

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian lanjut Usia

Usia lanjut adalah mereka yang telah berusia 60 tahun atau lebih (Nugroho 2008). Lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi 4 bagian pertama fase iufentus, antara 25-40 tahun, kedua tahun dan keempat fase senium, antara 65 hingga tutup usia (Lilik Ma'rifatul A, 2011).

Proses menua merupakan suatu yang fisiologis, yang akan dialami oleh setiap orang. Batasan orang dikatakan lanjut usia berdasarkan UU No 13 tahun 1998 adalah 60 tahun.

Jadi lanjut usia dapat kita artikan sebagai kelompok penduduk yang berusia 60 tahun ke atas proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya.

Menurut Surini dan Utomo (2003), lanjut usia bukan suatu penyakit, merupakan tahap lanjut dari proses kehidupan yang akan dialami semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Lilik Ma'rifatul A, 2011).

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, lanjut usia dikelompokkan menjadi:

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

2.1.3 Karakteristik Lanjut Usia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya (Nugroho, 2008). Tipe tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Tipe arif bijaksana
- 2) Tipe mandiri
- 3) Tipe tidak puas
- 4) Tipe pasrah
- 5) Tipe bingung

2.1.4 Permasalahan Pada Lanjut Usia

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

1. Permasalahan Umum :
 - a) Makin besarnya jumlah lansia yang berada di bawah garis kemiskinan.
 - b) Makin melemahnya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan, dihargai dan dihormati.
 - c) Lahirnya kelompok masyarakat industri.

- d) Masih rendahnya kuantitas dan kualitas tenaga profesional pelayanan lanjut usia.
- e) Belum membudaya dan melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan lansia.

2. Permasalahan khusus :

- a) Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental maupun sosial.
- b) Berkurangnya integrasi sosial lanjut usia.
- c) Rendahnya produktivitas kerja lansia.
- d) Banyaknya lansia yang miskin, telantar dan cacat.
- e) Berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistik.
- f) Adanya dampak negatif dari proses pembangunan yang dapat mengganggu kesehatan fisik lansia.

2.1.5 Teori Proses Menua

1. Teori-Teori Biologi

a. 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. Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin. (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel).

b. "Pemakaian dan Rusak" kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah (terpakai).

c. 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.

d. Teori "Immunologi Slow Virus" (*Immunology Slow Virus Theory*)

Sistem imun menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus ke dalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

e. Teori Stress

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.

2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketuaan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketuaan adalah (Nugroho, 2006):

- a) Hereditas = ketuaan genetik
- b) Nutrisi = makanan
- c) Status kesehatan
- d) Pengalaman hidup
- e) Lingkungan

2.1.7 Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

1. Perubahan-perubahan Fisik

Meliputi perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem organ tubuh diantaranya sistem pernafasan, pendengaran, penglihatan, kardio vaskuler, sistem pengaturan temperatur tubuh, sistem respirasi, muskuloskeletal, gastrointestinal, genitourinaria, endokrin dan integument

2. Perubahan-perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental

- a) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- b) Kesehatan umum
- c) Tingkat pendidikan
- d) Keturunan (*Hereditas*)
- e) Lingkungan
- f) Gangguan saraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian
- g) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan
- h) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan *family*
- i) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik : perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

3. Perkembangan Spiritual

- a) Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya (Maslow, 2005).
- b) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari. (Murray dan Zentner, 2007).

2.1.8 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 12 macam, yakni (Nugroho, 2006):

- a) Depresi mental
- b) Gangguan pendengaran
- c) Bronkitis kronis
- d) Gangguan pada tungkai / sikap berjalan
- e) Gangguan pada koksa / sendi panggul
- f) Anemia
- g) Demensia

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Pengertian Depresi Lansia

Menurut Nugroho (2008) depresi adalah suatu perasaan sedih dan pesimis yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam. Menurut Hudak dan Gallo dalam Azizah (2011), gangguan depresi merupakan keluhan umum pada lanjut usia dan merupakan penyebab tindakan bunuh diri. Sedangkan menurut Lau dan Eley dalam Lewis et al (2011) depresi adalah gangguan yang kompleks dan multifaktorial, merupakan efek yang melibatkan interaksi genetik dan risiko lingkungan.

