

BAB 2

TINJUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian lanjut usia

Menurut undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada bab 1 pasal 1 ayat 2, yang di maksud lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Fase verilitas, antara 40-50 tahun, ketiga fase prasenium antara 55-65 lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat di bagi 4 bagian pertama fase inventus, antara 25-40 tahun, kedua tahun dan keempat fase senium, antara 65 hingga tutup usia.(Nugroho, 2000 ; Lilik Ma'rifatul A, 2011).

Pengertian lansia beragam tergantung pada kerangka pandang individu. Orang tua yang berusia 35 tahun dapat di anggap tua bagi anaknya dan tidak muda lagi. Orang sehat aktif berusia 65 tahun mungkin menganggap usia 75 tahun sebagai permulaan lanjut usia. 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

(Brunner dan Suddart, 2001 ; Lilik Ma'rifatul A, 2011).

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

Usia yang dijadikan patokan untuk lanjut usia berbeda-beda umumnya bekisar antara 60-65 tahun. Beberapa pendapat para ahli tentang batasan usia adalah sebagai berikut:

1. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:
 - a) Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun
 - b) Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun
 - c) Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun
 - d) Usia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun
2. Menurut Setyonegoro, K 2000, lanjut usia dikelompokkan sebagai berikut:
 - a) Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) usia 18/20-25 tahun
 - b) Usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas usia 25-60/65 tahun
 - c) Lanjut usia (*geriatric age*) usia > 65-70 tahun, terbagi atas:
 1. (*Young old*) usia 70-75 tahun
 2. (*Old*) usia 75-80 tahun
 3. (*Very old*) usia > 80 tahun

Kalau pembagian umur dari beberapa ahli tersebut di telaah, dapat disimpulkan bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas. Namun, di Indonesia, batasan lanjut usia adalah 60 tahun ke atas. Hal ini di pertegas dalam undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang kesejateraan lanjut usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2. (Padila, 2013).

2.1.3 Klasifikasi Lanjut Usia

Klasifikasi berikut ini adalah ilmu klasifikasi pada lansia berdasarkan RI (2003) dalam Maryam dkk (2009) yang terdiri dari : para lansia (praseenilis) yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun, lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, lansia yang resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih / seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan, lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang menghasilkan barang/jasa, lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya tergantung pada bantuan orang lain.

2.1.4 Karakteristik Lanjut Usia

Menurut Kalia, AB (1999), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang kesehatan).
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang gerak sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

(Padila, 2013)

2.1.4 Tipe Lanjut Usia

Tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonominya (Nugroho, 2000). Tipe tersebut diantaranya:

1. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, mengkritik dan banyak menuntut.

4. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan kegiatan apa saja.

5. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

Tipe lain dari lansia adalah tipe optimis, konstruktif, dependen (tergantung), defensive (bertahan), militan dan serius, tipe pemaarah/ frustrasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri).

2.1.5 Teori proses menua

Teori-teori tentang penuaan sudah banyak yang di kemukakan, namun tidak semuanya bias diterima. Teori-teori itu dapat di golongkan dalam dua kelompok, yaitu yang termasuk kelompok teori biologis dan teori psikososial (Padila, 2013).

1. Teori biologis

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut :

a) Teori jam genetik

Menurut Hay ich (1965), secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetis terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa spesies-spesies tertentu memiliki harapan hidup (life span) yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami deteriorasi.

1. Teori cross-linkage (rantai silang)

Kolagen yang merupakan unsur penyusun tulang diantara susunan molecular, lama kelamaan akan meningkat kekakuannya (tidak jelas). Hal ini disebabkan oleh karena sel-sel sudah tua dan retaksi kimianya menyebabkan jaringan yang sangat kuat.

2. Teori radikal bebas

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

3. Teori genetik

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

4. Teori immunologi

- a. Didalam proses metabolisme tubuh , suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak dapat tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah.
- b. System imun menjadi kurang efektif dalam mempertahankan diri, regulasi dan responsibilitas.

5. Teori stress-adaptasi

Menua menjadi 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.

6. Teori wear and tear (pemakaian dan rusak)

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah (terpakai).

2. Teori Psikologi

Teori yang merupakan teori psikologi adalah sebagai berikut:

a. Teori integritas ego

Teori perkembangan ini mengidentifikasi tugas-tugas yang harus di capai dalam tiap tahap perkembangan. Tugas perkembangan terakhir merefleksikan kehidupan seseorang dan mencapainya. Hasil akhir dan penyelesaiannya konflik antara integritas ego dan keputusasaan adalah kebebasan.

(Padila, 2013)

3. Teori Sosiokultural

Teori yang merupakan teori sosiokultural adalah sebagai berikut :

a. Teori pembebasan (disengagement) theory

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang berangsur-angsur mulai melepas diri dari kehidupan sosialnya, atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Hal ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, sehingga sering terjadi kehilangan ganda meliputi :

- Kehilangan peran
- Hambatan kontak sosial
- Berkurangnya komitmen

b. Teori aktivitas

Teori ini menyatakan bahwa penuaan yang sukses tergantung dari bagaimana seorang usia lanjut merasakan kepuasan dalam beraktifitas dan mempertahankan aktifitas tersebut selama mungkin. Adapun kualitas aktivitas tersebut lebih penting dibandingkan kuantitas aktivitas yang dilakukan.

4. Teori Konsekuensi Fungsional

Teori yang merupakan teori fungsional adalah sebagai berikut :

- a. Teori mengatakan tentang konsekuensi fungsional usia lanjut yang berhubungan dengan perubahan-perubahan karena usia dan factor resiko tambahan.
- b. Tanpa intervensi maka beberapa konsekuensi akan negative, dengan intervensi menjadi positif.

