

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi 2 bagian pertama fase iufentus, antara 25-40 tahun, kedua tahun dan keempat fase senium, antara 65 hingga tutup usia (Lilik, 2011). Spiritual merupakan hubungan dengan Maha Kuasa dan Maha Pencipta kebutuhan dasar dan pencapaian tertinggi seorang manusia dalam kehidupannya tanpa memandang suku atau asal usul, spiritual sebagai dua dimensi, dimensi vertikal sebagai hubungan dengan Tuhan atau Yang Maha Tinggi yang menuntun kehidupannya, sedangkan dimensi horizontal adalah hubungan dengan diri sendiri dan orang lain. (Padila, 2013)

Menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang hanya di mulai dari satu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis, maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk dan postur tubuh yang tidak yang tidak proforsional (Nugroho, 201

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

Batasan umur pada usia lanjut dari waktu ke waktu berbeda. Menurut World Health Organisation (WHO) lansia meliputi :

1. Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) antara usia 60 sampai 74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) antara usia 75 sampai 90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) diatas usia 90 tahun

Berbeda dengan WHO, menurut Departemen Kesehatan RI (2006) pengelompokkan lansia menjadi :

1. Virilitas (*praseonium*) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun)
2. Usia lanjut dini (*senescen*) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun)
3. Lansia berisiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif (usia >65 tahun)

Menurut Prof. DR. Koesomanto lanjut usia dikelompokkan menjadi:

1. Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) usia 18-25 tahun.
2. Usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas usia 25-65 tahun
3. Lanjut usia (*geriatric age*) usia lebih dari 65-70 tahun.

2.1.3 Karakteristik Lansia

Menurut Keliat dalam Maryam (2008), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No.13 tentang kesehatan)

2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.1.4 Permasalahan Pada Lanjut Usia

Berbagai permasalahan yang berkaitan dengan pencapaian kesejahteraan lanjut usia antara lain (Setiabudi,2005):

1. Permasalahan Umum :
 - 1) Makin besarnya jumlah lansia yang berada di bawah garis kemiskinan.
 - 2) Makin melemahnya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan, dihargai dan dihormati.
 - 3) Lahirnya kelompok masyarakat industri.
 - 4) Masih rendahnya kuantitas dan kualitas tenaga profesional pelayanan lanjut usia.
 - 5) Belum membudaya dan melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan lansia.
2. Permasalahan khusus :
 - 1) Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental maupun sosial.
 - 2) Berkurangnya integrasi sosial lanjut usia.
 - 3) Rendahnya produktivitas kerja lansia.
 - 4) Banyaknya lansia yang miskin, telantar dan cacat.
 - 5) Berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistik.

- 6) Adanya dampak negatif dari proses pembangunan yang dapat mengganggu kesehatan fisik lansia.

2.1.5 Teori Proses Menua

Teori-teori tentang penuaan sudah banyak yang dikemukakan, namun tidak semuanya bisa diterima. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok, yaitu yang termasuk kelompok teori biologis dan teori psikososial (Padilla,2013).

1. Teori biologis

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut :

1) Teori jam genetic

Adalah proses menua yang dipengaruhi oleh faktor-faktor keturunan dari dalam. Umur seseorang seolah olah distel seperti jam.

2) Teori cross linkage (rantai silang)

Teori ini menjelaskan bahwa sel sel yang tua atau usang, reaksi kimianya dapat menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen, ikatan ini menyebabkan elastisitas berkurang dan menurunnya fungsi.

3) Teori radikal bebas

Radikal bebas merusak membrane sel yang menyebabkan kerusakan dan kemunduran secara fisik.

4) Teori genetic

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

5) Teori immunologi

Teori ini menjelaskan bahwa sistem imun menjadi kurang efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

6) Teori stress-adaptasi

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

7) Teori wear and tear (pemakaian dan rusak)

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel sel tubuh lelah (terpakai). (Padilla, 2013).

2. Teori psikososial

Teori yang merupakan teori psikososial adalah sebagai berikut :

1) Teori integritas ego

Teori perkembangan ini mengidentifikasi tugas tugas yang harus dicapai dalam tiap tahap perkembangan. Tugas perkembangan terakhir merefleksikan kehidupan seseorang dan pencapaiannya. Hasil akhir dari penyelesaian konflik antara integritas ego dan keputusan adalah kebebasan.

2) Teori stabilitas personal

Kepribadian seseorang itu terbentuk pada masa kanak kanak dan tetap bertahan secara stabil. Perubahan yang radikal pada usia tua bisa jadi mengindikasikan penyakit otak.

