

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian Lanjut Usia

Lanjut usia (lansia) adalah istilah tahap akhir dari proses penuaan. Menua (menjadi tua = *aging*) proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan pada jaringan untuk memperbaiki diri ataupun mengganti diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya sehingga dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Dharmojo, 2009). Lanjut usia (lansia) merupakan suatu keadaan atau proses alamiah yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Dalam memasuki usia tua terjadi berbagai perubahan baik itu perubahan fisik dan fungsi, perubahan mental, dan perubahan psikososial (Nugroho, 2008).

Lanjut usia bukanlah suatu penyakit. Lanjut usia adalah tahap akhir dari suatu siklus hidup manusia, merupakan proses dari kehidupan yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap individu. Pada tahap ini seorang individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun secara mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya (Sadock, 2007).

Menurut Depkes RI, lansia merupakan seorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih, baik secara fisik masih berkemampuan (potensial), maupun karena suatu hal tidak mampu lagi berperan secara aktif dalam pembangunan (tidak potensial). Di Negara maju seperti Amerika Serikat lansia sering didefinisikan sebagai seseorang yang

telah menjalani siklus kehidupan diatas usia 60 tahun (*Ahli Kependudukan*). Sedangkan menurut Notoadmodjo, (2010) usia lanjut yaitu kelompok orang yang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade.

Berdasarkan definisi diatas, maka disimpulkan bahwa seseorang dikatakan lansia apabila usianya 60 tahun ke atas. Lansia bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan berbagai stress lingkungan. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual.

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

WHO menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi 4 kelompok yaitu usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*old*) usia 75 - 90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun. Sedangkan Nugroho, (2000) menyimpulkan pembagian umur berdasarkan pendapat beberapa ahli, bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas.

Menurut *Prof. Dr. Koesmanto Setyonegoro*, lanjut usia dikelompokkan menjadi usia dewasa muda (*elderly adulthood*), 18 atau 29-25 tahun, usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas, 25-60 tahun atau 65 tahun, lanjut usia (*geriatric age*) lebih lebih dari 65 tahun atau 70 tahun

yang dibagi lagi dengan 70-75 tahun (*young old*), 75-80 tahun (*old*), lebih dari 80 tahun (*very old*).

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1, seorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lansia setelah seseorang yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas.

2.1.3 Perubahan Fisik Pada Lanjut Usia

Menurut Stockslager & Schaeffer, (2008), Banyak perubahan terjadi pada lanjut usia, diantaranya perubahan komposisi tubuh, otot, tulang dan sendi, sistem kardiovaskular, serta respirasi. Penuaan dicirikan dengan kehilangan banyak sel tubuh dan penurunan metabolisme di sel tubuh lainnya. Proses ini menyebabkan penurunan fungsi tubuh dan perubahan komposisi tubuh. Sistem tubuh yang mengalami perubahan terkait usia diantaranya nutrisi, kulit, rambut, mata dan penglihatan, telinga dan pendengaran, sistem pernapasan, sistem kardiovaskuler, sistem GI, sistem ginjal, sistem reproduksi (pria maupun wanita), sistem saraf, sistem imun, sistem muskuloskeletal, dan sistem endokrin.

Secara umum menurut Mubarak, (2006), perubahan fisiologis proses penuaan adalah sebagai berikut :

1. Perubahan makro yaitu perubahan yang jelas dapat diamati atau terlihat seperti : a) Menipisnya diskus ivertebralis; b)Erosi pada permukaan sendi-sendi; c) Terjadinya osteoporosis; d) Mengecilnya kelenjar

mandibula; e) Adanya arteriosklerosis; f) Menopause pada wanita; g) Sering dijumpai emphysema polmnum; h) Presbiopi; i) Otot-otot mengalami atrofi; j) Kulit tidak elastis lagi; k) Rambut memutih, secara umum sering dijumpai; l) Adanya dementia senilis

2. Perubahan mikro yaitu suatu perubahan yang terjadi dalam sel seperti : a) Berkurangnya jumlah sel; b) Berkurangnya cairan dalam sel; c) Berkurangnya besarnya sel

2.1.4 Permasalahan Yang Terjadi Pada Usia Lanjut (lansia)

1. Permasalahan dari aspek psikologis
 - a. Demensia adalah gangguan intelektual atau daya ingat yang sering terjadi pada orang berusia >65 tahun.
 - b. Depresi merupakan salah satu hal yang terpenting dalam problem lansia. Usia bukanlah faktor untuk menjadi depresi tetapi suatu keadaan penyakit medis kronis dan masalah-masalah yang dihadapi lansia yang membuat mereka depresi. Gejala depresi pada lansia adalah kehilangan minat, berkurangnya energi (mudah lelah), kosentrasi dan perhatian berkurang, kurang percaya diri, sering merasa bersalah, pesimis, gangguan pada tidur dan gangguan nafsu makan.
 - c. Delusi, merupakan suatu kondisi dimana pikiran terdiri dari satu atau lebih delusi. Delusi diartikan sebagai ekspresi kepercayaan yang dimunculkan kedalam kehidupan nyata seperti merasa dirinya diracun oleh orang lain, dicintai, ditipu, merasa dirinya sakit atau disakiti.

- d. Gangguan kecemasan, merupakan gangguan psikologis berupa ketakutan yang tidak wajar atau phobia. Kecemasan yang sering terjadi pada lansia adalah tentang kematiannya.
- e. Gangguan tidur, usia lanjut adalah faktor tunggal yang paling sering berhubungan dengan peningkatan kejadian gangguan tidur yang berupa gangguan tidur di malam hari (sering terbangun di dini hari) dan sering merasa mengantuk di siang hari (Aspiani, 2014).

2. Permasalahan dari aspek fisiologis

Terjadinya perubahan normal pada fisik lansia yang dipengaruhi oleh faktor kejiwaan sosial, ekonomi dan medik. Perubahan tersebut akan terlihat dalam jaringan dan organ tubuh seperti kulit menjadi kering dan keriput, rambut berubah dan rontok, penglihatan menurun sebagian atau menyeluruh, pendengaran berkurang, indra perasa menurun, daya penciuman berkurang, tinggi badan menyusut karena proses osteoporosis yang berakibat badan menjadi bungkuk, tulang keropos, massanya dan kekuatannya berkurang dan mudah patah, elastisitas paru berkurang, nafas menjadi pendek, terjadi pengurangan fungsi organ di dalam perut, dinding pembuluh darah mulai menebal sehingga tekanan menjadi darah tinggi, otot jantung bekerja tidak efisien, adanya penurunan organ reproduksi terutama pada wanita, otak menyusut dan reaksi menjadi lambat terutama pada pria, serta seksualitas tidak terlalu menurun (Watson, 2003).

3. Permasalahan dari aspek sosial
 - a. Banyak lansia yang merasa kesepian atau merasa terisolasi dari lingkungan di sekitarnya, antara lain karena jarang tersedia pelayanan kendaraan umum khusus bagi lansia, tingginya tingkat kejahatan disekitar lingkungan tempat tinggal, dan lain-lain.
 - b. Masa pensiun menyebabkan sebagian lansia sering merasa ada sesuatu yang hilang dari hidupnya. Beberapa perasaan yang dirasakan adalah kehilangan status atau kedudukan sosial sebelumnya di lingkungan masyarakat, kehilangan pertemanan baik di lingkungan masyarakat dan kehilangan gaya hidup yang biasa dijalannya (Hurlock, 1996).

2.1.5 Proses Penuaan

Aging Process (proses menua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita [Constantinescu, (1994) dan Darmojo, (2004)]. Proses menua merupakan proses yang terjadi terus-menerus (berlanjut) secara alamiah, yang dimulai sejak lahir dan umumnya dialami oleh makhluk hidup.

Menurut Mubarak, (2009), Lanjut usia bukan merupakan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan menurunnya kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Proses penuaan merupakan suatu proses alamiah setelah tiga tahap kehidupan, yaitu masa anak, masa dewasa, dan masa tua yang

tidak dapat dihindari oleh setiap individu (Rahman dkk, 2013). Menua menurut Constantinides, (1994) dan Setiadi, (2005), adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan juga mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Menurut Mubarak, (2009), Pertambahan usia akan menimbulkan perubahan-perubahan pada struktur dan fisiologis dari berbagai sel atau jaringan atau organ dan sistem yang ada pada tubuh manusia. Proses ini menjadikan kemunduran fisik maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat, dan kelainan berbagai fungsi organ vital. Sedangkan kemunduran psikis terjadi peningkatan sensitivitas emosional, menurunnya gairah, bertambahnya minat terhadap diri, berkurangnya minat terhadap penampilan, meningkatnya minat terhadap material dan minat kegiatan rekreasi tidak berubah hanya orientasi dan hanya subjek saja yang berbeda (Rahman dkk, 2013).

2.1.6 Teori – Teori Proses Penuaan

Teori penuaan secara umum dapat dibedakan menjadi dua yaitu teori penuaan secara biologis dan teori penuaan psikologis.

1. Teori Biologis

a. Teori seluler

Kemampuan sel hanya dapat membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh “diprogram” untuk membelah 50 kali. Jika

sebuah sel pada lansia dilepas dari tubuh dan dibiarkan laboratorium, lalu diobservasi, jumlah sel-sel yang akan membelah, jumlah sel yang akan membelah akan terlihat sedikit. (Spence & Masson dalam Watson, 1992). Hal ini akan memberikan beberapa pengertian terhadap proses penuaan biologis dan menunjukkan bahwa pembelahan sel lebih lanjut mungkin terjadi untuk pertumbuhan dan perbaikan jaringan, sesuai dengan berkurangnya umur.

b. Teori “*Genetik Clock*”

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetic untuk spesies-spesies tertentu. Tiap spesies mempunyai didalam inti selnya suatu jam *genetic* yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi tertentu. Jadi menurut konsep ini bila jam kita ini berhenti kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit. Secara teoritis dapat dimungkinkan memutar jam ini lagi meski hanya beberapa waktu dengan pengaruh-pengaruh dari luar, berupa peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dengan obat-obatan tindakan tertentu.

c. Sintesis Protein (kolagen dan elastin)

Jaringan seperti kulit dan kartilagon kehilangan elastisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lansia beberapa protein (kolagen dan kartilagon, dan elastin

pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda.

d. Keracunan oksigen

Teori tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel didalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi, tanpa mekanisme pertahanan diri tertentu. Ketidak mampuan mempertahankan diri dari toksik tersebut membuat struktur membran sel mengalami perubahan dari rigid, serta terjadi kesalahan genetik.

e. *Immunology slow virus theory*

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

f. Mutasi somatik (Teori Error Catastrophe)

Mekanisme pengontrolan genetik dalam tingkat sub seluler dan molekular yang bisa disebut juga hipotesis "Error Catastrophe" menurut hipotesis tersebut menua disebabkan oleh kesalahan-kesalahan yang beruntun. Sepanjang kehidupan setelah berlangsung dalam waktu yang cukup lama, terjadi kesalahan dalam proses transkripsi (DNA→RNA) maupun dalam proses translasi (RNA→protein/enzim) kesalahan tersebut akan menyebabkan terbentuknya enzim yang salah. Kesalahan tersebut dapat berkembang secara eksponensial dan akan menyebabkan terjadinya

reaksi metabolisme yang salah, sehingga akan mengurangi fungsi sel.

g. Teori stres

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

h. Teori rantai silang

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

i. Teori program

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

2. Teori Psikologis

a. Aktivitas atau kegiatan (*Activity Theory*)

Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. sense of integrity yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua. Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari usia lanjut. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia (Nugroho, 2000).

b. Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Identity pada lansia yang sudah mantap memudahkan dalam memelihara hubungan dengan masyarakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, keluarga, dan hubungan interpersonal. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimilikinya.

c. Teori pembebasan (*Disengagement Theory*)

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya. Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara perlahan tetapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

d. Teori Kesalahan Genetik

Proses menjadi tua ditentukan oleh kesalahan sel genetik DNA dimana sel genetik memperbanyak diri (ada yang memperbanyak diri sebelum pembelahan sel) sehingga dapat mengakibatkan kesalahan-kesalahan yang berakibat pula dengan terhambatnya pembentukan sel berikut sehingga mengakibatkan kematian sel. Pada sel mengalami kematian orang akan tampak menjadi tua.

e. Rusaknya Sistem Imun Tubuh

Mutasi yang terjadi secara berulang dapat mengakibatkan kemampuan sistem imun untuk mengenali dirinya berkurang (*self*

recognition) menurun mengakibatkan kelainan pada sel, dianggap sel asing sehingga dihancurkan perubahan inilah terjadinya peristiwa auto imun.

2.1.7 Aktivitas Fisik Lanjut Usia

1. Pengertian Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan energi. Penurunan aktivitas fisik merupakan suatu faktor risiko independen untuk penyakit kronis dan secara keseluruhan diperkirakan menyebabkan suatu kematian secara global (WHO, 2010). Menurut Fatmah, (2010), aktivitas fisik adalah pergerakan dari anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga yang sangat penting bagi pemeliharaan kesehatan fisik dan mental, serta dapat mempertahankan kualitas hidup agar tetap sehat dan bugar sepanjang hari. Jadi, aktivitas fisik ialah suatu gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang sangat penting bagi pemeliharaan kesehatan fisik dan mental.

2. Manfaat Aktivitas Fisik

Menurut Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2006), aktivitas fisik secara teratur memiliki efek yang menguntungkan terhadap kesehatan yaitu :

- a. Terhindar dari penyakit jantung, stroke, osteoporosis, kanker, tekanan darah tinggi, kencing manis, dan lain – lain.
- b. Berat badan terkendali.
- c. Lebih bertenaga dan bugar.

- d. Secara keseluruhan keadaan kesehatan menjadi lebih baik.
- e. Dapat mempengaruhi kesehatan otak dan fungsi kognitif.

Hasil dari latihan fisik dapat dilihat dari aspek fisiologik dan psikososial. Manfaat tersebut mencakup pelambatan laju penurunan kemampuan fisik dan kognitif, peningkatan energi, perbaikan pola tidur, peningkatan selera makan, penurunan nyeri, peningkatan vasodilatasi, peningkatan curah jantung, dan penurunan stres. Manfaat lain adalah penguatan dan peningkatan tonus otot, peningkatan RPS (Rentang Pergerakan Sendi) dan fleksibilitas, penurunan kebosanan dan isolasi sosial (Meridean dkk, 2011).

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Aktifitas Pada Lansia

Kemauan dan kemampuan untuk melaksanakan aktifitas sehari-hari pada lansia di pengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut (Potter, 2005):

- a. Faktor-faktor dari dalam diri sendiri
 - a) Umur

Menurut Potter dan Perry, (2005), kemampuan dari aktifitas sehari-hari pada lanjut usia dipengaruhi dengan umur lanjut usia itu sendiri. Umur seseorang menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana seseorang bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan aktifitas sehari-hari. Pada kelompok umur diatas 85 tahun lebih banyak membutuhkan bantuan pada satu atau lebih aktivitas sehari-hari dasar.

b) Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam aktifitas sehari-hari, sebagai contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan, dan mengelola informasi dari lingkungan. Sistem muskuluskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga seseorang dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan.

c) Fungsi kognitif

Kognitif adalah kemampuan berfikir dan memberi rasional, termasuk proses mengingat, menilai, orientasi, persepsi dan memperhatikan (Keliat, 1995). Tingkat fungsi kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Fungsi kognitif menunjukkan suatu proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berfikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif yang meliputi perhatian memori, dan kecerdasan. Gangguan pada aspek-aspek dari fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari.

d) Fungsi psikologis

Fungsi psikologis menunjukkan kemampuan seseorang untuk dapat mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku interpersonal dan interpersonal.