(Padila, 2013).

2.1.6 Perubahan Pada Lusia

1. Perubahan sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat. Konsumsi oksigen pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru menurun. Latihan berguna untuk meningkatkan $\dot{V}O_2$ maksimum, mengurangi tekanan darah, dan berat badan.

2. Sistem persarafan

- a. Berat otak menurun 10-20%. (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya).
- b. Cepatnya menurun hubungan persarafan.
- c. Lambat dalam respond dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stress.
- d. Mengecilnya saraf panca indera.

Berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.

- e. Kurang sensitive terhadap sentuhan.

3. Sistem pendengaran

- a. Presbiakusis (gangguan pada pendengaran). Hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.

- b. Membrane timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.
 - c. Terjadinya pengumpulan cerumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin.
 - d. Pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa/ stress.
4. Sistem penglihatan
- a. Sfingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.
 - b. Kornea lebih berbentuk sfesis (bola).
 - c. Lensa lebih suram (kekruhan pada lensa) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
 - d. Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan susah melihat dalam cahaya gelap.
 - e. Hilangnya daya akomodasi.
 - f. Menurunnya lapangan pandang : berkurang luas pandangannya.
 - g. Menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau pada skala
5. Sistem respirasi
- a. Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.
 - b. Menurunnya aktifitas dari silia.
 - c. Paru-paru kehilangan elastisitas; kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun.
 - d. Alveoli ukurannya melebar dari biasaya dan jumlahnya berkurang.
 - e. O_2 pada arteri menurun menjadi 75 mmHg.
 - f. CO_2 pada arteri tidak berganti

- g. Kemampuan untuk batuk berkurang
- h. Kemampuan pegal, dinding, dada, dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia.

6. Sistem gastrointestinal

- a. Kehilangan gigi : penyebab utama adanya periodontal disease yang bias terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan kesehatan gigi yang buruk.
- b. Indra pengecap menurun : adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atrofi indera pengecap (kurang lebih 80%), hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, manis, dan pahit.
- c. Esophagus melebar
- d. Lambung : rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun.
- e. Peristaltic lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- f. Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu).
- g. Liver (hati): makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.
- h. Sistem reproduksi.
- i. Menyusutnya ovarium dan uterus.
- j. Atrofi payudara.
- k. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

- l. Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik), yaitu:
 - Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia
 - Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual.
 - Tidak perlu cemas karena merupakan perubahan alami.
- m. Selaput vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya menjadi alkali, dan terjadi perubahan-perubahan warna.

7. Sistem Genitourinaria

- a. Ginjal : merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus). Kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya: kurangnya kemampuan mengkonsentrasi urin, berat jenis urin menurun proteinuria sampai 21 mg%; BUN (blood urea nitrogen) meningkat sampai 21 mg%; nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.
- b. Vesika urinaria (kandung kemih): otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, vesika urinaria susah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatnya retensi urin.
- c. Pembesaran prostat kurang lebih 75% dialami oleh pria usia diatas 65 tahun.

- d. Atrofi vulva.
- e. Vagina : orang-orang yang makin menua sexual intercourse masih juga membutuhkannya; tidak ada batasan umur tertentu fungsi sexual seseorang berhenti; frekuensi sexual intercourse cenderung menurun secara bertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan atau menikmati berjalan terus sampai tua.

8. Sistem endokrin

- a. Produksi dari hampir semua hormon menurun.
- b. Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah
- c. Pituitari: pertumbuhan hormon ada tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah; berkurangnya produksi dari ACTH, STH, FSH, dan LH.
- d. Menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR: *basal metabolic rate*, dan menurunnya daya bertukaran zat.
- e. Menurunnya produksi aldosteron.
- f. Menurunnya sekresi hormone kelamin, misalnya: progesterone, estrogen, dan testosteron

9. Sistem kulit (integumentary system)

- a. Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- b. Permukaan kulit kasar dan bersisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis)
- c. Menurunnya respon terhadap trauma.
- d. Mekanisme proteksi kulit menurun:
 - Produksi serum menurun.
 - Penurunan produksi VTD.

- Gangguan pigmentasi kulit.
- e. Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.
- f. Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- g. Berkurangnya elastisitas akibat dari penurunannya cairan dan vaskularisasi.
- h. Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- i. Kuku jari lebih keras dan rapuh.
- j. Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk.
- k. Kelenjar keringat berkurang jumlahnya dan fungsinya.
- l. Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.

10. Sistem musculoskeletal

- a. Tulang kehilangan density (cairan) dan makin rapuh.
- b. Kifosis.
- c. Pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas.
- d. Discus, intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang).
- e. Persendian membesar dan menjadi kaku.
- f. Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
- g. Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil): serabut-serabut otot mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lambat, otot kram dan menjadi tremor.
- h. Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.

2.1.7 Perubahan-perubahan mental

Factor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental

1. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
2. Kesehatan umum.
3. Tingkat pendidikan.
4. Keturunan (hereditas).
5. Lingkungan
6. Kenangan (memory).
 - a. Kenangan jangka panjang: berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan.
 - b. Kenangan jangka pendek atau seketika. 0-10 menit, kenangan buruk.
7. IQ (intelligent quocient)

Lansia mengalami perubahan dengan informasi matematika (analitis, linier, sekuensial) dan perkataan verbal. Tetapi presepsi dan daya membayangkan (fantasi) menurun. Walaupun mengalami kontroversi, tes intelegensia kurang memperlihatkan adanya penurunan kecerdasan pada lansia. Hal ini terutama dalam bidang vocabulary (kosakata), ketrampilan praktis, dan pengetahuan umum. Fungsi intelektual yang stabil ini disebut crystallized intelligent. Sedangkan fungsi intelektual yang mengalami kemunduran adalah fluid intelligent seperti mengingat daftar, memory bentuk geometri, kecepatan menemukan kata, menyelesaikan masalah, kecepatan berespon, dan perhatian yang cepat beralih.

8. Kemampuan belajar (learning)

Lanjut usia yang sehat dan tidak mengalami demensia masih memiliki kemampuan belajar yang baik, bahkan di Negara industri maju didirikan

University of the third age. Hal ini sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup (life-long learning), bahwa manusia itu memiliki kemampuan untuk belajar sejak dilahirkan sampai akhir hayat. Oleh karena itu sudah seyogyanya jika mereka tetap diberikan kesempatan untuk mengembangkan wawasan berdasarkan pengalaman (learning by experience). Implikasi praktis dalam pelayanan kesehatan jiwa (mental health) lanjut usia baik yang bersifat promotif-preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah untuk memberikan kegiatan yang berhubungan dengan proses belajar yang sudah disesuaikan dengan kondisi masing-masing lanjut usia.

9. Kemampuan pemahaman (comprehention)

Kemampuan pemahaman atau menangkap pengertian pada lansia mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengarannya lansia yang mengalami penurunan. Dalam pelayanan lanjut usia agar tidak timbul salah paham sebaiknya dalam komunikasi dilakukan kontak mata (saling memandang). Dengan kontak mata, mereka akan dapat membaca bibir lawan bicaranya, sehingga menurut pendengarannya dapat diatasi dan dapat lebih muda memahami maksud orang lain.

10. Pemecah masalah (problem solving)

Pada lanjut usia masalah-masalah yang dihadapi tentu semakin banyak. Banyak hal yang dahulunya dengan mudah dapat dipecahkan menjadi terhambat karena terjadi penurunan fungsi pada indera pada lanjut usia. Hambatan yang lain dapat berasal dari penurunan daya ingat, pemahaman dan lain-lain yang berakibat bahwa pemecahan masalah menjadi lebih lama. Dalam menyikapi hal ini maka

dalam pendekatan pelayanan kesehatan jiwa lanjut usia perlu di perhatikan ratio petugas kesehatan dan pasien lanjut usia.

11. Pengambilan keputusan (*Decission making*)

Pengambilan keputusan termasuk dalam proses pemecahan masalah. Pengambil keputusan pada umumnya berdasarkan data yang terkumpul, kemudian dianalisa, dikumpulkan dan dipilih alternatif yang dinilai positif, kemudian baru ambil satu keputusan. Pengambilan keputusan pada lanjut usia sering lambat atau seolah-olah terjadi penundaan.

12. Kebijaksanaan (*wisdom*)

Bijaksana adalah kepribadian (*personality*) dan kombinasi dari aspek kognitif. Pada lansia semakin bijaksana dalam menghadapi suatu permasalahan. Kebijaksanaan sangat tergantung pada tingkat kematangan kepribadian seseorang dan pengalaman hidup yang dialami.

13. Kinerja (*performance*)

Pada lanjut usia memang akan terlihat penurunan kinerja baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Perubahan performance yang membutuhkan kecepatan dan waktu mengalami penurunan. Penurunan itu bersifat wajar sesuai perubahan organ-organ biologis ataupun perubahan yang sifatnya patologis. Dalam pelayanan kesehatan jiwa lanjut usia, mereka perlu diberikan latihan-latihan keterampilan untuk tetap mempertahankan kinerja.

14. Motivasi

Pada lanjut usia, motivasi baik kognitif maupun afektif untuk mencapai/memperoleh suatu cukup besar, namun motivasi tersebut sering kali kurang memperoleh dukungan kekuatan fisik maupun psikologis, sehingga hal-hal

diinginkan banyak yang berhenti di tengah jalan. Factor yang mempengaruhi perubahan kognitif meliputi perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan dan lingkungan.

15. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan lansia makin berintegrasi dalam kehidupannya. Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini dapat dilihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari. Spiritualitas pada lansia bersifat universal, intrinsic dan merupakan proses individual yang berkembang sepanjang rentang kehidupan. Satu hal pada lansia yang diketahui sedikit berbeda dari orang yang lebih muda yaitu sikap mereka terhadap kematian. Hal ini menunjukkan bahwa lansia cenderung tidak terlalu takut terhadap konsep dan realitas kematian. Pada tahap perkembangan usia lanjut merasakan atau sadar akan kematian.

16. Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia seringkali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik. Seperti gangguan jantung, gangguan metabolisme (misal diabetes mellitus), vaginitis, dan baru selesai operasi prostektetomi. Pada wanita mungkin ada kaitannya dengan masa menopause, yang berarti fungsi seksual mengalami penurunan karena tidak produktif walaupun sebenarnya tidak harus begitu, karena kebutuhan biologis selama orang masih sehat dan masih memerlukan tidak salahnya bila dijalankan terus secara wajar dan teratur tanpa mengganggu kesehatannya.

2.1.8 Perubahan-perubahan psikososial

1. Pensiun

Nilai seseorang sering di ukur oleh produktivitasnya dan identitasnya di kaitkan dengan perang dalam pekerjaan. Bila seseorang pension (purna tugas) ia akan mengalami kehilangan-kehilangan antara lain:

- a. Kehilangan finansia (income berkurang).
 - b. Kehilangan status.
 - c. Kehilangan teman / kenalan atau relasi.
 - d. Kehilangan pekerjaan.
2. Merasakan atau sadar akan kematian (sense of awareness of mortality).
 3. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
 4. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (economic deprivation).
 5. Penyakit kronis akibat ketidakmampuan.

2.2 Tinjauan Teori Medis

2.2.1 Definisi Demensia

Demensia adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir, dan penurunan kemampuan tersebut menimbulkan gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari. Kumpulan gejala yang ditandai dengan dengan penurunan fungsi kognitif, perubahan mood dan tingkah laku sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari penderita. (Lilik Ma'rifatul Azizah, 2011).

Perubahan proses pikir adalah kelainan mental yang cukup serius karena seluruh kepribadian yang walaupun hanya mengenai aspek dalam pikirannya, namun secara jelas akan menyebabkan kemunduran fungsi intelektual yang progresif dan ireversibel.

2.2.2 Etiologi Demensia

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.

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.

Penyebab demensia menurut Nugroho (2008) dapat digolongkan menjadi 3 golongan besar :

- a. Sindroma demensia dengan penyakit yang etiologi dasarnya tidak dikenal kelainan yaitu : terdapat pada tingkat subseluler atau secara biokimiawi pada sistem enzim, atau pada metabolisme
- b. 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 Bogaert
 - 3) Khorea Huntington
- c. Sindroma demensia dengan etiologi penyakit yang dapat diobati, dalam golongan ini diantaranya :
 - 1) Penyakit cerebro kardiofaskuler
 - 2) penyakit- penyakit metabolik
 - 3) Gangguan nutrisi
 - 4) Akibat intoksikasi menahun

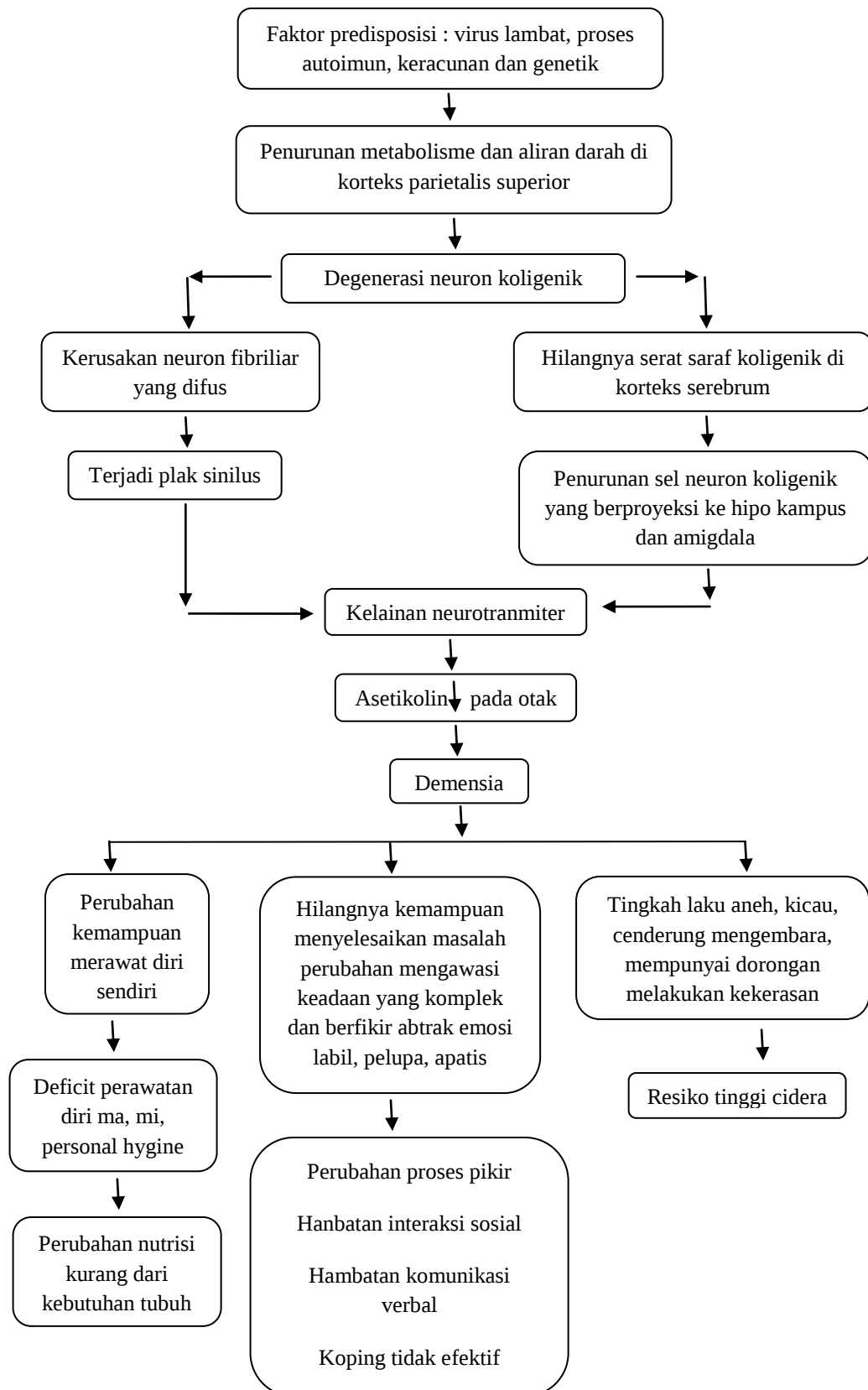
2.2.3 Patofisiologi

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 pada usia mereka. 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. Pada saat ini mungkin saja lansia menjadi sangat ketakutan bahkan sampai berhalusinasi. Disinilah keluarga membawa Lansia penderita demensia ke rumah sakit dimana demensia bukanlah menjadi hal utama fokus 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.