2.1.6 Perubahan Fisik Dan Fungsi Akibat Proses Menua

1. Sel
 - 1) Jumlah sel menurun, lebih sedikit
 - 2) Ukuran sel lebih besar
 - 3) Jumlah cairan tubuh dan cairan intraselular berkurang
 - 4) Proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati menurun
 - 5) Jumlah sel otak menurun
 - 6) Mekanisme perbaikan otak terganggu
 - 7) Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%
 - 8) Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar
2. Sistem persarafan
 - 1) Menurun hubungan persarafan
 - 2) Berat otak menurun 10-20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya)
 - 3) Respon dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress
 - 4) Saraf panca-indra mengecil
 - 5) Penglihatan berkurang, pendengaran menghilang, saraf penciuman dan perasa mengecil, lebih sensitive terhadap perubahan suhu dan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
 - 6) Kurang sensitif terhadap sentuhan
 - 7) Defisit memori

3. Sistem pendengaran

- 1) Gangguan pendengaran. Hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 65 tahun.
- 2) Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.
- 3) Terjadi pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkat keratin.
- 4) Fungsi pendengaran semakin menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan / stress.
- 5) Tinitus (bising yang bersifat mendengung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus-menerus atau intermiten).
- 6) Vertigo (perasaan tidak stabil yang terasa seperti bergoyang atau berputar).

4. Sistem penglihatan

- 1) Sfingter pupil timbul sklerosis dan respon terhadap sinar menghilang.
- 2) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
- 3) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
- 4) Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam gelap.

- 5) Penurunan/ hilangnya daya akomodasi, dengan manifestasi presbiopia, seseorang sulit melihat dekat yang dipengaruhi berkurangnya elastisitas lensa.
- 6) Lapang pandang menurun: luas pandangan berkurang.
- 7) Daya membedakan warna menurun, terutama pada warna biru dan hijau pada skala.

5. Sistem kardiovaskuler

- 1) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- 2) Elastisitas dinding aorta menurun.
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun. Hal ini menyebabkan kontraksi dan volume menurun (frekuensi denyut jantung maksimal = 200-umur).
- 4) Curah jantung menurun (isi semenit jantung menurun).
- 5) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi berkurang, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmhg (mengakibatkan pusing mendadak).
- 6) Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan.
- 7) Tekanan darah meninggi akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat. Sistole normal ± 170 mmhg, ± 95 mmhg.

6. Sistem pengaturan temperatur tubuh

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu termostat, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu. Kemunduran terjadi

berbagai faktor yang mempengaruhinya. Yang sering ditemui antara lain:

- 1) Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis $\pm 35^{\circ}\text{C}$ ini akibat metabolisme yang menurun.
- 2) Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedinginan dan dapat pula menggigil, pucat dan gelisah.
- 3) Keterbatasan reflex menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

7. Sistem respirasi

- 1) Otot pernafasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku.
- 2) Aktivitas silia menurun.
- 3) Paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dengan kedalaman bernafas menurun.
- 4) Ukuran alveoli melebar (membesar secara progresif) dan jumlah berkurang.
- 5) Berkurangnya elastisitas bronkus.
- 6) Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmhg.
- 7) Karbon dioksida pada arteri tidak berganti. Pertukaran gas terganggu.
- 8) Refleks dan kemampuan untuk batuk berkurang.
- 9) Sensitivitas terhadap hipoksia dan hiperkarbia menurun.
- 10) Sering terjadi emfisema senilis.

11) Kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan menurun seiring bertambahnya usia

8. Sistem gastrointestinal

- 1) Kehilangan gigi, penyebab utama periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk.
- 2) Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis, atrofi indra pengecap ($\pm 80\%$), hilangnya sensitivitas saraf pengecap lidah, terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas saraf pengecap terhadap rasa asin, asam dan pahit.
- 3) Esophagus melebar.
- 4) Rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung menurun, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun.
- 5) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- 6) Fungsi absorpsi melemah (daya absorbs menurun, terutama karbohidrat).
- 7) Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

9. Sistem reproduksi

Wanita:

- 1) Vagina mengalami kontraktur dan mengecil.
- 2) Ovari menciut, uterus mengalami atrofi.
- 3) Atrofi payudara.
- 4) Atrofi vulva.

- 5) Selaput lender vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.

Pria:

- 1) Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.
- 2) Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun, asal kondisi kesehatannya baik, yaitu:Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia. Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual.Tidak perlu cemas karena proses alamiah.Sebanyak $\pm 75\%$ pria usia diatas 65 tahun mengalami pembesaran prostat.