Kebutuhan psikologis berhubungan dengan kehidupan emosional seseorang. Meskipun seseorang sudah terpenuhi kebutuhan materialnya, tetapi bila kebutuhan psikologisnya tidak terpenuhi, maka dapat mengakibatkan dirinya merasa tidak senang dengan kehidupannya, sehingga pada kebutuhan psikologi harus terpenuhi agar kehidupan emosionalnya dapat menjadi stabil kembali (Tamher, 2009).

e) Tingkat stres

Stres merupakan respon fisik non spesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang menyebabkan stres disebut dengan stressor, stressor dapat timbul dari tubuh atau lingkungan dan dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stres dibutuhkan dalam pertumbuhan dan perkembangan. Stres mempunyai efek negatif atau positif pada kemampuan seseorang memenuhi aktifitas sehari-hari.

b. Faktor-faktor dari luar

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi aktivitas lansia menurut Leuckenotte, (2000), diantaranya yaitu :

a) Lingkungan Keluarga

Keluarga masih merupakan tempat berlindung yang sangat disukai para lanjut usia. Lanjut usia merupakan kelompok lansia yang rentan masalah, baik masalah ekonomi, sosial, budaya, kesehatan maupun psikologis, oleh karenanya agar lansia tetap sehat, sejahtera dan bermanfaat, perlu didukung oleh lingkungan yang

konduktif seperti keluarga. Budaya dari tiga generasi (orang tua, anak dan cucu) di bawah satu atap makin sulit dipertahankan, karena untuk ukuran rumah di daerah perkotaan yang sempit, sehingga kurang memungkinkan para lanjut usia tinggal bersama anak. Sifat dari perubahan sosial yang mengikuti kehilangan orang yang dicintai tergantung pada jenis hubungan dan definisi peran sosial dalam sebuah hubungan keluarga. Selain rasa sakit psikologi mendalam, seseorang yang berduka harus sering belajar keterampilan dan peran baru untuk mengelola tugas hidup yang baru, dengan perubahan sosial ini terjadi pada saat penarikan, kurangnya minat kegiatan, tindakan yang sangat sulit. Sosialisasi dan pola interaksi juga berubah. Tetapi bagi orang lain yang memiliki dukungan keluarga yang sangat kuat dan mapan, pola interaksi independent maka proses perasaan kehilangan atau kesepian akan terjadi lebih cepat, sehingga seseorang tersebut lebih mudah untuk mengurangi rasa kehilangan dan kesepian.

b) Lingkungan Tempat Kerja

Kerja sangat mempengaruhi keadaan diri pada mereka yang bekerja, karena setiap kali seseorang bekerja maka ia memasuki situasi lingkungan tempat yang ia kerjakan. Tempat yang nyaman akan membawa seseorang mendorong untuk bekerja dengan senang dan giat.

c) Ritme Biologi

Waktu ritme biologi dikenal sebagai irama biologi, yang mempengaruhi fungsi hidup pada manusia. Irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya.

c. Jenis Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang bermanfaat untuk lanjut usia sebaliknya memenuhi kriteria FITT (*frequency, intensity, time, type*). Frekuensi adalah seberapa sering aktivitas dilakukan dan berapa hari dalam seminggu. Intensitas adalah seberapa keras suatu aktivitas dilakukan. Biasanya diklasifikasikan menjadi intensitas rendah, sedang dan tinggi. Waktu mengacu pada durasi, seberapa lama suatu aktivitas dilakukan dalam satu pertemuan, sedangkan jenis aktivitas adalah jenis-jenis aktivitas fisik yang dilakukan (Ambardini, 2009).

Masalah yang ditemui pada lansia adalah kurang nafsu makan, proses pencernaan yang tidak sempurna, sulit buang air besar, dan pemanfaatan makanan sebagai sumber energi. Dengan berorientasi pada problem ini, dapat dirancang suatu latihan fisik yang bertujuan untuk menambah nafsu makan (*input*), memperlancar proses pencernaan dan buang air besar (*proses*), dan mengefisienkan pemanfaatan energi di tubuh (*output*). Sehebat apa pun komposisi gizi yang disediakan, kalau tidak dimakan, diproses, dan dimanfaatkan oleh tubuh, maka belum dapat memberi hasil guna. Disamping problem pencernaan, penurunan daya ingat dan konsentrasi perlu dicegah dengan aktivitas fisik (Muhammad, 2010).

d. Aktivitas Fisik Untuk Menambah Nafsu Makan

Aktivitas fisik yang ditujukan untuk menambah nafsu makan, terutama dilakukan dengan sasaran lambung. Titik-titik akupunktur untuk lambung, seperti misalnya di bahu, dan kanan-kiri tulang belakang, harus dimanipulasi dengan pukulan, pijatan dan gerakan. Disamping itu lambung perlu didesak, dari segala arah dengan gerakan membungkuk, menegang ke belakang dan memuntir perut.

e. Aktivitas Fisik Untuk Memperlancar Proses Pencernaan

Aktivitas fisik ini terutama ditujukan untuk usus. Manipulasi pada perut bagian tengah dengan arah vertikal dan melingkar dimaksudkan untuk memperlancar aliran darah ke usus dan merangsang peristaltik usus. Desakan dan tarikan di perut bagian tengah maupun bawah akan menambah efektif perangsangan tersebut. Dengan aliran darah yang baik, kelenjar pencernaan akan dapat memproduksi enzim dengan kuantitas yang cukup dan kualitas baik. Kesulitan buang air besar pada lansia, selain diatasi dengan makanan berserat dan banyak minum, perlu ditambah dengan aktivitas fisik perangsang peristaltik usus.

f. Aktivitas Fisik Untuk Mengatur Pengeluaran Energi

Keseimbangan antara input dan output perlu banyak dipertimbangkan pada usia, untuk mendapatkan berat badan yang sesuai. Kegemukan pada usia akan memperberat atau bahkan memicu timbulnya berbagai penyakit degeneratif, mulai dari Diabetes Mellitus sampai Hipertensi dan Penyakit Jantung Koroner. Disamping itu kegemukan juga akan

memperberat beban sendi penyangga badan terutama lutut dan pergelangan kaki. Ada lingkaran setan antara kegemukan dengan aktivitas fisik. Lansia gemuk cenderung malas untuk melakukan aktivitas fisik, dan kurang aktivitas fisik akan menyebabkan bertambah gemuk. Hal tersebut terjadi bolak-balik, sehingga akan semakin melemahkan usila kegemukan. Pengaturan diet dan aktivitas fisik merupakan kombinasi ideal untuk memutus lingkaran tersebut. Aktivitas fisik bagi lansia yang kegemukan disarankan untuk menggunakan sepeda stasioner, atau latihan di air untuk mengurangi beban di sendi lutut. Jenis latihan yang dilakukan adalah yang bersifat aerobik, yaitu intensitas rendah dengan waktu minimal 30 menit. Dengan waktu minimal 30 menit diharapkan lebih banyak energi dari lemak akan terbakar, dan nafsu makan tertekan. Bagi mereka yang terlalu kurus, disarankan untuk melakukan aktivitas fisik ringan dalam waktu 20 - 30 menit. Aktivitas yang tidak melelahkan ini akan merangsang nafsu makan.

g. Aktivitas fisik untuk kebugaran otak

Penurunan daya ingat dan konsentrasi pada usila dapat dicegah dengan senam otak, sekaligus untuk mencegah stroke. Pada dasarnya banyak menggerakkan jari-jari dan wajah. Sinkronisasi kedua tangan untuk mengaktifkan otak kanan maupun kiri dan gerakan menyilang banyak memberi manfaat.

1.1.8 Penilaian Aktivitas Fisik Lansia

Penilaian aktivitas fisik lansia menggunakan kuisioner *Physical Activities Scale For The Elderly* (PASE) merupakan suatu kuisioner untuk menilai aktivitas fisik lanjut usia (Siordia, 2012). PASE terdiri dari tiga macam aktivitas, yaitu :

1. *Leisure Time Activity* (Aktivitas Waktu Luang)
 - a. *Walking Outside Home* (Berjalan Dilluar Rumah)
 - b. *Light Sports* (Olahraga Ringan)
 - c. *Moderate Sports* (Olahraga Sedang)
 - d. *Strenuous Sports* (Olahraga Berat)
 - e. *Muscle Strenght* (Kekuatan Otot)
2. *House Hold Activity* (Aktivitas Rumah Tangga)
 - a. *Light Home Work* (Pekerjaan Rumah Yang Ringan)
 - b. *Heavy Home Work* (Pekerjaan Rumah Tangga Yang Berat)
 - c. *Home Repair* (Memperbaiki Rumah)
 - d. *Lawn Work* (Mencabut Rumput)
 - e. *Outdoor Gardening* (Berkebun/Berladang)
 - f. *Caring For Another Person* (Merawat Orang Lain)

2.2 Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada individu/seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian/berhias, makan dan BAB/BAK (*toileting*) (Fitria, 2009).

Defisit perawatan diri mandi yaitu hambatan kemampuan untuk melakukan atau memenuhi aktivitas mandi/hygiene. Defisit perawatan diri menggambarkan suatu keadaan seseorang yang mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan dan eliminasi. Jika seseorang tidak dapat melakukan semua perawatan diri, situasi ini digambarkan sebagai defisit perawatan total. Namun, diagnosis tersebut dapat diklasifikasi dalam masalah yang lebih spesifik, dengan batasan karakteristiknya masing - masing, masalah - masalah ini dapat berdiri sendiri atau dalam berbagai kombinasi, seperti defisit perawatan diri: mandi/hygiene (*Nursing Interventions Clarification/NIC*, 2012).

Defisit perawatan diri adalah kurangnya perawatan diri pada pasien dengan terjadi akibat adanya perubahan proses pikir pada diri sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun.

Kurang perawatan diri terlihat dari ketidakmampuan merawat kebersihan mandiri antaranya mandi, makan minum secara mandiri, berhias secara mandiri, toileting (BAK/BAB) (Damaiyanti, 2012)

2.2.2 Etiologi

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2000), penyebab kurang perawatan diri adalah kelelahan fisik dan penurunan kesadaran.

Menurut Depkes, (2000), penyebab kurang perawatan diri adalah:

1. Factor predisposisi

a. Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif klien menjadi terganggu

b. Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

c. Kemampuan realitas turun

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

d. Sosial

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

2. Faktor presipitasi

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

Menurut Depkes, (2000), faktor – faktor yang mempengaruhi perawatan diri adalah:

1. *Body Image*

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

2. Praktik Sosial

Pada individu yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola perawatan diri.

3. Status Sosial Ekonomi

Perawatan diri memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi, bedak, baju dll yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

4. Pengetahuan

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

5. Budaya

Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

6. Kebiasaan seseorang

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

7. Kondisi fisik atau psikis

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

2.2.3 Jenis Perawatan Diri

Menurut Damaiyanti, (2012), jenis perawatan diri terdiri dari :

1. Defisit perawatan diri: mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktivitas dalam perawatan diri sendiri

2. Defisit perawatan diri: berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri secara mandiri.

2.2.4 Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala defisit perawatan diri menurut Fitria, (2009), adalah sebagai berikut:

1. Mandi/*hygiene*

Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.

2. Berpakaian/berhias

Klien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian secara mandiri. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat

tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian dan mengenakan sepatu/sandal secara mandiri.

Menurut Depkes, (2000), tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

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

2.2.5 Akibat

1. Dampak fisik

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

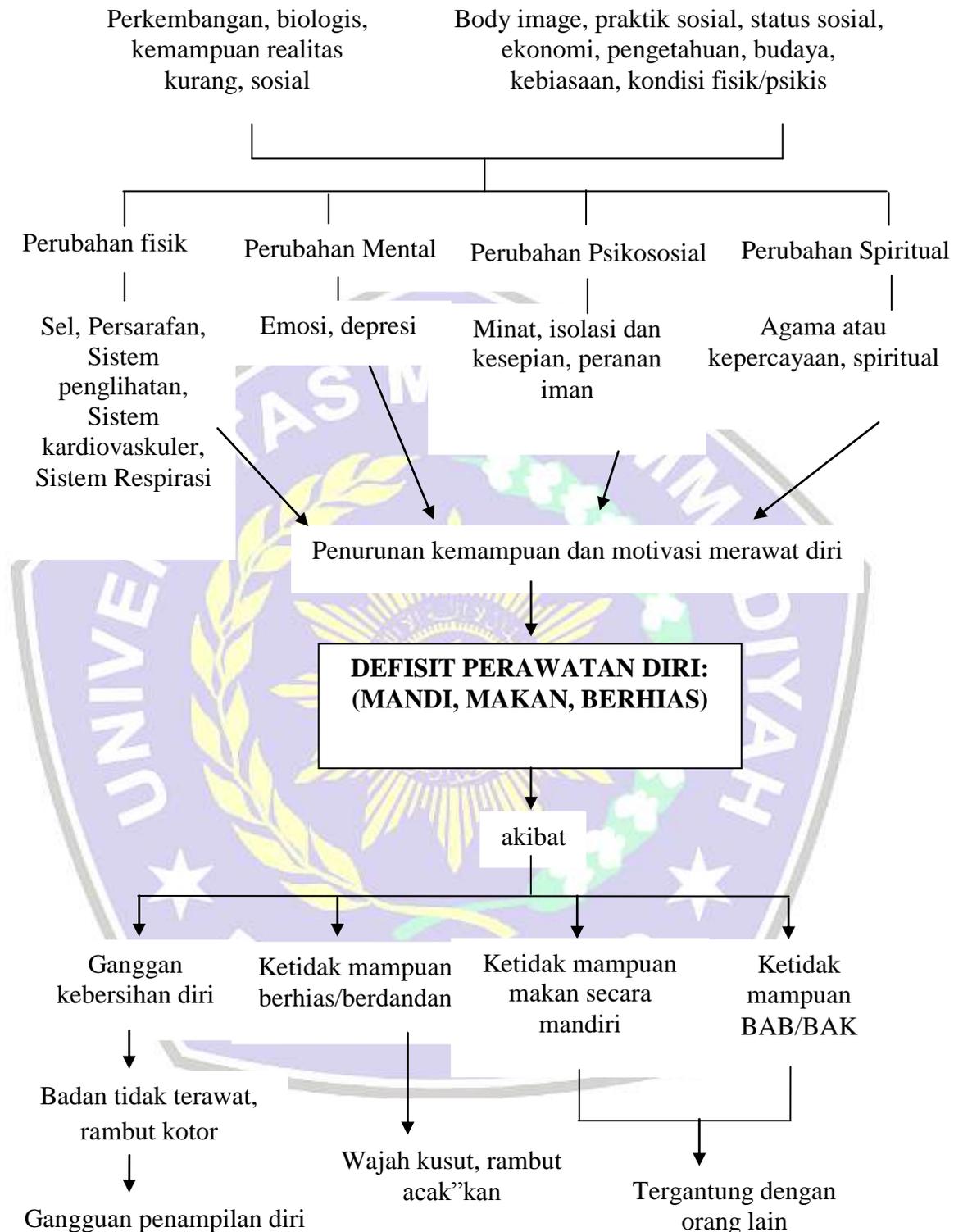
2. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan perawatan diri adalah gangguan kebutuhan aman nyaman, kebutuhan cinta mencintai,

kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial
(Damaiyanti, 2012).



Pathway



Gambar 2.1 *Pathway* konsep lansia dengan defisit perawatan diri

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia

2.3.1 Pengertian Asuhan Keperawatan Lansia

Asuhan keperawatan lanjut usia adalah suatu rangkaian kegiatan proses keperawatan yang ditujukan kepada usia lanjut, meliputi kegiatan pengkajian, dengan memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual, menganalisis masalah dan merumuskan diagnosis keperawatan, membuat perencanaan, melaksanakan implementasi dan melakukan evaluasi. Menurut Wahyudi Nugroho, (2008), asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) merupakan kegiatan yang dimaksud untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan, perlindungan dan pertolongan kepada lansia secara individu, kelompok, seperti di rumah atau lingkungan keluarga, Panti Werdha maupun Puskesmas, yang diberikan oleh perawat (Azizah, 2011).

Gerontologi adalah cabang ilmu yang mempelajari proses menua dan masalah yang mungkin terjadi pada lanjut usia. Gerontologi nursing adalah spesialis keperawatan lanjut usia yang menjalankan perannya pada tiap peranan pelayanan dengan menggunakan pengetahuan, keahlian, dan keterampilan merawat untuk meningkatkan fungsi optimal lanjut usia secara komprehensif. Karena itu, perawatan lansia yang menderita penyakit dan dirawat di RS merupakan bagian dari gerontic nursing.

Keperawatan gerontology adalah suatu pelayanan profesional yang berdasarkan ilmu dan kiat/teknik keperawatan yang berbentuk bio-psiko-sosial-spiritual dan cultural yang holistic yang ditunjukkan pada klien lanjut

usia baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

2.3.2 Tujuan Asuhan Keperawatan Lansia

Usia lanjut agar mampu:

1. Melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif.
2. Mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, serta meningkatkan kemampuannya dalam melakukan tindakan pencegahan dan perawatan.
3. Mempertahankan serta memiliki semangat hidup yang tinggi.
4. Menolong dan merawat klien yang menderita sakit.
5. Merangsang petugas kesehatan agar dapat mengenal dan menegakkan diagnosa secara dini.
6. Mempertahankan kebebasan yang maksimal tanpa perlu pertolongan pada lansia.

2.3.3 Fokus Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Pada dasarnya fokus dari asuhan keperawatan pada lanjut usia meliputi:

1. Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*).
2. Pencegahan penyakit (*Preventif*).
3. Mengoptimalkan fungsi mental.
4. Mengatasi gangguan kesehatan yang umum.

2.3.4 Fungsi Keperawatan

Fungsi keperawatan pada keperawatan akut, keperawatan waktu lama dan keperawatan di masyarakat berbeda tergantung menurut keperluannya (Mary ANN Cris & Faith J. HOHLOCH, 1993), membaginya dalam:

1. Pada keperawatan akut (*acute care*)

- a. Melakukan anamnesa penderita, menanyakan riwayat penyakit, psikososial dan riwayat keluarga.
- b. Assesment penderita.
- c. Menjelaskan diagnosa dan pengobatan kepada penderita, keluarga dan pembina Asrama.
- d. Bekerja sama dengan penderita, keluarga, dan petugas kesehatan lainnya untuk menyusun rencana keperawatan yang tepat.
- e. Mendorong kemandirian penderita.
- f. Mempertahankan hidrasi, ventilasi, makanan dan kenyamanan.
- g. Menyampaikan obat dan melakukan pengobatan serta menilai reaksi penderita.
- h. Memberitahukan kepada dokter kemajuan kondisi penderita.
- i. Memberikan tindakan darurat bila diperlukan.
- j. Merencanakan keluarnya penderita dari Panti dan mengkoordinasikan rujukan kelembaga sosia masyarakat di tingkat Desa.
- k. Memberi advokasi kepada penderita.

2. Pada Keperawatan Lama (*long term care*)

- a. Melakukan anamnesa penderita menanyakan riwayat penyakit, psikososial dan keluarga
- b. Assesment penderita
- c. Mengikutsertakan penderita, keluarga, dan pembina Asrama dalam menyiapkan dan melaksanakan rencana keperawatan.

- d. Menciptakan iklim atmosfer interaksi klien agar punya semangat hidup.
 - e. Meyakinkan penderita bahwa ia memperoleh perawatan medik, gigi dan anggota gerak yang tepat.
 - f. Mempertahankan hidrasi, ventilasi, gizi dan bekerjasama dalam evaluasi.
 - g. Menyampaikan obat dan melakukan pengobatan dan latihan rehabilitatif serta menilai reaksi penderita.
 - h. Memberitahu dokter, perubahan kondisi penderita.
 - i. Memberikan pertolongan darurat bila diperlukan.
 - j. Memberi pelajaran dan nasehat kepada penderita dan keluarga tentang penyakit.
 - k. Memperkenalkan pelayanan lansia yang diberikan oleh masyarakat.
 - l. Memberi advokasi pada penderita.
3. Keperawatan di Masyarakat (*Community Care*)
- a. Identifikasi kebutuhan penderita, baik dari segi kesehatan, sosial maupun ekonominya.
 - b. Merujuk ke instansi yang dapat memenuhi kebutuhan penderita.
 - c. Menjelaskan diagnosa serta pengobatan kepada keluarga dan penderita.
 - d. Menilai keparahan penderita dan reaksi penderita terhadap pengobatan.
 - e. Melakukan kunjungan rumah dan menyuruh penderita agar memanfaatkan klinik guna meningkatkan kesehatannya.

- f. Memberi pelajaran dan nasehat kepada penderita dan keluarga tentang penyakit bila hal ini dijumpai/diketemukan penyakit yang diderita klien.
- g. Melakukan penilaian kemandirian penderita
- h. Memberi advokasi pada penderita.

2.3.5 Pendekatan Perawatan Lanjut Usia

1. Pendekatan fisik

Perawatan fisik secara umum bagi klien lanjut usia ada 2 bagian yaitu:

- a. Klien lanjut usia yang masih aktif, yang mampu bergerak tanpa bantuan orang lain.
- b. Klien lanjut usia yang pasif atau tidak dapat bangun yang mengalami kelumpuhan atau sakit.

2. Pendekatan psikis

Perawatan mempunyai peranan yang panjang untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lanjut usia, perawat dapat berperan sebagai supporter, interpreter terhadap segala sesuatu yang asing, sebagai penampung rahasia pribadi dan sebagai sahabat yang akrab.

3. Pendekatan sosial

Mengadakan diskusi, tukar pikiran, dan bercerita merupakan upaya perawatan dalam pendekatan sosial. Memberi kesempatan berkumpul bersama dengan sesama klien lanjut usia untuk menciptakan.

4. Pendekatan spiritual

Perawat harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan batin dalam hubungannya dengan atau agama yang dianutnya, terutama jika klien dalam keadaan sakit atau mendekati kematian.

2.3.6 Peran dan Fungsi Perawat

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial tertentu. Peran perawat yang dimaksud adalah cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, dimana telah menyelesaikan pendidikan formalnya yang diakui dan diberi kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik profesional. Dimana setiap peran yang dinyatakan sebagai ciri terpisah demi untuk kejelasan.

Elemen peran

Menurut pendapat Doheny ada beberapa elemen peran perawat profesional antara lain:

1. *Care Giver*

- a. Memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat sesuai dengan diagnosis masalah yang terjadi mulai dari masalah yang bersifat sederhana sampai pada masalah yang kompleks.
- b. Memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan klien, perawat harus memperhatikan klien berdasarkan kebutuhan signifikan dari klien. Perawat dapat menggunakan proses keperawatan untuk

mengidentifikasi diagnosis keperawatan mulai dari masalah fisik sampai pada masalah psikologis.

2. *Client Advocate*

- a. Bertanggung jawab membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan dalam memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya.
- b. Mempertahankan dan melindungi hak-hak klien, harus dilakukan karena klien yang sakit dan dirawat di rumah sakit akan berinteraksi dengan banyaknya petugas kesehatan. Perawat adalah anggota tim kesehatan yang paling lama kontak dengan klien, sehingga diharapkan perawat mampu membela hak-hak klien. Seorang pembela klien adalah pembela dari hak-hak klien. Pembela termasuk didalamnya peningkatan apa yang terbaik untuk klien.

Hak-hak klien: 1) Hak atas pelayanan sebaik-baiknya; 2) Hak atas informasi penyakit yang dideritanya; 3) Hak atas *privacy* klien; 4) Hak untuk menentukan nasib klien sendiri; 5) Hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian tindakan.

Hak-hak tenaga kesehatan: 1) Hak atas informasi yang sebenar-benarnya; 2) Hak bekerja sesuai standar profesional; 3) Hak untuk mengakhiri hubungan dengan klien; 4) Hak untuk menolak tindakan yang kurang cocok; 5) Hak atas rahasia pribadi sendiri; 6) Hak atas balas jasa.

3. *Counselor*

Konseling adalah proses membantu klien untuk menyadai dan mengatasi tekanan psikologi atau masalah sosial untuk membangun hubungan interpersonal yang baik.

Peran perawat:

- a. Mengidentifikasi perubahan pola interaksi dari klien terhadap keadaan sehat dan sakitnya
- b. Perubahan pola interaksi merupakan “Dasar” dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasi
- c. Memberikan konseling atau bimbingan penyuluhan kepada individu sendiri atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan sekarang dengan pengalaman kesehatan yang lalu.

4. *Educator*

Mengajar adalah merujuk kepada aktivitas di mana seorang guru dalam membantu muridnya untuk belajar. Belajar yaitu sebuah proses interaksi antara guru dengan pelajar dimana pembelajaran objek khusus atau keinginan untuk merubah perilaku adalah tujuan utamanya.

5. Lingkup Peran dan Tanggung jawab

Fenomena yang menjadi suatu bidang garap keperawatan gerontik adalah tindakan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia sebagai akibat dari proses penuaan.

Lingkup asuhan keperawatan gerontik meliputi:

- a. Pencegahan terhadap ketidakmampuan akibat proses penuaan
- b. Perawatan yang ditunjukkan untuk memenuhi kebutuhan akibat proses penuaan

- c. Pemulihan ditunjukkan untuk upaya mengatasi keterbatasan akibat proses penuaan.

Dalam prakteknya, perawat gerontik melakukan peran dan fungsinya adalah:

- a. Sebagai *Care Giver*/pemberi asuhan keperawatan secara langsung
- b. Sebagai pendidik bagi lansia
- c. Sebagai motivator untuk lansia
- d. Sebagai advokasi klien
- e. Sebagai konselor

Tanggung jawab perawat gerontik

- a. Membantu para lansia memperoleh kesehatan secara optimal
- b. Membantu para lansia dalam memelihara kesehatannya
- c. Membantu para lansia menerima kondisinya
- d. Membantu para lansia menghadapi ajal dengan memperlakukannya secara manusiawi mulai hidup sampai meninggal

1.3.7 Proses Pengkajian Asuhan Keperawatan Lansia

Proses keperawatan mencakup 5 tahap: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tujuan dari proses keperawatan yaitu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data dari kebutuhan perawatan kesehatan untuk klien. Menentukan prioritas, menetapkan tujuan dan hasil asuhan yang diperkirakan, menetapkan dan mengkomunikasikan rencana asuhan yang berpusat pada klien, dan mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan klien. (Patricia A. Potter, 2005).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah sebuah proses untuk mengenal dan mengidentifikasi faktor-faktor (baik positif maupun negatif) pada usia lanjut, baik individu maupun kelompok, yang dapat bermanfaat untuk mengetahui masalah dan kebutuhan dari usia lanjut, serta untuk mengembangkan strategi promosi kesehatan.

a) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, suku, agama, pekerjaan, pendidikan terakhir. Pada lansia umur mempengaruhi gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri, pekerjaan mempengaruhi karena pada perawatan diri memerlukan alat dan bahan seperti sabun, alat mandi, dll yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya, pendidikan mempengaruhi pengetahuan diri dalam perawatan diri.

b) Riwayat kesehatan

Meliputi riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit yang lalu/dahulu, riwayat penyakit keluarga.

c) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari (ADLs)

Meliputi mandi yang berdampak pada fisik dan psikososalnya, makan/minum, berpakaian, berhias, aktifitas mobilisasi

d) Pengkajian status fungsional dan intelektual

Pengkajian status fungsional yaitu suatu pengukuran kemampuan pada seseorang untuk melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari secara mandiri

e) Pengkajian fisik

Pengkajian kebutuhan dasar, kemandirian dalam melakukan aktifitas, pengkajian keseimbangan (perubahan posisi atau gerakan keseimbangan, gaya berjalan atau gerakan), pengkajian Head To Toe atau pengkajian persistem. Bagaimana postur tulang belakang pada lansia apakah: 1.Tegap; 2.Membungkuk; 3.Kifosis; 4.Skoliosis; 5.Lordosis. Tanda-tanda vital dan status gizi: 1.Suhu; 2.Tekanan darah; 3.Nadi; 4.Respirasi; 5.Berat badan; 6.Tinggi badan

Pengkajian *Head To Toe* yang meliputi:

1. Kepala

- a. Inspeksi: kulit kepala; warna, bekas lesi, bekas trauma, area terpajan sinar matahari, hipopigmentasi, hygiene, penonjolan tulang yang imobilisasi parsial atau total, sianosis, eritema. Rambut; warna, variasi bentuk rambut, kulit kepala, area pubis, axila, botak simetris pada pria, rambut kering atau lembab, rapuh, mudah rontok, rambut tumbuh halus, rambut pubis sedikit keriting.
- b. Palpasi: kulit kepala; suhu dan tekstur kulit, turgor, ukuran lesi, adanya kalus yang menebal, keriput, lipatan-lipatan kulit, tekstur

kulit kasar atau halus, bukti perlambatan dari luka memar, laserasi, eksklorasi. Rambut; rambut kasar, kering dan mudah rontok.

2. Mata

a. Inspeksi: kesimetrisan, warna retina, kepekaan terhadap cahaya atau respon cahaya, anemis, atau tidak pada daerah konjungtiva, sklera ikterus (kekuningan) atau tidak. Ditemukan strabismus (mata menonjol keluar), riwayat katarak, kaji keluhan terakhir pada daerah penglihatan. Kuantitas bulu mata dan tampak kelenjar lakrimalis (kelenjar air mata), kornea dengan karakteristik transparan pada permukaan. Penggunaan alat bantu penglihatan.

b. Tes uji penglihatan dengan mengukur jarak penglihatan, mengukur lapang pandang, fungsi otot ekstra okular, struktur okular, reaksi sinar terhadap akomodasi, area muskular.

3. Hidung

a. Inspeksi: kesimetrisan, kebersihan, mukosa kering atau lembab, adanya peradangan atau tidak, olfaktorius.

b. Palpasi: sinus frontal dan maksilaris terhadap nyeri tekan

c. Tes uji penciuman atau fungsi olfaktorius dengan melakukan tes vial abu dengan memberikan kontras bau (contoh: kopi, bawang putih, cengkeh, merica, dll).

4. Mulut dan tenggorokan

a. Inspeksi: kesimetrisan bibir, warna, tekstur lesi, dan kelembaban serta karakteristik permukaan pada mukosa mulut dan lidah.

Palatum keras atau lunak, area tonsilar terhadap ukuran warna dan eksudat. Jumlah gigi, gigi yang karies dan penggunaan gigi palsu. Tampak peradangan atau stomatitis, kesulitan mengunyah dan kesulitan menelan.

- b. Palpasi: lidah dan dasar mulut terhadap nyeri tekan dan adanya masa
- c. Tes uji fungsi saraf fasial dan glosofaringeal dengan memberikan perasa manis, asam, asin, dan manis.

5. Telinga

- a. Inspeksi: permukaan bagian luar daerah tragus dalam keadaan normal atau tidak. Kaji struktur telinga dengan menggunakan otoskop untuk mengetahui adanya serumen, otorhea, obyek asing, dan lesi. Kaji membrane timpani terhadap warna, garis, dan juga bentuk.
- b. Tes uji pendengaran atau fungsi auditori dengan melakukan skrining pendengaran, pemeriksaan pendengaran dilakukan secara kualitatif dengan menggunakan garpu talaq dan kuantitatif dengan menggunakan audiometer. Tes suara, tes detik jam, tes webber, tes rine dengan menggunakan media garpu talaq.

6. Leher

- a. Inspeksi: pembesaran kelenjar thyroid, gerakan-gerakan halus pada respon percakapan, secara bilateral kontraksi otot seimbang. Garis tegak trakhea pada area suprasternal, pembesaran kelenjar thyroid terhadap masa simetris tak tampak pada saat menelan.

- b. Palpasi: arteri temporalis, iramanya teratur, amplitudo sedikit berkurang, lunak, lentur dan tidak ada nyeri tekan. Area trakhea adanya masa pada thyroid. Raba JVP (jugularis vena pleasure) untuk menentukan tekanan otot jugularis.
- c. Tes uji kaku kuduk.

7. Dada

- a. Inspeksi: Pada Paru; bentuk dada normal chest atau barrel chest atau pigeon chest/lainnya, tampak adanya retraksi. Inspeksi;irama dan frekuensi pernafasan pada usia lanjut normal duabelas sampai dengan duapuluh permenit bahkan dapat lebih karena kemampuan otot paru dalam kembang kempis menurun. Ekspansi bilateral dada secara simetris, durasi inspirasi lebih panjang dari pada ekspirasi. Penurunan nafas mudah dan teratur tanpa distres. Tidak ditemukan takipnea, dispnea, kusmaul, chiencestoke. Pada Jantung. Inspeksi; ekstermitas terhadap tanda ketidakcukupan vena, antara lain trombosis, edema, dan varises vena.
- b. Palpasi: Pada Paru; adanya tonjolan-tonjolan abnormal, taktil fremitus (keseimbangan lapang paru), perabaan suhu tubuh, tak ada nyeri tekan, krepitasi oleh karena defisiensi kalsium. Lakukan tes ekspansi torakal. Taktil fremitus berdasarkan perabaan dada dan punggung untuk mengetahui keseimbangan pada paru dengan pengucapan “66” dan “99” dengan hasil bervariasi berdasarkan intensitas nada tinggi dan vibrasi. Pada Jantung. Palpasi; nadi dari kedua lengan pada area nadi temporalis, carotis, brakhialis,

antektakhialis untuk mengetahui frekuensi, irama, amplitudo, kontur dan simetris. Normalnya adalah 60-90x/menit, iramanya teratur. Pada usia lanjut ditemukan bermacam-macam ritme nadi oleh karena penyakit yang diderita. Ukur tekanan darah pada kedua lengan untuk mengetahui kestabilan jantung sepanjang periode waktu. Normal usia lanjut 140/90mmHg.

c. Perkusi: Pada Paru pengembangan diafragmatik untuk mengetahui pengembangan bilateral rentangnya dari 3-5cm, sedikit lebih tinggi pada sisi sebelah kiri. Pada Jantung.

d. Auskultasi: Pada Paru; *Whispered Pectoriloqui*, penghantaran kata yang dibisikkan melalui dinding dada. Pada orang normal didapatkan bunyi muffled. Bunyi nafas tambahan yang sering ditemukan pada lanjut usia antara lain mengi oleh jalan nafas yang sempit pada titik dimana dinding yang berlawanan bersentuhan. Krekels bunyidiscontinue singkat dan eksplosif dan terdengar keras pada saat inspirasi. Ronkhi atau bunyi gemuruh continue dapat terdengar lebih jelas pada saat ekspirasi, friction rub pleural atau bunyi tajam dan terdengar seperti orang memarut. Pada Jantung. Area katup aorta, katup pulmonal, area pulmonal kedua, area trikuspidalis, untuk mengetahui keadaan abnormal pada jantung dan organ sekitar jantung. Kaji bunyi S1,S2,S3, dan S4, murmur dan gallop.

8. Abdomen

- a. Inspeksi: bentuk seperti distensi, ilat, simetris. Serta kaji gerakan pernafasan.
- b. Palpasi: adanya benjolan, permukaan abdomen, pembesaran hepar dan limfa dan kaji adanya nyeri tekan.
- c. Perkusi: adanya udara dalam abdomen, kembung
- d. Auskultasi: bising usus dengan frekuensi normal 20x/menit pada kuadran 8 periksa karakteristiknya, desiran pada daerah epigastrik dan keempat kuadran.

9. Genetalia

- a. Inspeksi: Pada Pria; Bentuk, kesimetrisan ukuran skrotum, kebersihan, kaji adanya haemoroid pada anus. Pada Wanita; Kebersihan, karakteristik mons pubis dan labia mayora serta kesimetrisan labia mayora. Klitoris ukuran bervariasi, tetapi biasanya lebih kecil dari orang dewasa.
- b. Palpasi: Pada Pria; batang lunak, adanya nyeri tekan, tanpa nodulus atau dengan nodulus, palpasi pula skrotum dan testis mengenai ukuran, letak, warna. Pada Wanita; bagian dalam labia mayora dan minora, kaji warnam kontur dan kelembapan.

10. Ekstermitas

- a. Inspeksi: Pada Ekstermitas; warna kuku, ibu jari, dan jari-jari tangan, penurunan transparansi, beberapa distorsi dari datar normal atau permukaan agak melengkung pada inspeksi berbentuk kuku, permukaan tebal dan rapuh. Penggunaan alat

batu, rentang gerak, deformitas, tremor, edema kaki. Pada Saraf; kaji koordinasi dan propiosepsi untuk mengetahui gerakan yang cepat berubah-ubah, gerakan halus berirama, bertujuan, gerakan langkah cepat. Lakukan tes jari ke hidung. Lakukan tes nyeri, sensori, vibrasi, posisi. Pada muskuluskeletal. Kaji kekuatan otot ekstermitas dengan melakukan pengujian kekuatan otot.

b. Palpasi: Pada Ekstermitas; permukaan kuku licin, permukaan menonjol dan kasar. Pada Muskuluskeletal; turgor ulit hangat, dingin. Pada Saraf; kaji sensasi kortikal dan pembedahan, kaji reflek-reflek superficial pada daerah brakhioradialis, triseps, patella, plantar dan kaji reflek-reflek patologis. Untuk mengetahui adanya keseimbangan saraf.

11. Integumen

a. Inspeksi: kebersihan, warna dan area terpajan serta kelembapan dan gangguan kulit yang tidak jelas khusus pada wanita; kesimetrisan, kontur, warna kulit tekstur dan lesi. Pada payudara; puting susu ukuran dan bentuk, arah, warna.

b. Palpasi: kasar atau halus permukaan kulit, khusus pada wanita masa pada payudara, lakukan perabaan pada puting susu lalu putar searah jarum jam untuk mengetahui adanya masa dan mendeteksi kanker payudara lebih awal.

2. Pengkajian Psikososial

a. Pengkajian status mental Lansia

b. Pengkajian Status Sosial

Kemampuan klien dalam bersosialisasi pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan-harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan klien dalam bersosialisasi, hubungan dengan anggota keluarga, perilaku kekerasan, penelantaran.

c. Pengkajian Perilaku terhadap Kesehatan

- a) Kebiasaan pasien merokok atau penggunaan tembakau
- b) Kebiasaan pasien minum kopi
- c) Kebiasaan pasien menggunakan alcohol atau napza
- d) Kebiasaan pasien dalam menggunakan obat-obatan tanpa resep

d. Pengkajian Lingkungan

- a) Pemukiman atau rumah
- b) Sanitasi
- c) Factor - faktor resiko: polusi udara,air,suara, kecelakaan atau jatuh

e. Pemanfaatan layanan Kesehatan

- a) Kunjungan pasien ke posyandu lansia.
- b) Kunjungan pasien ke puskesmas atau rumah sakit atau dokter atau tenaga medis
- c) Pembinaan kesehatan atau asuransi kesehatan.

f. Tingkat pengetahuan atau sikap

- a) Pengetahuan pasien tentang kesehatan atau perawatan
- b) Sikap pasien tentang kesehatan atau perawatan.

2.3.8 Daftar diagnosis keperawatan

Tabel 2.1 Daftar Diagnosis

No.	DIAGNOSIS
1.	Defisit perawatan diri: Mandi berhubungan dengan penurunan motivasi

2.3.9 Intervensi

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan

DIAGNOSIS	NOC	NIC
Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Activity intolerance</i> 2. <i>Mobility: physical impaired</i> 3. <i>Self care deficit hygiene</i> 4. <i>Sensory perception, auditory disturbed</i> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri dan atau dengan bantuan 2. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa bantuan 3. Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri atau dengan bantuan 4. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri atau dengan bantuan mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan 	<p><i>Self care assistance: bathing/hygiene</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mempertimbangkan tanda klien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2) Mempertimbangkan usia klien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 3) Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan klien 4) Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan klien di samping tempat tidur atau dikamar mandi 5) Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan klien (misal deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion) 6) Menyediakan lingkungan yang

	<p>perlengkapan mandi</p> <p>5. Mampu membersihkan dan mengeringkan tubuh</p> <p>6. Mampu mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</p>	<p>terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi klien</p> <p>7) Memfasilitasi gigi klien menyikat, sesuai dengan kebutuhan</p> <p>8) Memfasilitasi diri mandi klien</p> <p>9) Memantau pembersihan kuku, sesuai kemampuan pribadi klien</p> <p>10) Memantau integritas kulit klien</p> <p>11) Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa klien tidur, isyarat sebelum tidur/alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya sebuah buku untuk membaca)</p> <p>12) Mendorong orang tua/keluarga untuk berpartisipasi dalam kebiasaan tidur</p> <p>13) Memberikan bantuan sampai klien sepenuhnya dapat mengansumsikan dalam perawatan diri</p>
--	--	--

2.3.10 Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dapat dilakukan dan diselesaikan dengan baik.

Implementasi mencakup melakukan, membantu dan atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk

mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mengevaluasi kinerja para staf, dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berlanjut dari klien.

Komponen implementasi dari proses keperawatan memiliki lima tahapan yaitu mengkaji ulang klien, menelaah dan memodifikasi rencana asuhan yang telah ada, mengidentifikasi area dimana bantuan dibutuhkan, mengimplementasikan intervensi dan mengkomunikasikan intervensi keperawatan.

