri klien meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil : a. Kemampuan mandi meningkat</p>	<p>Dukungan Perawatan Diri <i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia (mis. apa sudah mandi, ganti pakaian yang bersih, gosok gigi, memotong kuku) • Monitor tingkat kemandirian (mis. apa sudah benar dalam menggosok gigi, berpakaian yang rapi, memotong kuku) • Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. lantai yang tidak licin) • Sediakan keperluan pribadi 	<p>1. Mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri oleh lansia</p> <p>2. Mengetahui seberapa tingkat kemandirian klien</p> <p>3. Membantu klien mengetahui untuk mengingat alat apa saja yang</p>

		<p>b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</p> <p>c. Kemampuan makan meningkat</p> <p>d. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>e. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>f. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</p> <p>g. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</p>	<p>(mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempatkan barang didekat lansia • Orientasikan dalam melakukan perawatan diri (mis. cara menyisir rambut yang benar, cara berpakaian, cara sikat gigi yang benar • Dampingi dalam melakukan perawatan diri • Buat jadwal rutinitas perawatan diri (mis. dari mulai bangun sampai dengan tidur). <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>dibutuhkan saat perawatan diri</p> <p>4. Agar pasien merasa aman dan nyaman di lingkungannya sendiri</p> <p>5. Memberikan penjelasan ketika dalam hal perawatan diri apakah klien termasuk dalam tingkat mandiri, sedang atau dengan bantuan</p> <p>6. Penjadwalan yang bertujuan agar klien ingat atau konsisten dalam hal perawatan diri.</p>
--	--	--	--	--

2.4.4 Implementasi

Menurut Kozier & Synder (2010), implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya.

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, disamping itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, teknikal yang dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat dan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Setelah selesai implementasi, dilakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sudah dilakukan dan bagaimana respon pasien.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi berdasarkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) yaitu :

- a. Kemampuan mandi meningkat
- b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- c. Kemampuan makan meningkat
- d. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
- e. Minat melakukan perawatan diri meningkat
- f. Mempertahankan kebersihan diri meningkat
- g. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat.