

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).

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 (*prasenium*) 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)

2.1.3 Permasalahan Pada Lanjut Usia

Berbagai permasalahan yang berkaitan dengan pencapaian kesejahteraan lanjut usia antara lain (Setiabudi,2000):

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.

2.1.4 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 genetik

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).

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.

2.1.5 Perkembangan Fisik di Masa Lanjut Usia

Mendesripsikan proses perubahan otak dan tubuh yang berlangsung di masa dewasa akhir (lanjut usia)

1) Otak yang Menjadi Tua

Seiring dengan bertambahnya usia, berat dan volume otak mulai menyusut. Disamping itu di masa dewasa peretngahan dan dewasa akhir, secara keseluruhan terjadi kemunduran dari fungsi sistem saraf. Otak yang menjadi tua tersebut masih dapat mempertahankan plastisitas dan sifat adaptifnya. Sebagai contoh, otak ini dapat mengkompensasi kerusakan di sejumlah area di otak dengan mengalihkan tugasnya ke area lainnya. Berkurangnya lateralisasi bisa jadi mencerminkan kompensasi ini, atau juga mencerminkan berkurangnya spesialisasi dari fungsi karena faktor usia.

2) Sistem Kekebalan Tubuh

Menurunnya fungsi sistem kekebalan seiring dengan bertambahnya usia telah cukup banyak didokumentasikan. Olahraga dapat meningkatkan fungsi sistem kekebalan tubuh.

3) Penampilan Fisik dan Pergerakan

Tanda-tanda paling jelas dan proses penuaan adalah kulit yang berkeriput serta bercak usia di kulit. Ketika bertambah usia, seseorang menjadi lebih pendek. Setelah berusia 60 tahun, berat tubuh mereka berkurang karena jumlah otot menurun. Pergerakan orang lanjut usia dalam berbagai tugas.

4) Perkembangan Sensoris

Menurunnya ketajaman visual, penglihatan terhadap warna, dan persepsi kedalaman, biasanya menurun seiring dengan bertambahnya usia,

khususnya setelah berusia 75 tahun. Lensa mata yang menguning, mengurangi kemampuan melakukan pembedaan terhadap warna. Tiga penyakit yang dapat mengganggu penglihatan mata pada lanjut usia adalah katarak, glaukoma, degenerasi makular. Berkurangnya pendengaran dapat dimulai di usia pertengahan namun hal ini menjadi lebih parah hingga akhir masa dewasa. Penciuman dan cita rasa dapat menurun, meskipun penurunan minimal dapat terjadi pada orang lanjut usia yang sehat. Perubahan-perubahan dalam sensitivitas terhadap sentuhan yang berkaitan dengan proses penuaan belum menjadi masalah bagi sebagian besar orang lanjut usia. Sensitivitas terhadap rasa sakit juga menurun pada masa lanjut usia.

5) Sistem Sirkulasi dan Paru-Paru

Gangguan kardiovaskuler meningkat di masa lanjut usia. Tekanan darah tinggi yang terus terjadi harus disembuhkan untuk mengurangi resiko terjadinya stroke, serangan jantung, dan penyakit ginjal. Kapasitas paru-paru menurun seiring dengan bertambahnya usia, namun orang lanjut usia dapat meningkatkan fungsi paru-paru melalui latihan memperkuat diafragma.

6) Seksualitas

Proses penuaan di masa lanjut usia juga melibatkan sejumlah perubahan dalam performa seksual, terutama pada pria dibandingkan wanita. Meskipun demikian, hingga kini batas untuk aktivitas seksual belum diketahui.

2.1.6 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.

1) 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).

2) 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

2.1.7 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).

2.1.8 Perubahan Spiritual

Perubahan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau

pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhannya.

- 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).

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi perawatan diri

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes,2000). Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi,berhias,makan,toileting)

2.2.2 Jenis-Jenis 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.

2.2.3 Etiologi

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

1. Faktor Predisposisi

1) Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

2) Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri .

3) Kemampuan realitas turun

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

4) Sosial

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

2. Faktor presipitasi

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

Dampak yang sering timbul pada masalah defisit perawatan diri :

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 defisit perawatan diri adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

2.2.4 Tanda dan Gejala

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

1. Fisik

- 1) Badan bau, pakaian kotor.
- 2) Rambut dan kulit kotor.
- 3) Kuku panjang dan kotor.
- 4) Gigi kotor disertai mulut bau
- 5) Penampilan tidak rapi.