Perawat menjalankan rencana asuhan keperawatan dengan menggunakan beberapa metode-metode implementasi yaitu:

1. Membantu dalam aktivitas kehidupan sehari-hari

Aktivitas kehidupan sehari-hari adalah aktivitas yang biasanya dilakukan klien sepanjang hari norma; aktivitas tersebut mencakup: ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi, dan berhias. Kondisi yang mengakibatkan beberapa kebutuhan untuk bantuan dalam AKS dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen, atau rehabilitative.

2. Konseling

Konseling adalah metode implementasi yang membantu klien menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengenali dan juga menangani stress dan yang memudahkan hubungan interpersonal diantara klien, keluarga, dan tim perawatan kesehatan.

3. Penyuluhan

Penyuluhan merupakan suatu metode implementasi yang digunakan untuk menyajikan prinsip, prosedur, dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan untuk klien dan juga untuk menginformasikan klien tentang status kesehatannya.

4. Memberikan asuhan keperawatan langsung

Untuk mencapai tujuan terapeutik tersebut bagi klien, perawat melakukan beberapa intervensi untuk mengompensi reaksi yang merugikan dengan menggunakan tindakan pencegahan dan preventif dalam memberikan asuhan dan juga menyiapkan klien untuk prosedur spesifik, dan melakukan tindakan yang menyelamatkan jiwa dalam situasi darurat.

5. Mengawasi dan mengevaluasi kerja dari anggota staf lain

Perawat yang mengembangkan rencana asuhan keperawatan sering tidak melakukan semua intervensi didelegasikan kepada anggota tim perawatan kesehatan lainnya termasuk memastikan bahwa orang yang didelegasikan terampil dalam tugas dan dapat menyelesaikan tugas sesuai dengan standar perawatan (Patricia A. Potter, 2005).

2.3.11 Evaluasi

Evaluasi adalah suatu tindakan intelektual untuk melengkapi suatu proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari tindakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2008).

Langkah evaluasi dari suatu proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan juga kemajuan klien kearah pencapaian tujuan (Patricia A. Potter, 2005).

Tujuan evaluasi yaitu untuk melihat seberapa besar kemampuan klien dalam mencapai tujuan tersebut. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon dari klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan sehingga dapat mengambil keputusan:

1. Mengakhiri rencana asuhan keperawatan (jika klien telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan)
2. Memodifikasi rencana asuhan keperawatan (jika klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan tersebut)
3. Meneruskan rencana asuhan keperawatan (jika klien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan)

Adapun tahap-tahap evaluasi meliputi kegiatan sebagai berikut:

1. Mengukur pencapaian tujuan klien

Perawat menggunakan ketrampilan pengkajian untuk mendapatkan data yang akan digunakan dalam evaluasi. Faktor yang dievaluasi mengenai status kesehatan dari klien terdiri dari beberapa komponen yaitu: KAAP (Kognitif, Afektif, Psikomotor, Perubahan fungsi tubuh).

2. Penentuan keputusan pada tahap evaluasi

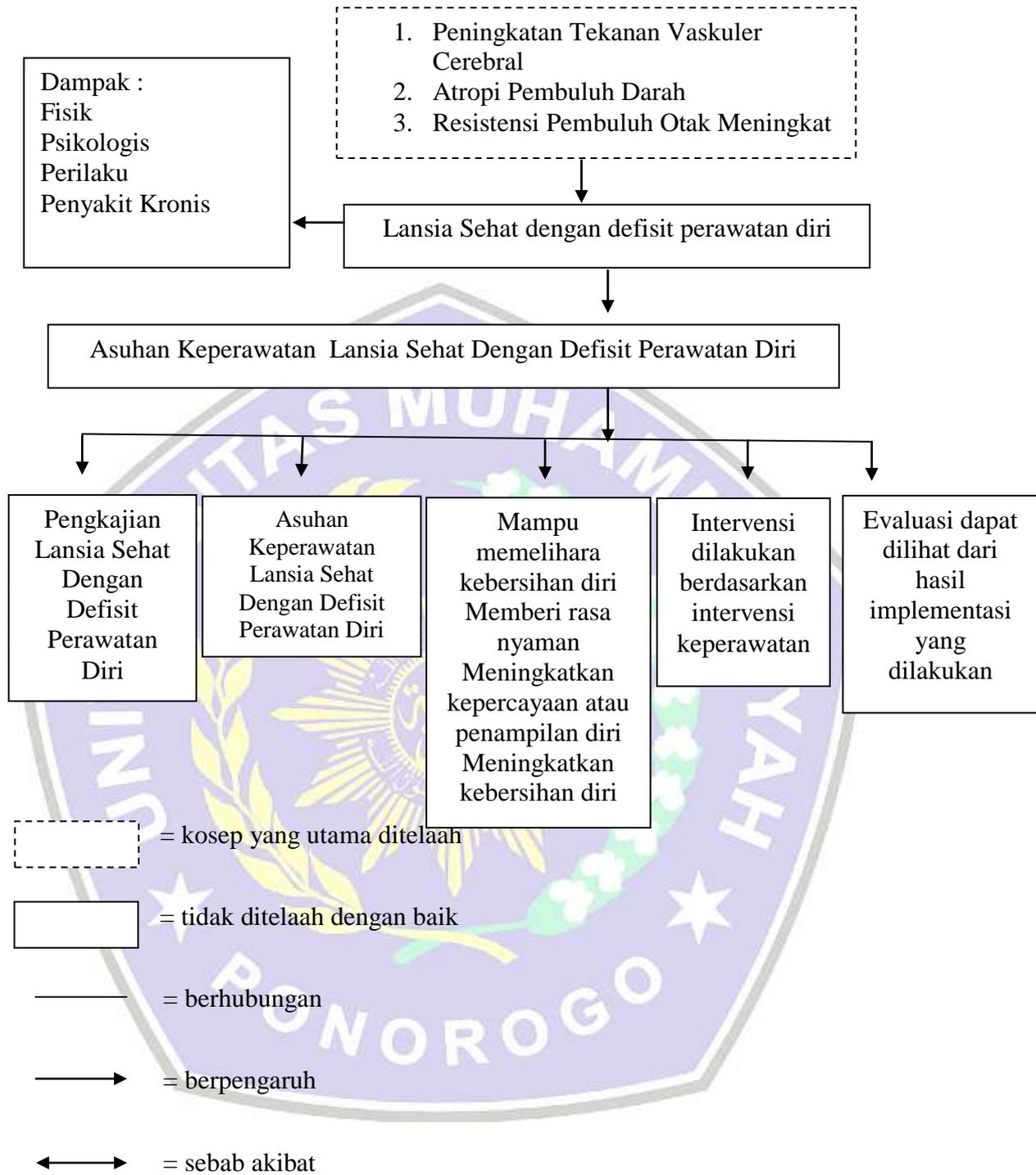
Tahap berikutnya ialah membuat keputusan tentang pencapaian klien terhadap kriteria hasilnya. Ada tiga kemungkinan pada tahap ini, yaitu:

- a. Klien telah mencapai hasil yang telah ditentukan dalam tujuan. Pada tahap ini perawat akan mengkaji masalah klien lebih lanjut atau mengevaluasi kriteria hasil yang lainnya.
- b. Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. Perawat mengetahui keadaan klien pada tahap perubahan kearah pemecahan masalah. Penambahan waktu, data-data, dan intervensi mungkin diperlukan sebelum mencapai tujuan yang diinginkan.
- c. Klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan. Pada situasi ini, perawat harus mencoba untuk mengidentifikasi alasan mengapa keadaan atau masalah tersebut dapat terjadi yaitu dengan mengkaji ulang masalah atau respon yang telah teridentifikasi sebelumnya dengan akurat, membuat kriteria hasil yang baru, intervensi keperawatan harusnya dievaluasi dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan sebelumnya.

Menurut Pinnel dan Maneses, komponen evaluasi dapat dibagi menjadi lima komponen, yaitu:

1. Menentukan kriteria, standar praktek, dan pernyataan evaluasi.
2. Mengumpulkan data terkait staus kesehatan klien yang baru-baru ini terjadi.
3. Menganalisis dan membandingkan data terhadap kriteria dan standar yang berlaku.
4. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
5. Melaksanakan intervensi yang sesuai berdasarkan kesimpulan (Nursalam, 2008).

2.3 Kerangka Konsep



1.2 Kerangka konsep lansia dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri: mandi