2.1.9 WOC



2.2.5 Manifestasi Klinis

Tanda dan Gejala dari Penyakit Demensia antara lain :

1. Rusaknya seluruh fungsi jajaran 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.

2.2.6 Klasifikasi demensia

1. Menurut kerusakan struktur otak

a. Tipe Alzheimer

Alzheimer adalah kondisi dimana sel saraf pada otak mengalami kematian sehingga membuat signal dari otak tidak dapat di transmisikan sebagaimana mestinya (Grayson, C. 2004). Penderita Alzheimer mengalami gangguan memori, kemampuan membuat keputusan dan juga penurunan proses berpikir. Sekitar 50-60% penderita demensia disebabkan karena penyakit Alzheimer.

Demensia ini ditandai dengan gejala :

- 1) Penurunan fungsi kognitif dengan onset bertahap dan progresif,
- 2) Daya ingat terganggu, ditemukan adanya : afasia, apraksia, agnosia, gangguan fungsi eksekutif,
- 3) Tidak mampu mempelajari / mengingat informasi baru,
- 4) Perubahan kepribadian (depresi, obsesive, kecurigaan),
- 5) Kehilangan inisiatif.

Penyakit Alzheimer dibagi atas 3 stadium berdasarkan beratnya deteorisasi intelektual :

- 1) Stadium I (amnesia)
 - a) Berlangsung 2-4 tahun
 - b) Amnesia menonjol
 - c) Perubahan emosi ringan
 - d) Memori jangka panjang baik
 - e) Keluarga biasanya tidak terganggu
- 2) Stadium II (Bingung)
 - a) Berlangsung 2 – 10 tahun
 - b) Episode psikotik
 - c) Agresif
 - d) Salah mengenali keluarga
- 3) Stadium III (Akhir)
 - a) Setelah 6 - 12 tahun
 - b) Memori dan intelektual lebih terganggu
 - c) Membisu dan gangguan berjalan
 - d) Inkontinensia urin

b. Demensia Vascular

Demensia tipe vascular disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah di otak dan setiap penyebab atau faktor resiko stroke dapat berakibat terjadinya demensia. Depresi bisa disebabkan karena lesi tertentu di otak akibat gangguan sirkulasi darah otak, sehingga depresi dapat diduga sebagai demensia vaskular.

Tanda-tanda neurologis fokal seperti :

- 1) Peningkatan reflek tendon dalam
- 2) Kelainan gaya berjalan
- 3) Kelemahan anggota gerak

2. Menurut Umur:

- a. Demensia senilis (usia >65tahun)
- b. Demensia prasenilis (usia <65tahun)

3. Menurut perjalanan penyakit :

- a. Reversibel (mengalami perbaikan)
- b. Ireversibel (Normal pressure hydrocephalus, subdural hematoma, vit.B, Defisiensi, Hipotiroidisma, intoksikasi Pb)

Pada demensia tipe ini terdapat pembesaran ventrikel dengan meningkatnya cairan serebrospinalis, hal ini menyebabkan adanya :

- 1) Gangguan gaya jalan (tidak stabil, menyeret).
- 2) Inkontinensia urin.
- 3) Demensia.

4. Menurut sifat klinis:

- a. Demensia proprius
- b. Pseudo-demensia

2.2.7 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang : (Asosiasi Alzheimer Indonesia,2003)

1. Pemeriksaan laboratorium rutin

Pemeriksaan laboratorium hanya dilakukan begitu diagnosis klinis demensia ditegakkan untuk membantu pencarian etiologi demensia khususnya pada

demensia *reversible*, walaupun 50% penyandang demensia adalah demensia Alzheimer dengan hasil laboratorium normal, pemeriksaan laboratorium rutin sebaiknya dilakukan. Pemeriksaan laboratorium yang rutin dikerjakan antara lain: pemeriksaan darah lengkap, urinalisis, elektrolit serum, kalsium darah, ureum, fungsi hati, hormone tiroid, kadar asam folat.

2. Imaging

Computed Tomography (CT) scan dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) telah menjadi pemeriksaan rutin dalam pemeriksaan demensia walaupun hasilnya masih dipertanyakan.

3. Pemeriksaan EEG

Electroencephalogram (EEG) tidak memberikan gambaran spesifik dan pada sebagian besar EEG adalah normal. Pada Alzheimer stadium lanjut dapat memberi gambaran perlambatan difus dan kompleks periodik.

4. Pemeriksaan cairan otak

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

5. Pemeriksaan genetic

Apolipoprotein E (APOE) adalah suatu protein pengangkut lipid polimorfik yang memiliki 3 allel yaitu epsilon 2, epsilon 3, dan epsilon 4. setiap allel mengkode bentuk APOE yang berbeda. Meningkatnya frekuensi epsilon 4 diantara penyandang demensia Alzheimer tipe awitan lambat atau tipe

sporadik menyebabkan pemakaian genotif APOE epsilon 4 sebagai penanda semakin meningkat.

6. Pemeriksaan neuropsikologis

Pemeriksaan neuropsikologis meliputi pemeriksaan status mental, aktivitas sehari-hari / fungsional dan aspek kognitif lainnya. (Asosiasi Alzheimer Indonesia,2003) Pemeriksaan neuropsikologis penting untuk sebagai penambahan pemeriksaan demensia, terutama pemeriksaan untuk fungsi kognitif, minimal yang mencakup atensi, memori, bahasa, konstruksi visuospatial, kalkulasi dan *problem solving*. Pemeriksaan neuropsikologi sangat berguna terutama pada kasus yang sangat ringan untuk membedakan proses ketunaan atau proses depresi. Sebaiknya syarat pemeriksaan neuropsikologis memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. Mampu menyaring secara cepat suatu populasi
- b. Mampu mengukur progresifitas penyakit yang telah diidentifikasi demensia.
- c. Sebagai suatu esesmen awal pemeriksaan Status Mental Mini (MMSE) adalah test yang paling banyak dipakai. (Asosiasi Alzheimer Indonesia,2003) tetapi sensitif untuk mendeteksi gangguan memori ringan. (Tang-Wei,2003).