2.2.2 Penyebab depresi pada lansia

Menurut Stuart dan Sunden (2005), factor penyebab depresi adalah :

1. Faktor predisposisi
 - a. Faktor genetic, di anggap mempengaruhi transmisi gangguan afektif melalui riwayat keluarga dan keturunan.
 - b. Teori agresi menyerang ke dalam, menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang di tunjukkan pada diri sendiri
 - c. Teori kehilangan obyek, menunjuk kepada perpisahan traumatika individu dengan benda atau yang sangat berarti

- d. Teori organisasi kepribadian, menguraikan bagaimana konsep diri yang negative dan harga diri rendah mempengaruhi system keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stressor.
- e. Model kognitif, menyatakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif dan di dominasi oleh evaluasi negative seseorang terhadap diri seseorang, dunia seseorang, dan masa depan seseorang.
- f. Model ketidakberdayaan yang dipelajari oleh (*learned helplessness*), menunjukkan bahwa bukan semata-mata trauma menyebabkan depresi tetapi keyakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang penting dalam kehidupannya, respon yang tidak adaptif.
- g. Model prilaku, berkembang dari kerangka teori belajar sosial yang mengomsumsi penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.
- h. Model biologic, menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekreksi kortisol, dan variasi periodic dalam irama biologis.

2. Stresor Pencetus

Ada 4 sumber utama stressor yang dapat mencetuskan gangguan alam perasaan depresi menurut Stuart dan Sundeen (2005) :

- a) Kehilangan keterikatan yang nyata atau dibayabgkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan, atau harga diri. Karena elemen actual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan,

- b) Pristiwa besar dalam kehidupan, hal ini sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah.
- c) Peran dan ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada wanita.
- d) Perubahan fisiologik diakibatkan oleh obat-obatan atau penyakit fisik, seperti infeksi, neoplasma, dan gangguan keseimbangan metabolic, dapat mencentuskan gangguan alam perasaan.

2.2.3 Faktor resiko

Depresi pada lansia terdiri dari: faktor psikologik, biologik, dan sosio-budaya. Pada sebagian besar kasus, ketiga faktor ini saling berinteraksi.

a) Faktor Psikososial

Menurut teori psikoanalitik dan psikodinamik Freud (2005) mengungkapkan bahwa depresi disebabkan karena kehilangan obyek cinta kemudian individu mengadakan introyeksi yang ambivalen dari aspek cinta tersebut. Menurut model Cognitif Behavioural (2005) depresi terjadi karena pandangan yang negatif terhadap diri sendiri, interpretasi yang negatif terhadap pengalaman hidup dan harapan pengalaman hidup dan harapan yang negatif untuk masa depan.

b) Faktor Biologik

1. Disregulasi biogenik amin

Beberapa peneliti melaporkan bahwa pada penderita depresi terdapat abnormalitas metabolitas biogenik amin (*5- hydroxy indolacetic acid, homouanilic acid, 3-methoxy-4 hydroxy phenylglycol*). Hal ini menunjukkan adanya disregulasi biogenic amin, serotonin, dan norepineprin yang merupakan neurotransmitter paling terkait dengan patofisiologi depresi.

2. Disreguloasi Neuroendokrin

Neuron yang mengandung neurotransmister biologik amin. Pada pasien depresi ditemukan adanya disregulasi neuroendokrin. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung biogenik ami.

c) Faktor Genetik

Faktor genetik memiliki kontribusi dalam terjadinya depresi. Berdasarkan studi lapangan, studi anak kembar, dan anak angkat, serta studi linkage terbukti adanya faktor genetik dan depresi.

2.2.4 Tanda dan Gejala

Perilaku yang berhubungan dengan depresi menurut Kelliat (2005) meliputi beberapa aspek seperti:

a) Afektif

Kemarahan, ansietas, apatis, kekesalan, penyangkalan perasaan, kemurungan rasa bersalah, ketidakberdayaan, keputusasaan, kesepian, harga diri rendah, kesedihan

b) Fisiologik

Nyeri abdomen, anoreksia, sakit punggung, konstipasi, pusing, kelelahan, gangguan pencernaan, insomia, perubahan haid, makan berlebihan/berkurang, gangguan tidur dan perubahan berat badan.

c) Kognitif

Ambivalensi, kebingungan, ketidakmampuan konsentrasi, kehilangan minat dan motivasi, menyalahkan diri sendiri, mencela diri sendiri, pikiran yang destruktif tentang diri sendiri, pesimis, ketidakpastian.

d) Perilaku

Agresif, alkoholisme, perubahan tingkat aktifitas, kecanduan obat, intoleransi, mudah tersinggung, kurang spontanitas, sangat tergantung, kebersihan diri yang kurang, isolasi sosial, mudah menangis dan menarik diri.

Menurut PPDGJ-III (Maslim,2007) tingkatan depresi pada lansia ada 3 berdasarkan gejala-gejalanya yaitu:

1) Depresi Ringan

Gejala:

- a. Kehilangan minat dan kegembiraan
- b. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas

- c. Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- d. Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
- e. Lamanya gejala tersebut berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu
- f. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang bisa dilakukannya

2) Depresi sedang

Gejala :

- a. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- b. Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
- c. Lamanya gejala tersebut berlangsung minimum sekitar 2 minggu
- d. Mengadaptasi kesulitan untuk meneruskan kegiatan sosial pekerjaan dan urusan rumah tangga

3) Depresi berat

Gejala :

- a. Mood depresif
- b. Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- c. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- d. Perbuatan yang membahayakan dirinya sendiri atau bunuh diri
- e. Tidur terganggu
- f. Disertai wajah halusinasi
- g. Lamanya gejala tersebut berlangsung selama 2 minggu

2.2.5 Pemeriksaan Diagnostik

Bilamana ditemukan tanda-tanda yang mengarah pada depresi, harus dilakukan lagi pemeriksaan yang lebih rinci sebagai berikut :

1. Riwayat klinik / anamnesis
 - a. riwayat keluarga
 - b. gangguan psikiatri yang lampau
 - c. kepribadian
 - d. riwayat sosial
 - e. ide / percobaan bunuh diri
 - f. gangguan-gangguan somatik
 - g. perkembangan gejala-gejala depresi

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien depresi sangat penting karena gejala-gejala depresi sering disertai dengan penyakit fisik.

3. Pemeriksaan kognitif

Penilaian Mini Mental State Examination (MMSE) pada usia lanjut yang menunjukkan gejala depresi bermanfaat dalam tindak lanjut penatalaksanaan pasien. Perbaikan pada MMSE setelah dilakukan terapi terhadap depresi, menunjukkan bahwa pasien dengan depresi mengalami masalah konsentrasi dan memori yang mempengaruhi fungsi kognitifnya.

4. Pemeriksaan status mental

- a. Penampilan dan perilaku
- b. *Mood* / suasana perasaan hati

- c. Pembicaraan
 - d. Isi pikiran Gejala ansietas
 - e. Gejala hipokondriakal
5. Pemeriksaan lainnya

Mengingat pasien usia lanjut rentan terhadap gangguan metabolik sekunder akibat penyakit depresi yang berat, seperti tidak adekuatnya asupan cairan, maka perlu dipertimbangkan pemeriksaan sebagai berikut :

- a. ureum dan elektrolit
- b. darah lengkap dan hitung jenis
- c. Vitamin B12 dan Folat
- d. Tes fungsi Tiroid
- e. Foto dada
- f. Lain-lain : serum sifilis, Electro Cardio Graphy (ECG), Electro Encephalo Graphy (EEG), CT-*scan*

2.2.6 Penatalaksanaan Depresi Terapi fisik

- a. Obat

Secara umum, semua obat antidepresan sama efektivitasnya. Pemilihan jenis antidepresan ditentukan oleh pengalaman klinikus dan pengenalan terhadap berbagai jenis antidepresan. Biasanya pengobatan dimulai dengan dosis separuh dosis dewasa, lalu dinaikkan perlahan-lahan sampai ada perbaikan gejala.

b. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

Untuk pasien depresi yang tidak bisa makan dan minum, berniat bunuh diri atau retardasi hebat maka ECT merupakan pilihan terapi yang efektif dan aman. ECT diberikan 1- 2 kali seminggu pada pasien rawat inap, unilateral untuk mengurangi *confusion/memory problem*. Terapi ECT diberikan sampai ada perbaikan *mood* (sekitar 5 - 10 kali), dilanjutkan dengan anti depresan untuk mencegah kekambuhan.

2.2.7 Terapi Psikologik

a. Psikoterapi

Psikoterapi individual maupun kelompok paling efektif jika dilakukan bersama-sama dengan pemberian antidepresan. Baik pendekatan psikodinamik maupun kognitif *behavior* sama keberhasilannya. Meskipun mekanisme psikoterapi tidak sepenuhnya dimengerti, namun kecocokan antara pasien dan terapis dalam proses terapeutik akan meredakan gejala dan membuat pasien lebih nyaman, lebih mampu mengatasi persoalannya serta lebih percaya diri.

b. Terapi kognitif

Terapi kognitif - perilaku bertujuan mengubah pola pikir pasien yang selalu negatif (persepsi diri, masa depan, dunia, diri tak berguna, tak mampu dan sebagainya) ke arah pola pikir yang netral atau positif. Ternyata pasien usia lanjut dengan depresi dapat menerima metode ini meskipun penjelasan harus diberikan secara singkat dan terfokus. Melalui latihan-latihan, tugas-tugas dan aktivitas tertentu terapi kognitif bertujuan mengubah perilaku dan pola pikir.

c. Terapi keluarga

Problem keluarga dapat berperan dalam perkembangan penyakit depresi, sehingga dukungan terhadap keluarga pasien sangat penting. Proses penuaan mengubah dinamika keluarga, ada perubahan posisi dari dominan menjadi dependen pada orang usia lanjut. Tujuan terapi terhadap keluarga pasien yang depresi adalah untuk meredakan perasaan frustrasi dan putus asa, mengubah dan memperbaiki sikap / struktur dalam keluarga yang menghambat proses penyembuhan pasien.

d. Penanganan Ansietas (Relaksasi)

Teknik yang umum dipergunakan adalah program relaksasi progresif baik secara langsung dengan instruktur (psikolog atau terapis okupasional) atau melalui *tape recorder*. Teknik ini dapat dilakukan dalam praktek umum sehari-hari. Untuk menguasai teknik ini diperlukan kursus singkat terapi relaksasi.

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Lansia

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan yang terdiri dari 3 kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokkan data, dan perumusan diagnosa keperawatan. (Arif Muttaqin, 2008).

1. Identitas

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

2. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri, nafsu makan menurun, resiko mencederai diri, gangguan alam perasaan maladaptif.

3. Riwayat Keluarga

Pada pengkajian ini bisa ditemukan keluhan yang sama pada generasi terdahulu apakah oleh faktor adaptif dan maladaptif.

4. Riwayat Penyakit Klien

Kaji ulang riwayat klien dan pemeriksaan fisik untuk adanya tanda dan gejala karakteristik yang berkaitan dengan gangguan tertentu yang didiagnosis.

- a. Kaji adanya depresi.
- b. Singkirkan kemungkinan adanya depresi dengan scrining yang tepat, seperti geriatric depression scale.
- c. Ajukan pertanyaan-pertanyaan pengkajian keperawatan
- d. Wawancarai klien, pemberi asuhan atau keluarga.

5. Lakukan observasi langsung terhadap :

1. Perilaku.

- a. Bagaimana kemampuan klien mengurus diri sendiri dan melakukan aktivitas hidup sehari-hari?
- b. Apakah klien menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial?
- c. Apakah klien sering mengluyur dan mondar-mandir?
- d. Apakah ia menunjukkan sundown sindrom atau perseveration phenomena?