10. Sistem urogenitalia

1) Ginjal

Merupakan alat unuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus). Mengecilnya nefron akibat atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% sehingga fungsi tubulus berkurang.Akibatnya, kemampuan mengosentrai urine menurun, berat jenis urine menurun, proteinuria (biasanya+1), BUN (blood urea nitrogen) meningkatnya sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.

Keseimbangan elektrolit dan asam lebih mudah terganggu bila dibandingkan dengan usia muda. Renal plasma flow (RPF) dan glomerular filtration rate (GFR) atau klirens kreatinin menurun

secara linier sejak usia 30 tahun (Coxdkk,1985). Jumlah darah yang difiltrasi oleh ginjal berkurang.

2) Vesika urinaria

Otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun, sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat. Pada pria lanjut usia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan retensi urine meningkat.

3) Pembesaran prostat

Kurang lebih 75% dialami oleh pria usia di atas 65 tahun.

4) Atrofi vulva

Vagina seseorang yang semakin menua, kebutuhan hubungan seksualnya masih ada. Tidak ada batasan umur tertentu kapan fungsi seksualnya seseorang berhenti. Frekuensi hubungan seksual cenderung menurun secara bertahap setiap tahun, tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmatinya berjalan terus sampai tua.

11. Sistem endokrin

Kelenjar endokrin adalah kelenjar buntu dalam tubuh manusia yang memproduksi hormon. Hormon pertumbuhan berperan sangat penting dalam pertumbuhan, pematangan, pemeliharaan, dan metabolisme organ tubuh. Yang termasuk hormon kelamin adalah:

- 1) Estrogen, progesterone, dan testosterone yang memelihara reproduksi dan gairah seks. Hormone ini mengalami penurunan.
- 2) Kelenjar prankeas (yang memproduksi insulin dan sangat penting dalam pengaturan gula darah).

- 3) Kelenjar adrenal/ anak ginjal yang memproduksi adrenalin. Kelenjar yang berkaitan dengan hormone pria/ wanita. Salah satu kelenjar endokrin dalam tubuh yang mengatur agar arus darah ke organ tertentu berjalan dengan baik, dengan jalan mengatur vasokonstriksi pembuluh darah. Kegiatan kelenjar anak ginjal ini berkurang pada lanjut usia.
- 4) Produksi hampir semua hormon menurun.
- 5) Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah
- 6) Hipofisis: pertumbuhan hormon ada, tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah: berkurangnya produksi ACTH, TSH, FSH dan LH.
- 7) Aktivitas tiroid, BMR (basal metabolic rate), dan daya pertukaran zat menurun.
- 8) Produksi aldosteron menurun.
- 9) Sekresi hormon kelamin, misalnya: progesterone, estrogen, dan testoteron menurun.

12. Sistem integument

- 1) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- 2) Permukaan kulit cenderung kusam, kasar, dan bersisik (Karena kehilangan proses keratinisasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis).
- 3) Timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik-bintik atau noda coklat.

- 4) Terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, tumbuhnya kerut-kerut halus di ujung mata akibat lapisan kulit menipis.
- 5) Respon terhadap trauma menurun.
- 6) Mekanisme proteksi kulit menurun:
 - Produksi serum menurun.
 - Produksi vitamin D menurun.
 - Pigmentasi kulit terganggu.
- 7) Kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu.
- 8) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- 9) Berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- 10) Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- 11) Kuku jari menjadi keras dan rapuh.
- 12) Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.
- 13) Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk.
- 14) Jumlah dan fungsi kelenjar keringat beringat.

13. Sistem muskuloskeletal

- 1) Tulang kehilangan densitas (cairan) dan semakin rapuh.
- 2) Gangguan tulang, yakni mudah mengalami demineralisasi.
- 3) Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra, pergelangan, dan paha. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat pada area tulang tersebut.
- 4) Kartilago yang meliputi permukaan sendi tulang penyangga rusak dan aus.

- 5) Kifosis.
- 6) Gerakan pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas
- 7) Gangguan gaya berjalan.
- 8) Kekakuan jaringan penghubung.
- 9) Diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang).
- 10) Persendian membesar dan menjadi kaku.
- 11) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
- 12) Atrofi serabut otot, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban, otot kram, dan menjadi tremor (perubahan pada otot cukup rumit dan sulit dipahami).
- 13) Komposisi otot berubah sepanjang waktu (myofibril digantikan oleh lemak, kolagen, dan jaringan parut).
- 14) Aliran darah ke otot berkurang sejalan dengan proses menua.
- 15) Otot polos tidak begitu berpengaruh (Prioto,2015).