2. Psikologis

- 1) Malas, tidak ada inisiatif
- 2) Menarik diri, isolasi diri.
- 3) Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina

3. Sosial

- 1) Interaksi kurang
- 2) Kegiatan kurang
- 3) Tidak mampu berperilaku sesuai norma
- 4) 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

- 1) Pasien merasa lemah.
- 2) Malas untuk beraktivitas.
- 3) Merasa tidak berdaya.
- 4) Tidak mampu untuk membasuh badannya
- 5) Tidak mampu untuk mengakses kamar mandi

2. Data Obyektif

- 1) Rambut kotor, acak-acakan.
- 2) Badan dan pakaian kotor dan bau.
- 3) Mulut dan gigi bau.
- 4) Kulit kusam dan kotor.
- 5) Kuku panjang dan tidak terawat

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melakukan asuhan keperawatan penulisan mengacu dalam buku Fundamental (2009) 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.(Nanda, 2017).

4. Implementasi

Pelaksanaan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan.(Butcher, 2008).

5. Evaluasi

Evaluasi tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien.(Carpenito, 2005).

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan Lansia dalam Defisit Perawatan Diri

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan.

2. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan yang dirasakan saat ini : Biasanya klien mengatakan tidak mau dan tidak mampu dalam melakukan perawatan diri.
- 2) Riwayat Penyakit Daluhu : Biasanya klien pernah menderita penyakit kronis seperti stroke, osteoporosis, artritis,dan lain-lain yang dapat menghambat aktifitas mobilisasi.

3. Tanda-tanda vital dan status gizi

Tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, tekanan darah, dan respirasi.Untuk status gizi yaitu berat badan dan tinggi badan

4. Pengkajian psikososial

- 1) Hubungan dengan orang lain dalam lingkungan panti
- 2) Hubungan dengan orang lain diluar dan di dalam panti

3) Kebiasaan lansia berinteraksi di lingkungan panti dan sekitarnya

4) Menunjukkan perilaku stabilitas emosi pada lansia

5. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan

a) Pola pemenuhan nutrisi seperti kehilangan berat badan mendadak, nafsu makan meningkat, kehausan, mual dan muntah.

b) Pola pemenuhan cairan seperti berapa sering minum, jenis minum yang diminum.

c) Pola kebiasaan tidur dan istirahat seperti adakah gangguan tidur seperti insomnia, jumlah waktu tidur.

d) Pola eliminasi BAB seperti frekuensi BAB, gangguan selama BAB

e) Pola eliminasi BAK seperti jumlah urin, warna urin.

f) Pola aktivitas seperti kegiatan yang sering dilakukan sehari-hari

g) Pola pemenuhan kebersihan diri adalah pola fungsi cara merawat diri sendiri

h) Pola sensori dan kognitif adalah pola fungsi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, memori dan pengambilan keputusan

6. 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.

Tabel 2.1 Tabel Indeks Katz

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.

7. 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 (Santrok, 2011). 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 status mental serta disesuaikan dalam mengevaluasi nilai yang di

capai individu. Untuk tujuan penilaian, tiga tingkat pendidikan yang telah ditegakkan :

1. Seseorang yang telah mengalami hanya satu tingkat pendidikan sekolah dasar.
2. Seseorang yang telah mengalami beberapa pendidikan sekolah menengah pertama.
3. Seseorang yang telah menyelesaikan sekolah menengah ata, termasuk akademi, sekolah tinggi, atau sekolah bisnis.

Tabel 2.2 Tabel SPSMQ

NO	PERTANYAAN	JAWABAN
1	Tanggal berapa hari ini ?	
2	Hari apa sekarang ?	
3	Apa nama tempat ini ?	
4	Dimana alamat anda ?	
5	Berapa umur anda ?	
6	Kapan anda lahir ?	
7	Siapa presiden Indonesia sekarang ?	
8	Siapa presiden sebelumnya ?	
9	Siapa nama ibu anda ?	
10	Berapa 20 dikurangi 3 (begitu seterusnya sampai bilangan terkecil)	

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.

8. 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, lanjut usia normal biasanya mendapat angka tengah 27,6. Klien dengan demensia, depresi, dan gangguan kognitif mendapat 9, 7,19, dan 25 (Gallo, 1998). Pemeriksaan bertujuan untuk melengkapi dan menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik. Karena pemeriksaan MMSE mengukur beratnya kerusakan kognitif dan mendemonstrasikan perubahan kognitif pada waktu dan dengan tindakan sehingga dapat berguna untuk mengkaji kemajuan klien berhubungan dengan intervensi.

Penentuan kriteria gangguan memori sehubungan dengan gangguan usia tua diperlihatkan dengan adanya gangguan fungsi memori dan penurunan akibat demensia (mengarah pada gangguan intelektual) yang ditandai oleh MMSE.

Tabel 2.3 Tabel MMSE.

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : Musim : Tanggal : Hari : Bulan :
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? Negara : Propinsi : Kabupaten/Kota : Panti : Wisma :

3	Registrasi	3	Sebutkan 3 nama objek (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 kemudian kurang 7 sampai 5 tingkat. Jawaban: 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65
5	Mengingat	3	Meminta klien untuk mengulangi ketiga objek pada poin kedua (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut) (poin 2) 1. 2. Minta klien untuk mengulang kata berikut (poin 3): (tidak ada jika, dan, atau tetapi) Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah. Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh di lantai. (poin 3) 1. 2. 3. Perintahkan pada klien untuk hal berikut "Tutup mata anda" (bila aktifitas sesuai nilai 1 poin)
TOTAL NILAI		30	

Interpretasi hasil :

24-23 : Tidak ada gangguan kognitif.

18-23 : Gangguan kognitif sedang.

0-17 : Gangguan kognitif berat.

2.4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada perawatan diri menurut (NANDA, 2017)

yaitu :

1. Hambatan pemeliharaan rumah.
2. Defisit perawatan diri :mandi.
3. Defisit perawatan diri : berpakaian.
4. Defisit perawatan diri : makan.
5. Defisit perawatan diri : eliminasi.
6. Kesiapan meningkatkan perawatan diri.
7. Pengabaian diri.

Diagnosa prioritas dalam masalah defisit perawatan diri adalah :

1. Defisit Perawatan Diri Mandi (Nanda,2017)

Definisi : Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri.

Batasan karakteristik :

- 1) Ketidakmampuan membasuh tubuh
- 2) Ketidakmampuan mengakses kamar mandi
- 3) Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi
- 4) Ketidakmampuan mengatur air mandi
- 5) Ketidakmampuan mengeringkan tubuh

2.4.3 Intervensi

Perawat dan klien harus menyusun kriteria hasil dan rencana intervensi. Tujuan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami defisit perawatan diri harus difokuskan pada penciptaan lingkungan yang

mendukung proses perawatan diri. Tujuan ditetapkan secara individual dengan mempertimbangkan riwayat klien, area beresiko dan tanah-tanah disfungsi serta atau obyektif yang relevan.

1) Diagnosa 1 : Defisit Perawatan Diri Mandi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan lansia dapat melaksanakan perawatan diri mandi minimal dengan bantuan seperti membasuh dan mengeringkan muka beserta badan diatas tempat tidur, dibantu untuk mengakses ke kamar mandi dengan alat bantu seperti kursi roda, cruck dll .

Faktor yang berhubungan :

1. Ansietas
2. Penurunan motivasi
3. Kendala lingkungan
4. Nyeri
5. Kelemahan

NOC:

1. Mampu melakukan perawatan diri mandi (membasuh dan mengeringkan badan, oral hygiene, mengakses kamar mandi, mengambil peralatan mandi) dengan bantuan
2. Mampu meningkatkan kebutuhan perawatan diri mandi
3. Mampu beradaptasi dengan diri sendiri, orang lain dan lingkungan
4. Menunjukkan harapan untuk melakukan perawatan diri

NIC:

1. Gunakan komunikasi terapeutik untuk membangun hubungan saling percaya dan empatik

Rasional : Agar lebih mudah melakukan tindakan keperawatan.

2. Berikan privasi dan waktu tenang untuk dilakukannya kegiatan perawatan diri

Rasional : Dengan waktu yang cukup klien akan melakukan perawatan diriyang lebih baik.

3. Berikan bantuan perawatan diri mandi

Rasional : Dapat mempermudah lansia dalam melakukan perawatan diri mandi.

4. Menyediakan peralatan atau kebutuhan perawatan diri mandi seperti: sabun, pasta gigi, handuk,shampo, dll.

Rasional :Dapat mempermudah lansia untuk melakukan perawatan diri.

5. Kaji adanya indikasi untuk melakukan perawatan diri.

Rasional : Mengetahui kebiasaan perawatan diri.

6. Oral hygiene dan perawatan rambut atau kulit kepala.

Rasional : Untuk mengetahui kemampuan klien

7. Kerja sama dengan pihak panti untuk perawatan diluar jam dinas peneliti.

Rasional : Agar perawatan terus terlaksana disaat peneliti sudah selesai jam dinas dan selesai penelitian.

2.4.3 Pelaksanaan Keperawatan

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, 2014).

2.4.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi perawatan diri klien membutuhkan pemikiran kritis perawat dalam menentukan apakah usaha memperbaiki atau menjaga kesehatan diri klien tersebut berhasil. Hasil yang dibangun selama fase perencanaan berperan sebagai standart untuk mengevaluasi kemajuan perawatan klien, selain itu perawat mampu mengevaluasi segala masalah etik yang timbul dalam rangkaian perawatan diri klien. (Carpenito, 2009).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi ataumemantauperkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P : Planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