2. Afek
 - a. Apakah klien menunjukkan ansietas?
 - b. Labilitas emosi?
 - c. Depresi atau apatis?
 - d. Iritabilitas?
 - e. Tidak berdaya?
 - f. Frustrasi?
 - g. Curiga?
3. Respon kognitif
 - a. Bagaimana tingkat orientasi klien?
 - b. Apakah klien mengalami kehilangan ingatan tentang hal-hal yang baru saja atau yang sudah lama terjadi?
 - c. Sulit mengatasi masalah, mengorganisasikan atau mengabstrakan?
 - d. Kurang mampu membuat penilaian?
 - e. Terbukti mengalami afasia, agnosia, atau, apraksia?
6. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan
 - a. Pola pemenuhan nutrisi

Pasien mengatakan tidak teratur untuk pola makannya hanya setengah porsi yang dihabiskan
 - b. Pola pemenuhan cairan

Pasien mengatakan untuk kebutuhan cairan setiap harinya menghabiskan ± 3 gelas sehari

c. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien mengatakan untuk kebiasaan tidur untuk malam hari terkadang terbangun sendiri untuk tidur malam mulai jam 20.00 sampai 03.00 pagi untuk tidur siang mulai jam 12.00 sampai 14.00, menggunakan waktu tidur untuk beristirahat.

d. Pola eliminasi BAB

Pasien mengatakan tidak ada gangguan saat BAB, \pm 2 kali sehari, konsistensi lembek.

e. Pola eliminasi BAK

Pasien mengatakan BAK \pm 1-3 kali sehari, kuning jernih, bau khas.

f. Pola aktivitas

Aktivitas pasien sering didalam kamar dan mengerjakan ketrampilan tangan.

g. Pola pemenuhan kebersihan diri

Pasien mengatakan selama di panti mandi 2 kali sehari, memakai sabun dan selalu gosok gigi.

h. Pola sensori dan kognitif

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam panca indranya.

7. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada bekas lesi, warna rambut hitam dan kering, mudah rontok.

b. Mata

Pasien mengatakan penglihatan sedikit kabur, tidak menggunakan alat bantu kaca mata, tidak ada riwayat katarak.

c. Hidung

Bentuk simetris, sedikit agak kotor dalam kebersihan, mukosa kering dan tidak ada peradangan.

d. Mulut dan Tenggorokan

Bentuk simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada kesulitan menelan dan mengunyah.

e. Telinga

Tidak ada bekas luka, kebersihan baik, pendegaran baik.

f. Leher

Tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan.

g. Dada

Bentuk dada normal, bunyi napas tambahan, adanya nyeri tekan

h. Abdomen

Bentuk Distend, tidak adanya benjolan/pembesaran hepar, kembung, frekuensi bising usus 20 kali/menit.

i. Genetalia

Kebersihan, karakter mons pubis dan labia mayora serta kesimetrisan labia mayora

j. Ekstremitas

Turgor kulit hangat, tidak menggunakan alat bantu, rentang regak maksimal, deformitas tidak.

k. Integumen

Kebersihan baik, warna pucat, kelembaban kering, tidak ada gangguan integumen.

8. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan darah lengkap, Vitamin B12 dan Folat, dan pemeriksaan Lain-lainnya yaitu Electro Cardio Graphy (ECG), Electro Encephalo Graphy (EEG), CT-scan bila ditemukan gangguan metabolik akibat depresi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko mencederai diri berhubungan dengan depresi.
2. Gangguan alam perasaan: depresi berhubungan dengan coping maladaptif.
3. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat akibat penurunan nafsu makan.

Penerbit Buku Kedokteran, Diagnosa Keperawatan Geriatrik, Nanda (2000)

2.3.3 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini di lakukan pelaksanaan dan intervensi yang telah di tentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan pelanjutan dari intervensi yang telah di susun pada tahap perencanaan. (Nasrul Effendy, 2005)

1) Diagnosa 1 : Resiko mencederai diri berhubungan dengan depresi.

Tujuan perawatan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan lansia tidak mencederai diri.

Kriteria Hasil:

- a) Lansia dapat mengungkapkan perasaanya.
- b) Lansia tampak lebih bahagia.
- c) Lansia sudah bisa tersenyum ikhlas.

Intervensi:

1. Bina hubungan saling percaya dengan lansia.

Rasional : hubungan saling percaya dapat mempermudah dalam mencari data-data tentang lansia.

2. Lakukan interaksi dengan pasien sesering mungkin dengan sikap empati dan Dengarkan pemyataan pasien dengan sikap sabar empati dan lebih banyak memakai bahasa non verbal. Misalnya: memberikan sentuhan, anggukan.