Pemeriksaan status mental MMSE Folstein adalah test yang paling sering dipakai saat ini, penilaian dengan nilai maksimal 30 cukup baik dalam mendeteksi gangguan kognisi, menetapkan data dasar dan memantau penurunan kognisi dalam kurun waktu tertentu. Nilai di bawah 27 dianggap abnormal dan

mengindikasikan gangguan kognisi yang signifikan pada penderita berpendidikan tinggi. (Asosiasi Alzheimer Indonesia, 2003).

Penyandang dengan pendidikan yang rendah dengan nilai MMSE paling rendah 24 masih dianggap normal, namun nilai yang rendah ini mengidentifikasi risiko untuk demensia. (Asosiasi Alzheimer Indonesia, 2003). Pada penelitian Crum R.M 1993 didapatkan median skor MMSE adalah 29 untuk usia 18-24 tahun, median skor 25 untuk yang > 80 tahun, dan median skor 29 untuk yang lama pendidikannya >9 tahun, 26 untuk yang berpendidikan 5-8 tahun dan 22 untuk yang berpendidikan 0-4 tahun. *Clinical Dementia Rating* (CDR) merupakan suatu pemeriksaan umum pada demensia dan sering digunakan dan ini juga merupakan suatu metode yang dapat menilai derajat demensia ke dalam beberapa tingkatan.

Penilaian fungsi kognitif pada CDR berdasarkan 6 kategori antara lain gangguan memori, orientasi, pengambilan keputusan, aktivitas sosial/masyarakat, pekerjaan rumah dan hobi, perawatan diri. Nilai yang dapat pada pemeriksaan ini adalah merupakan suatu derajat penilaian fungsi kognitif yaitu; Nilai 0, untuk orang normal tanpa gangguan kognitif. Nilai 0,5, untuk *Questionable dementia*. Nilai 1, menggambarkan derajat demensia ringan, Nilai 2, menggambarkan suatu derajat demensia sedang dan nilai 3, menggambarkan suatu derajat demensia yang berat. (Asosiasi Alzheimer Indonesia, 2003 ; Golomb, 2001 ; Burns, 2002).

2.2.8 Penatalaksanaan

1. Farmakoterapi

Sebagian besar kasus demensia tidak dapat disembuhkan.

- a. Untuk mengobati demensia alzheimer digunakan obat-obatan antikolierase seperti Donepezil, Rivastigmine, Galantamine , Memantine
- b. Dementia vaskuler membutuhkan obat-obatan anti platelet seperti Aspirin, Ticlopidine, Clopidogrel untuk melancarkan aliran darah ke otak sehingga memperbaiki gangguan kognitif.
- c. Demensia karena stroke yang berturut-turut tidak dapat diobati, tetapi perkembangannya bisa diperlambat atau bahkan dihentikan dengan mengobati tekanan darah tinggi atau kencing manis yang berhubungan dengan stroke.
- d. Jika hilangnya ingatan disebabkan oleh depresi, diberikan obat anti-depresi seperti Sertraline dan Citalopram.
- e. Untuk mengendalikan agitasi dan perilaku yang meledak-ledak, yang bisa menyertai demensia stadium lanjut, sering digunakan obat anti-psikotik (misalnya Haloperidol, Quetiapine 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. Dukungan atau Peran Keluarga

- a. Mempertahankan lingkungan yang familiar akan membantu penderita tetap memiliki orientasi. Kalender yang besar, cahaya yang terang, jam

dinding dengan angka-angka yang besar atau radio juga bisa membantu penderita tetap memiliki orientasi.

- b. Menyembunyikan kunci mobil dan memasang detektor pada pintu bisa membantu mencegah terjadinya kecelekaan pada penderita yang senang berjalan-jalan.
- c. Menjalani kegiatan mandi, makan, tidur dan aktivitas lainnya secara rutin, bisa memberikan rasa keteraturan kepada penderita.
- d. Memarahi atau menghukum penderita tidak akan membantu, bahkan akan memperburuk keadaan.
- e. Meminta bantuan organisasi yang memberikan pelayanan sosial dan perawatan, akan sangat membantu.

3. Terapi Simtomatik

Pada penderita penyakit demensia dapat diberikan terapi simtomatik, meliputi:

- a. Diet
- b. Latihan fisik yang sesuai
- c. Terapi rekreasional dan aktifitas
- d. Penanganan terhadap masalah-masalah

2.2.9 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 :
 - a. Kegiatan rohani & memperdalam ilmu agama.
 - b. Tetap berinteraksi dengan lingkungan, berkumpul dengan teman yang memiliki persamaan minat atau hobi
4. Mengurangi stress dalam pekerjaan dan berusaha untuk tetap relaks dalam kehidupan sehari-hari dapat membuat otak kita tetap sehat.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan mengumpulkan data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan di ketahui berbagai masalah yang ada.pengkajian juga harus di lakukan dengan teliti karena dengan pengkajian dapat menentukan diagnosa. (A.Aziz dan musrifatul 2012)

2.3.2 Diagnosa

Merupakan dimana terjadi proses pengambilan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial (A.Aziz dan musrifatul 2012).

2.3.3 Intervensi

Merupakan suatu proses menyusun berbagai perencanaan keperawatan yang di butuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat di laksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap di antaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang di harapkan, dan penentuan rencana tindakan (A.Aziz dan musrifatul 2012).

2.3.4 Implementasi

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Jenis tindakan keperawatan mandiri atau dikenal dengan tindakan independent, dan tindakan kolaborasi atau dikenal dengan tindakan interdependent (A.Aziz dan musrifatul 2012)..

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil (A.Aziz dan musrifatul 2012)

2.4 Tinjauan Penerapan Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas

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

2. Keluhan utama

Pasien mengaku sering lupa dalam menaruh barang dan mangingat sesuatu misal umur, tanggal, hari, dll.

3. Struktur keluarga: Genogram

4. Riwayat keluarga

Pada pengkajian ini bias ditemukan keluarga yang sama pada generasi terdahulu apakah oleh factor adaptif dan maladaptive.

5. Riwayat penyakit klien

Kaji ulang riwayat klien dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui tanda dan gejala karakteristik yang berkaitan dengan gangguan tertentu yang di diagnosis.

a. Kaji adanya depresi

b. Singkirkan kemungkinan adanya depresi dengan scrining yang tepat, seperti geriatric depression scale.

c. Ajukan pertanyaa-pertanyaan pengkajian keperawatan.

d. Wawancarai klien, pemberi asuhan atau keluaraga

6. Lakukan observasi langsung terhdap:

a. Perilaku

Klien menunjukkan sikap yang datar atau tidak berekspresi.

b. Afek

Klien terkadang terlihat cemas karenan takut kehilangan sesuatu, bias juga klien mengalami depresi karena pada pasien demensia terdapat lesi tertentu diotak sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi pada otak seperti demensia tipe vaskuler.

c. Respon kognitif

Klien mengalami orientasi waktu, tempat, dan tidak mampu mengenali orang yang ada di sekitarnya, klien mengalami kehilangan ingatan mengenai hal-hal yang baru saja dilakukan.

d. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan

1. Pola pemenuhan nutrisi

Menggambarkan Masukan Nutrisi, balance cairan dan elektrolit Nafsu makan,pola makan, diet,fluktuasi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan,Mual/muntah,Kebutuhan jumlah zat gizi, masalah /penyembuhan kulit,Makanan kesukaan.

2. Pola pemenuhan cairan

Klin mengalami tidak mengalami perubahan pola pemenuhan cairan.

3. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Menggambarkan Pola Tidur, istirahat dan persepsi tentang energy. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, mengeluh letih

4. Pola eliminasi

Menjelaskan pola Fungsi eksresi,kandung kemih dan Kulit Kebiasaan defekasi,ada tidaknya masalah defekasi,masalah miksi

(oliguri,disuri dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, Karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih,masalah bau badan, perspirasi berlebih, dll

5. Pola aktifitas

Menggambarkan pola latihan,aktivitas,fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit,gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain Kemampuan klien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan 0: mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3 : dibantu orang dan alat 4 : tergantung dalam melakukan ADL,kekuatan otot dan Range Of Motion, riwayat penyakit jantung, frekuensi,irama dan kedalaman nafas,bunyi nafas riwayat penyakit paru,

6. Pola pemenuhan kebersihan diri

Klien mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri dikarenakan klien yang sering lupa aka hal-hal yang baru saja terjadi.

7. Pola sensorik dan kognitif

Menjelaskan Persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan,pendengaran,perasaan,pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu,tempat, dan nama (orang,atau benda yang lain).

8. Pola Konsep Diri-persepsi Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan.

Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai system terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai system terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural spiritual dan dalam pandangan secara holistic. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri., dampak sakit terhadap diri, kontak mata, asertif atau passive, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup/relaks

9. Pola Peran dan Hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien. Pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive/agresif terhadap orang lain, masalah keuangan dll

10. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Bentuk kepala simetri, bekas lesi, warna rambut, rambut kering atau lembab, rapuh, mudah rontok

b. Mata

Kesimetrisan, warna retina, kepekaan terhadap cahaya atau respon cahaya, anemis pada daerah konjungtiva, sclera icterus (kekuningan), riwayat katarak.

c. Hidung

Kesimetrisan, kebersihannya, mukosa kering atau lembab, tidak terdapat peradangan.

d. Mulut dan tenggorokan

Kesimetrisan bibir, warna, tekstur lesi dan kelembaban serta karakteristik permukaan pada mukosa mulut atau lidah.

e. Telinga

Kaji membrane timpani terhadap warna, garis dan bentuk, permukaan luar daerah tragus dalam keadaan normal atau tidak.

f. Leher

Pembesaran kelenjar tyroid gerakan-gerakan halus pada respon percakapan, nyeri tekan.

g. Dada

Bentuk dada normal, bunyi nafas tambahan, adanya nyeri tekan.

h. Abdomen

Bentuk, gerakan pernafasan, adanya benjolan/ pembesaran hepar, kembung, frekuensi bising usus.

i. Genetalia

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

j. Ekstermitas

Pada ekstermitas warna kuku, turgor kulit hangat, dingin, penggunaan alat bantu, rentang gerak, deformitas.

k. Integument

Kebersihan, warna, dan area terpajan serta.

l. Indeks katz (Indeks kemandirian pada aktivitas kehidupan sehari-hari)

Pengkajian ini berguna untuk mengetahui sejauh mana tingkat kemandirian pada lansia, biasanya terdapat penurunan aktivitas klien tidak pernah mengikuti kegiatan dipanti.

m. Pengkajian kemampuan intelektual

Pengkajian yang biasa dengan mengajukan beberapa pertanyaan dan dapat menyimpulkan hasil bahwa sejauh mana klien mengalami kerusakan fungsi intelektual.

n. Pengkajian kemampuan aspek kognitif

Pengkajian yang mengkaji meliputi orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi. Dan biasanya pada klien demensia terdapat penurunan orientasi, ketidakmampuan klien untuk memecahkan suatu masalah, dan klien mengalami kesulitan untuk berhitung.

o. Depresi beck

Suatu pengkajian untuk mengetahui tingkat depresi lansia, biasanya terjadi depresi pada klien yang merasa bahwa dirinya tidak berdaya dan gagal akan masa lalu.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Doengoes, Marilyn E (2000) dalam buku Rencana Asuhan Keperawatan : pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien.

1. Perubahan proses pikir berhubungan dengan penurunan memory atau ingatan dengan hilangnya konsentrasi (distrakabilitas), hilangnya ingatan atau memory ,tidak mampu membuat keputusan, menghitung, mengumpulkan gagasan, melakukan abstraksi atau konseptualitas, dan memecahkan masalah.
2. Deficit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif (penurunan daya ingat) dan motivasi merawat diri.
3. Resiko cidera berhubungan dengan kesulitan lingkungan keseimbangan, kelemahan otot, otot tidak terkoordinasi, aktivitas jenjang.
4. Resiko terhadap perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mudah lupa, kemunduran hobi, perubahan sensori

2.4.3 Intervensi

1. Perubahan proses pikir berhubungan dengan penurunan memory atau ingatan dengan hilangnya konsentrasi (distrakabilitas), hilangnya ingatan atau memory ,tidak mampu membuat keputusan, menghitung, mengumpulkan gagasan, melakukan abstraksi atau konseptualitas, dan memecahkan masalah.

Tujuan :

Setelah diberi tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu mengenali perubahan dalam berfikir.

Kriteria hasil:

- a. Mampu mengenali perubahan dalam berfikir / tingkah laku dan factor-faktor penyebab jika memungkinkan
- b. Mampu memperlihatkan penurunan tingkah laku yang tidak diinginkan, ancaman dan kebingungan.
- c. Mampu untuk mengidentifikasi orang, tempat, dan waktu secara akurat.

Intervensi :

1. kembangkan lingkungan yang mendukung dan hubungan klien – perawat yang terapeutik
Rasional : mengurangi kecemasan dan emosional
2. Pertahankan lingkungan yang menyenangkan dan tenang.
Rasional : kebisingan merupakan sensori berlebihan yang meningkatkan gangguan neuron.
3. Ijinkan klien untuk mengumpulkan benda yang aman
Rasional : memelihara keamanan dan keseimbangan lingkungan.
4. Bantu klien untuk menemukan hal yang salah dalam penempatan.
Rasional : menurunkan defensiveness jika klien menyadari kesalahannya.
5. Gunakan suara yang agak rendah dan berbicara dengan perlahan pada klien.
Rasional : meningkatkan pemahaman ucapan tinggi dan keras menimbulkan stress yang mencetuskan konfrontasi dan respon marah.
2. Diagnosa prioritas kedua : Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif (penurunan daya ingat) dan motivasi merawat diri.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, klin dapat mengingat minat atau motivasi untuk memperhatikan dan mempertahankan kebersihan diri.

Intervensi :

1. Identifikasi kesulitan dalam berpakaian / perawatan diri seperti keterbatasan gerak fisik.

Rasional : memahami penyebab yang mempengaruhi pilihan intervensi / strategi. Masalah dapat diminimalkan dengan menyesuaikan pakaian.

2. Bantu untuk mengenakan pakaian yang rapi/ berikan pakaian yang rapi dan indah.

Rasional : meningkatkan kepercayaan, dan menurunkan perasaan kehilangan dan meningkatkan kepercayaan untuk hidup.

3. Diskusikan bersama klien pentingnya kebersihan diri dengan cara menjelaskan tentang arti bersih dan tanda – tanda kebersihan.

Rasional : pengertian yang baik dapat membantu klin mengerti dan dapat melakukan sendiri tentang kebersihan diri.

4. Dorong klien untuk menyebutkan 3 dari 5 tanda kebersihan diri.

Rasional : menciptakan memori kebersihan diri.

5. Diskusikan fungsi kebersihan diri dengan menggali pengetahuan klien terhadap hal yang berhubungan dengan kebersihan diri.

Rasional : pengertian yang baik dapat membantu klien dapat mengerti dan diharapkan klien dapat melakukan sendiri tentang kebersihan diri.

3. Diagnosa prioritas ketiga : Resiko cidera berhubungan dengan kesulitan lingkungan keseimbangan, kelemahan otot, otot tidak terkoordinasi, aktivitas jenjang.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien mampu beradaptasi dengan lingkungan untuk mengurangi resiko cidera.

Intervensi :

1. kaji derajat gangguan kemampuan, tingkah laku impulsif dan penurunan persepsi visual.

Rasional : mengidentifikasi resiko dilingkungan dan mempertinggi kesadaran perawat akan bahaya.

2. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien.

Rasional : gangguan persepsi adalah awal terjadi trauma akibat tidak bertanggung jawab terhadap kebutuhan keamanan dasar.

3. Hindarkan lingkungan yang berbahaya

Rasional : untuk mengurangi resiko cidera

4. Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih.

Rasional : mempertahankan keamanan dengan menghindari konfrontasi yang meningkatkan resiko terjadinya trauma.

2.4.4 Implementasi

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Jenis tindakan keperawatan mandiri atau dikenal dengan tindakan independent, dan tindakan kolaborasi atau dikenal dengan tindakan interdependent (A.Aziz dan musrifatul 2012).

2.4.5 Evaluasi

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan 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 data 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 data objektif.

P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, di hentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.