2.1.7 Perubahan Mental

Di bidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu. Yang perlu dimengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat. Mengharapkan tetap diberi peran dalam masyarakat. Ingin mempertahankan hak dan hartanya, serta ingin tetap berwibawa. Jika meninggal pun mereka ingin meninggal secara terhormat dan masuk surga (Nugroho,2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

1. Perubahan fisik, khususnya organ perasa.
2. Kesehatan umum.
3. Tingkat pendidikan.
4. Keturunan (hereditas).
5. Lingkungan.

Perubahan kepribadian yang drastis, keadaan ini jarang terjadi. Lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin karena faktor lain, misalnya penyakit.

a) Kenangan (memori)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0-10 menit), kenangan buruk (bisa ke arah dimensia).

b) Intelektual Quotient (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu

2.1.8 Perubahan Psikososial

Nilai seseorang sering diukur melalui produktivitasnya dan identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pension (purnatugas), seseorang akan mengalami kehilangan, antara lain (Nugroho, 2012):

- 1) Kehilangan finansial (pendapatan berkurang).
- 2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/ posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas).

- 3) Kehilangan teman/ kenalan atau relasi.
- 4) Kehilangan pekerjaan/ kegiatan.
- 5) Merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit).
- 6) Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat pada penghasialan yang sulit, biaya pengobatan bertambah.
- 7) Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- 8) Timbul kesepian akibat penggasingan dari lingkungan social.
- 9) Adanya gangguan saraf panca- indra, timbul kebutaan dan ketulian.
- 10) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- 11) Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.
- 12) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri).

2.1.9 Perubahan Spiritual

- 1) Agama/kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan (Maslow,1970) (Nugroho,2012).
- 2) Lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak sehari-hari (Murray dan Zentner,1970) (Nugroho,2012).
- 3) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut (Folwer,1978) universalizing, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberi contoh cara mencintai dan keadilan (Nugroho,2012).

2.1.10 Penyakit yang sering dijumpai pada lansia

Menurut "*The national Old People's Welfare Council*", di Inggris mengemukakan bahwa penyakit atau gangguan umum pada *lanjut usia* ada 6 macam, yakni (Nugroho, 2012):

- 1) Gangguan pendengaran
- 2) Bronkitis kronis
- 3) Gangguan pada tungkai / sikap berjalan
- 4) Gangguan pada koxsa / sendi panggul
- 5) Demensia

2.2 Konsep Demensia

2.2.1 Definisi Demensia

Demensia adalah penurunan fungsi intelektual yang menyebabkan hilangnya independensi sosial. (William F, 2010)

2.2.2 Etiologi

Menurut Nugroho (2008) Penyebab Demensia adalah sebagai berikut:

1. Penyebab utama dari penyakit demensia adalah penyakit alzheimer, yang penyebabnya sendiri belum diketahui secara pasti, namun diduga penyakit Alzheimer disebabkan karena adanya kelainan faktor genetik atau adanya kelainan gen tertentu. Pada penyakit alzheimer, beberapa bagian otak mengalami kemunduran, sehingga terjadi kerusakan sel dan berkurangnya respon terhadap bahan kimia yang menyalurkan sinyal di dalam otak. Di dalam otak ditemukan jaringan abnormal (disebut plak senilis dan serabut saraf yang semrawut) dan protein abnormal, yang bisa terlihat pada otopsi.

2. Penyebab kedua dari Demensia yaitu, serangan stroke yang berturut-turut. Stroke tunggal yang ukurannya kecil dan menyebabkan kelemahan yang ringan atau kelemahan yang timbul secara perlahan. Stroke kecil ini secara bertahap menyebabkan kerusakan jaringan otak, daerah otak yang mengalami kerusakan akibat tersumbatnya aliran darah yang disebut dengan infark. Demensia yang disebabkan oleh stroke kecil disebut *demensia multi-infark*. Sebagian penderitanya memiliki tekanan darah tinggi atau kencing manis, yang keduanya menyebabkan kerusakan pembuluh darah di otak.
3. Penyebab demensia menurut Nugroho (2008) dapat digolongkan menjadi 3 golongan besar :
 - 1) Sindroma demensia dengan penyakit yang etiologi dasarnya tidak dikenal kelainan yaitu : terdapat pada tingkat subseluler atau secara biokimiawi pada sistem enzim, atau pada metabolisme
 - 2) Sindroma demensia dengan etiologi yang dikenal tetapi belum dapat diobati, penyebab utama dalam golongan ini diantaranya :
 - (1) Penyakit degenerasi spino-serebelar
 - (2) Subakut leuko-ensefalitis sklerotik van Bogaer
 - (3) Khorrea Huntington
 - 3) Sindroma demensia dengan etiologi penyakit yang dapat diobati, dalam golongan ini diantaranya :
 - (1) Penyakit cerebro kardiofaskuler
 - (2) penyakit- penyakit metabolic
 - (3) Gangguan nutrisi
 - (4) Akibat intoksikasi menahun

Dampak yang sering timbul pada masalah kerusakan memori

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena lupa melakukan aktivitas atau tidak terpeliharanya kebersihan 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 demensia Kerusakan memori adalah depresi, gangguan pola tidur.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala dari Penyakit Demensia antara lain :

1. Rusaknya seluruh jajaran fungsi kognitif.
2. Awalnya gangguan daya ingat jangka pendek.
3. Gangguan kepribadian dan perilaku (mood swings).
4. Defisit neurologi dan fokal.
5. Mudah tersinggung, bermusuhan, agitasi dan kejang.
6. Gangguan psikotik : halusinasi, ilusi, waham, dan paranoid.
7. Keterbatasan dalam ADL (Activities of Daily Living)
8. Kesulitan mengatur penggunaan keuangan.
9. Tidak bisa pulang kerumah bila bepergian.
10. Lupa meletakkan barang penting.
11. Sulit mandi, makan, berpakaian dan toileting.
12. Mudah terjatuh dan keseimbangan buruk.

13. Tidak dapat makan dan menelan.
14. Inkontinensia urine
15. Dapat berjalan jauh dari rumah dan tidak bisa pulang.
16. Menurunnya daya ingat yang terus terjadi. Pada penderita demensia, “lupa” menjadi bagian keseharian yang tidak bisa lepas.
17. Gangguan orientasi waktu dan tempat, misalnya: lupa hari, minggu, bulan, tahun, tempat penderita demensia berada
18. Penurunan dan ketidakmampuan menyusun kata menjadi kalimat yang benar, menggunakan kata yang tidak tepat untuk sebuah kondisi, mengulang kata atau cerita yang sama berkali-kali
19. Ekspresi yang berlebihan, misalnya menangis berlebihan saat melihat sebuah drama televisi, marah besar pada kesalahan kecil yang dilakukan orang lain, rasa takut dan gugup yang tak beralasan. Penderita demensia kadang tidak mengerti mengapa perasaan-perasaan tersebut muncul.
20. Adanya perubahan perilaku, seperti : acuh tak acuh, menarik diri dan gelisah

Data yang biasa ditemukan dalam demensi adalah:

1. Data subyektif
Pasien mengatakan tidak dapat mengingat apapun
2. Data Obyektif
 - 1) Keterbatasan ADL (activity daily living)
 - 2) Menarik diri
 - 3) Gelisah
 - 4) Mengulang kata atau cerita yang sama
 - 5) Inkontinensia urin

2.2.4 Patofisiologi

Hal yang menarik dari gejala penderita demensia (usia > 65 tahun) adalah adanya perubahan kepribadian dan tingkah laku sehingga mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Lansia penderita demensia tidak memperlihatkan gejala yang menonjol pada tahap awal, mereka sebagaimana Lansia pada umumnya mengalami proses penuaan dan degeneratif. Kejanggalan awal dirasakan oleh penderita itu sendiri, mereka sulit untuk mengingat dan sering lupa jika meletakkan suatu barang. Mereka sering kali menutup-nutupi hal tersebut dan meyakinkan bahwa itu adalah hal yang biasa.

Kejanggalan berikutnya mulai dirasakan oleh orang-orang terdekat yang tinggal bersama mereka. Mereka merasa khawatir terhadap penurunan daya ingat yang semakin menjadi, namun sekali lagi keluarga merasa bahwa mungkin lansia kelelahan dan perlu lebih banyak istirahat. Mereka belum mencurigai adanya sebuah masalah besar di balik penurunan daya ingat yang dialami oleh orang tua mereka. Gejala demensia berikutnya yang muncul biasanya berupa depresi pada Lansia, mereka menjaga jarak dengan lingkungan dan lebih sensitif. Kondisi seperti ini dapat saja diikuti oleh munculnya penyakit lain dan biasanya akan memperparah kondisi Lansia. Disinilah keluarga membawa lansia yang menderita demensia ke rumah sakit dimana demensia bukanlah menjadi hal utama focus pemeriksaan. Seringkali demensia luput dari pemeriksaan dan tidak terkaji oleh tim kesehatan. Tidak semua tenaga kesehatan memiliki kemampuan untuk dapat mengkaji dan mengenali gejala demensia.

2.2.5 Woc

2.2.6 Komplikasi

1. Peningkatan resiko infeksi di seluruh bagian tubuh,
2. Thrombo emboli, infark miokard
3. Kejang
4. Kontraktur sendi
5. Kehilangan kemampuan untuk merawat diri
6. Malnutrisi dan dehidrasi akibat nafsu makan berkurang
7. Kehilangan kemampuan berinteraksi
8. Harapan hidup berkurang (Budi, 2009).

2.2.7 Penatalaksanaan

1. Farmakoterapi

Sebagian besar kasus demensia tidak dapat disembuhkan.

- 1) Untuk mengobati demensia alzheimer digunakan obat - obatan antikolinesterase seperti Donepezil dan Rivastigmine.
- 2) Demensia vaskuler membutuhkan obat -obatan anti platelet seperti Aspirin untuk melancarkan aliran darah ke otak sehingga memperbaiki gangguan kognitif.
- 3) 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.
- 4) Jika hilangnya ingatan disebabkan oleh depresi, diberikan obat anti-depresi seperti Sertraline dan Citalopram.

- 5) Untuk mengendalikan agitasi dan perilaku yang meledak-ledak, yang bisa menyertai demensia stadium lanjut, sering digunakan obat anti-psikotik (misalnya Haloperidol dan Risperidone). Tetapi obat ini kurang efektif dan menimbulkan efek samping yang serius. Obat anti-psikotik efektif diberikan kepada penderita yang mengalami halusinasi atau paranoid.

2. Non Farmakoterapi

- 1) 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 penderita tetap memiliki orientasi.
- 2) Menyembunyikan kunci mobil dan memasang detektor pada pintu bisa membantu mencegah terjadinya kecelekaan pada penderita yang senang berjalan-jalan.
- 3) Menjalani kegiatan mandi, makan, tidur dan aktivitas lainnya secara rutin, bisa memberikan rasa keteraturan kepada penderita.
- 4) Memarahi atau menghukum penderita tidak akan membantu, bahkan akan memperburuk keadaan.
- 5) Meminta bantuan organisasi yang memberikan pelayanan sosial dan perawatan, akan sangat membantu.
- 6) Pada penderita penyakit demensia dapat diberikan terapi simtomatik, meliputi :
 - (1) Diet
 - (2) Latihan fisik yang sesuai

- (3) Terapi rekreasi dan aktifitas
- (4) Penanganan terhadap masalah-masalah

2.2.8 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 :

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

2.3 Konsep Kerusakan memori

2.3.1 Definisi kerusakan memori

Kerusakan memori adalah ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau keterampilan perilaku.

2.3.2 Batasan karakteristik

- 1) Lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan
- 2) Ketidakmampuan mempelajari informasi baru
- 3) Ketidakmampuan melakukan keterampilan yang telah dipelajari

- 4) Ketidakmampuan mengingat peristiwa
- 5) Ketidakmampuan mengingat informasi factual
- 6) Ketidakmampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan
- 7) Ketidakmampuan menyimpan informasi baru
- 8) Ketidakmampuan menetrasi ketrampilan baru
- 9) Mengeluh mengalami lupa

2.3.3 Faktor yang berhubungan

- 1) Anemia
- 2) Penurunan curah jantung
- 3) Ketidakseimbangan elektrolit
- 4) Gangguan lingkungan berlebihan
- 5) Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
- 6) Hipoksia
- 7) Gangguan neurologis (NANDA, 2016)

2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melakukan asuhan keperawatan penulisan mengacu dalam buku keperawatan yang terdiri dari lima tahap, yaitu :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional klien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respons klien saat ini dan waktu sebelumnya (Carpenito, 2005).

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial atau proses kehidupan (Nanda, 2017).

3. Intervensi

Rencana keperawatan merupakan bentuk penanganan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis yang bertujuan meningkatkan hasil perawatan klien (Carpenito, 2009).

4. Implementasi

Pelaksanaan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Carpenito, 2009).

5. Evaluasi

Evaluasi tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien (Carpenito, 2009).

2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Dimensia

2.5.1 Pengkajian

1. Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan. Pada biasanya dimensia terjadi pada lansia yang berumur diatas 65 tahun dan sebagian besar penderita demensia tersebut adalah kaum wanita.

2. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan yang dirasakan saat ini : Biasanya klien mengatakan lupa menaruh barang
- 2) Keluhan yang paling sering dirasakan dalam tiga bulan terakhir:
Biasanya klien mearasakan Cemas, gelisah, inkontinensia urin, sulit mandi, sulit makan.

3. Tanda-Tanda Vital dan Status Gizi

Meliputi suhu, nadi, tekanan darah, respirasi, berat badan dan tinggi badan.

4. Pengkajian Psikososial

- 1) Lansia dengan demensia mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar
- 2) Lansia dengan demensia kurang mampu berinteraksi dengan lingkungan diluar panti
- 3) Lansia dengan demensia selalu berinteraksi ke wisma didalam panti
- 4) Lansia dengan demensia mempunyai emosi yang stabil

5. Pengkajian Spiritual

Data subjektif, perawat melakukan observasi langsung terhadap :

- 1) Lansia dengan demensia melakukan kegiatan agama di panti dengan baik
- 2) Lansia dengan demensia kurang mengerti tentang konsep ketuhanan

Data obyektif perawat perlu mengobservasi:

- 1) Pengkajian afek dan sikap adalah rasa kesepian, marah, depresi, cemas dan gelisah.
- 2) Pengkajian perilaku adalah berdoa, membaca kitab suci, mengeluh tidak dapat tidur, bermimpi buruk dan lain-lain.

- 3) Pengkajian verbalisasi adalah menyebut tuhan, minta di kunjungi tokoh agama, ekspresi takut mati, konflik batin, arti keberadaan di dunia.
 - 4) Pengkajian interpersonal adalah siapa yang mengunjungi, hubungan klien dengan yang lain dan tenaga kesehatan.
 - 5) Pengkajian Lingkungan adalah perlengkapan spiritual dan lain.
6. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan
- 1) Pola pemenuhan nutrisi seperti kehilangan berat badan mendadak, nafsu makan menurun , kehausan, mual dan muntah.
 - 2) Pola pemenuhan cairan seperti berapa sering minum, jenis minum yang diminum.
 - 3) Pola kebiasaan tidur dan istirahat seperti ada gangguan tidur seperti insomnia, jumlah waktu tidur.
 - 4) Pola eliminasi BAB seperti frekuensi BAB, gangguan selama BAB
 - 5) Pola eliminasi BAK seperti jumlah urin, warna urin.
 - 6) Pola aktivitas seperti kegiatan yang sering dilakukan sehari-hari
 - 7) Pola pemenuhan kebersihan diri adalah pola fungsi cara merawat diri sendiri
 - 8) Pola sensori dan kognitif adalah pola fungsi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, memori dan pengambilan keputusan
7. Pengkajian Indeks Katz

Indeks katz adalah suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat

mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat.

Skore	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada ke enam fungsi tersebut.
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E atau F.

8. Pengkajian Kemampuan Intelektual

Digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Pengujian terdiri atas 10 pertanyaan yang berkenaan dengan orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis atau perhitungan (Pfeiffer, 1975). Metode penentuan skor sederhana meliputi tingkat fungsi intelektual di mana berfungsi membantu membuat keputusan yang khusus mengenai kapasitas perawatan diri.

Penilaian SPMSQ

Data menunjukkan bahwa pendidikan dan suku mempengaruhi kinerja pada kuesioner statusmental serta disesuaikan dalam mengevaluasi nilai yang di capai individu.

Tabel 2.1 *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPSMQ)*

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Tanggal berapa hari ini ?	
2	Hari apakah hari ini?	
3	Apakah nama tempat ini?	
4	Berapa nomor telpon rumah anda ?	
5	Berapa usia anda ?	
6	Kapan anda lahir (tanggal,bulan,tahun)?	
7	Siapakah nama presiden sekarang?	
8	Siapakah nama presiden sebelumnya ?	
9	Siapakah nama ibu anda ?	
10	5+6 adalah ?	
11	Hitunglah mundur angka 100 dikurangi 7 :100,93,86,79,72.65,58,51,44,37,30,23,16,7,2.	
12	Ejalah tulisan "P-A-N-T-I" dari belakang	

Cara menggunakan : Memberi nilai satu pada jawaban yang betul dan nilai 0 bila salah , dimensia kemudian dikategorikan :

Kriteria penilaian:

1. Kesalahan 0-2: fungsi intelektual utuh.
2. Kesalahan 3-4: kerusakan intelektual ringan.
3. Kesalahan 5-7: kerusakan intelektual sedang.
4. Kesalahan 8-10: kerusakan intelektual berat.

9. Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif

Menguji aspek kognitif dari fungsi mental: orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa (Folstein et al, 1975). Nilai paling tinggi adalah 30, dimana nilai 21 atau kurang biasanya indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut. Dalam pengerjaan asli MMSE (*Mini Mental State Exam*), lanjut usia normal biasanya mendapat angka tengah 27,6. Klien dengan dimensia, gangguan kognitif membentuk 9, 7,19, dan 25 (Gallo, 1998). Pemeriksaan bertujuan untuk melengkapi dan menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik. Karena pemeriksaan MMSE (*Mini Mental State Exam*) mengukur beratnya kerusakan kognitif dan mendemonstrasikan perubahan kognitif pada waktu dan dengan tindakan sehingga dapat berguna untuk mengkaji kemajuan klien berhubungan dengan intervensi.

10. Tabel 2.2 Interpretasi MMSE (*Mini Mental State Exam*)

Skor	Keterangan
24 – 30	Tidak ada kelainan kognitif
18 – 23	Kelainan kognitif ringan
0 – 17	Kelainan kognitif berat

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kerusakan memori berhubungan dengan gangguan neurologis
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan disorientasi waktu
3. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan gangguan persepsi
(NANDA NICNOC, 2015-2017)

2.5.3 Intervensi

1. Kerusakan memori berhubungan dengan gangguan neurologis

Tujuan :setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu untuk meningkatkan daya ingat

Kriteria Hasil :

- 1) Mengetahui diri sendiri
- 2) Mengetahui tempatnya sekarang
- 3) Ingatan (memori) : mampu untuk mendapatkan kembali secara kognitif dan menyampaikan kembali informasi yang disimpan sebelumnya
- 4) Mengetahui hari, bulan, dan tahun dengan benar

Intervensi :

1. Lakukan pendekatan kepada pasien secara perlahan dan tenang
2. Gunakan suara yang agak rendah dan berbicara secara perlahan pada saat berinteraksi dengan pasien.
3. Ingatkan pasien jika lupa sesuatu
4. Mengingat pengalaman masa lalu dengan pasien
5. Meminta pasien untuk berhitung
6. Tuliskan nama perawat di sebuah kertas dan ditempelkan pada satu tempat yang mudah dilihat pasien
7. Menyebutkan nama perawat tiap bertemu dan menanyakan kembali ketika akan berpisah
8. Mengkenalkan lingkungan sekitar pasien
9. Monitor perilaku pasien selama terapi
10. Observasi TTV

11. Ajarkan pasien senam otak.

12. Memberikan stimulasi angka disekitar kamar pasien dan stimulus hari, tanggal, bulan.

13. Mengenalkan lingkungan untuk orientasi tempat dan orang.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Disorientasi waktu

Tujuan :setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat memperbaiki pola tidurnya

Kriteria hasil :

- 1) Mengatur jumlah jam tidurnya
- 2) Tidur secara rutin
- 3) Meningkatkan pola tidur
- 4) Meningkatkan kualitas tidur
- 5) Tidak ada gangguan tidur

Intervensi :

- 1) Tetapkan pola kegiatan dan tidur pasien
- 2) Monitor pola tidur pasien dan jumlah jam tidurnya
- 3) Jelaskan pentingnya tidur selama sakit dan stress fisik

Bantu pasien untuk menghilangkan situasi stress sebelum jam tidurnya

3. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan gangguan persepsi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri.

Kriteria Hasil :

- 1) Rambut bersih

- 2) Gigi bersih
- 3) Wajah terlihat segar
- 4) Tidak bau

Intervensi :

- 1) Perawatan lensa kontak
- 2) Menejemen demensia
- 3) Perawatan telinga
- 4) Perawatan mata
- 5) Perawatan kaki
- 6) Perawatan rambut dan kulit kepala
- 7) Perawatan kuku
- 8) Pemeliharaan kesehatan mulut
- 9) Perawatan perineum
- 10) Bantuan perawatan diri (NANDA, NIC NOC 2016)

2.5.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nugroho, 2006).

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi perawatan spiritual klien membutuhkan pemikiran kritis perawat dalam menentukan apakah usaha memperbaiki atau menjaga kesehatan spiritual

klien tersebut berhasil. Hasil yang dibangun selama fase perencanaan berperan sebagai standart untuk mengevaluasi kemajuan spiritual klien, selain itu perawt mampu mengevauasi segala masalah etik yang timbul dalam rangkaian perawatan spiritual klien. (Carpenito, 2009).