Rasional : Dengan sikap sabar dan empati lansia akan merasa lebih diperhatikan dan berguna.

3. Pantau dengan seksama resiko bunuh diri/melukai diri sendiri. Jauhkan dan simpan alat-alat yang dapat digunakan oleh pasien untuk mencederai dirinya/orang lain, ditempat yang aman dan terkunci.

Rasional : Meminimalkan terjadinya perilaku mencederai diri.

2) Diagnosa 2 : Gangguan alam perasaan: depresi berhubungan dengan coping maladaptif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan lansia merasa tidak stres dan depresi.

Kriteria Hasil :

- a) Klien dapat meningkatkan harga diri
- b) Klien dapat menggunakan dukungan sosial
- c) Klien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat

Intervensi :

1. Klien dapat meningkatkan harga diri.

Tindakan : Bantu untuk memahami bahwa klien dapat mengatasi keputusasaannya.

Rasional : Membangun motivasi pada lansia

2. Kaji dan kerahkan sumber-sumber internal individu.

Rasional : Individu lebih percaya diri

3. Bantu mengidentifikasi sumber-sumber harapan (misal: hubungan antar sesama, keyakinan, hal-hal untuk diselesaikan).

Rasional : Menumbuhkan semangat hidup lansia

4. Klien dapat menggunakan dukungan sosial

Tindakan: Kaji dan manfaatkan sumber-sumber eksternal individu (orang-orang terdekat, tim pelayanan kesehatan, kelompok pendukung, agama yang dianut).

Rasional : Lansia tidak merasa sendiri

5. Kaji sistem pendukung keyakinan (nilai, pengalaman masa lalu, aktivitas keagamaan, kepercayaan agama).

Rasional : Meningkatkan nilai spiritual lansia

6. Lakukan rujukan sesuai indikasi (misal : konseling pemuka agama).

Rasional : Untuk menangani klien secara cepat dan tepat

7. Klien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat

Tindakan: Diskusikan tentang obat (nama, dosis, frekuensi, efek dan efek samping minum obat).

Rasional : Untuk memberi pemahaman kepada lansia tentang obat

8. Bantu menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, obat, dosis, cara, waktu).

Rasional : Prinsip 5 benar dapat memaksimalkan fungsi obat secara efektif

9. Anjurkan membicarakan efek dan efek samping yang dirasakan.

Rasional : Menambah pengetahuan lansia tentang efek – efek samping obat.

10. Beri reinforcement positif bila menggunakan obat dengan benar.

Rasional : Lansia merasa dirinya lebih berharga

- 3) Diagnosa 3 : Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat akibat penurunan nafsu makan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan kebutuhan nutrisi berkurang

Kriteria hasil : pasien tidak mual, muntah

Nafsu makan bertambah

Intervensi :

1. Observasi porsi makanan yang telah di habiskan.

Rasional : mengkaji intake makanan yang telah di habiskan.

2. Anjurkan makanan sedikit-sedikit tapi sering

Rasional : menghindari mual dan muntah

3. Berikan diet lauk selagi hangat

Rasional : memberikan makanan hangat dan lunak tidak menyebabkan mual dan muntah.

4. Hindari makanan pantangan bagi klien.

Rasional : menghindari komplikasi penyakit

5. Kolaborasi dengan dokter dengan pemberian terapi

Rasional : untuk proses penyembuhan

2.3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah. Pada tahap implementasi ini terdiri atas beberapa kegiatan yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan serta melanjutkan pengumpulan data. (Mitayani, 2011)

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang di sengaja dan terus-menerus dengan melibatkan pasien, perawat, dan anggota tim kesehatan lain. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan lain, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak untuk melakukan pengkajian ulang. (Lismidar, 2000)

Hasil akhir yang diharapkan pada asuhan keperawatan klien depresi adalah sebagai berikut:

1. Klien mampu berpartisipasi dalam resiko mencederai diri terhadap orang lain
2. Klien dapat mengungkapkan perasaannya yang lebih bahagia dan ikhlas.
3. Klien dapat meningkatkan harga diri.
4. Klien mampu mendemonstrasikan cara menyelesaikan masalah yang konstruktif.
5. Klien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat