

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Lanjut Usia**

##### **2.1.1 Pengertian Lansia**

Lansia adalah sebutan bagi orang yang usianya 60 tahun ke atas. Lansia tidak dapat diartikan menjadi sebuah penyakit, tetapi termasuk tahap lanjutan dari sebuah proses kehidupan yang di tandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan. Setiap lansia adalah unik, setiap orang menua dengan cara yang berbeda-beda (Potter dan Perry, 2010).

Menua merupakan suatu perubahan yang terjadi selama proses kehidupan manusia. Perkembangan manusia terbagi menjadi lima tahapan yaitu tahap bayi, anak – anak, remaja, dewasa, dan lansia. Pada proses perkembangan, lansia mengalami beberapa perubahan seperti misalnya perubahan pada fisik yang ditandai dengan rambut mulai memutih, kulit keriput dan mengendur, gigi mulai ompong, pendengaran tidak terlalu jelas, penglihatan semakin memburuk, reflek gerak yang lambat dan figur tubuh yang sudah tidak proporsional (Artinawati, 2014).

Lanjut usia adalah bagian dari tahap tumbuh kembang. Manusia tidak secara langsung menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi hingga tua. Hal ini dianggap normal karena semua orang akan mengalami perubahan fisik maupun tingkah laku ketika berada pada tahap pertumbuhan dan perkembangan (Azizah, 2011). definisi secara umum,

Berdasarkan kesimpulan yang dapat diambil adalah bahwa seseorang dapat dijuluki lansia apabila usianya lebih dari 60 tahun. Lansia tidak dapat diartikan menjadi sebuah penyakit, tetapi termasuk tahap lanjutan dari sebuah proses kehidupan yang di tandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan. Lansia adalah tahap kehidupan seseorang yang harus dilalui dengan cara menyeimbangkan dan menjaga kondisi stress fisiologis. Manajemen perubahan lansia yang mengalami kegagalan ini berkaitan dengan perubahan kemampuan dalam aktivitas mandiri.

#### 2.1.2 Kategori Lansia

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan bahwa usia 65 tahun adalah usia yang membuktikan berlangsungnya proses penuaan secara nyata sehingga orang tersebut disebut lanjut usia. Lansia banyak menghadapi macam – macam masalah kesehatan yang perlu penanganan segera dan terintegrasi. WHO menggolongkan lanjut usia (lansia) menjadi 4 yaitu :

1. Kelompok usia antara 45 – 59 tahun disebut usia pertengahan (*middle age*).
2. Kelompok usia antara 60 – 74 tahun disebut lanjut usia (*elderly*).
3. Kelompok usia antara 75 – 90 tahun disebut lanjut usia tua (*old*).
4. Kelompok usia diatas 90 tahun disebut usia sangat tua (*very old*).

#### 2.1.3 Perubahan – Perubahan Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lanjut usia meliputi perubahan fisik, mental, psikososial, dan perkembangan spiritual (Parellangi, 2018).

## 1. Perubahan Fisik

### a. Sel

- 1) Jumlahnya kurang dari sebelumnya.
- 2) Lebih besar ukurannya dibanding sebelumnya.
- 3) Volume total cairan tubuh maupun intraseluler menurun.
- 4) Penurunan proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati.
- 5) Penurunan banyaknya sel dalam otak.
- 6) Mekanisme perbaikan sel dapat terganggu.

### b. Sistem Persarafan

- 1) Penurunan berat otak 10-20% karena sel saraf pada otak mulai berkurang.
- 2) Cepatnya menurun hubungan antara persarafan satu dengan lainnya.
- 3) Reaksi atau respon melambat ketika mendapat rangsangan, terutama ketika stress.
- 4) Menurunnya fungsi penglihatan, berkurangnya kemampuan mendengar, menyempitnya saraf penciuman perasa, menjadi lebih mudah peka terhadap perubahan suhu yang rendah atau dingin.
- 5) Penurunan sensitifitas rangsangan.

### c. Sistem Pendengaran

- 1) Hilang atau menurunnya kemampuan untuk mendengar, terutama terhadap nada-nada yang tinggi dan tidak jelas.

Lansia menjadi sulit mengerti kata-kata dan 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun.

- 2) Terjadi atrofi membrane tympani sehingga lansia mengalami aterosklerosis.
- 3) Peningkatan keratin dapat menyebabkan pengerasan serumen.
- 4) Fungsi pendengaran menurun sesuai keadaan lansia.

d. Sistem Penglihatan

- 1) Respon mata terhadap cahaya mulai hilang dan sering timbul scleros is.
- 2) Kornea berbentuk bulat seperti bola (sferis).
- 3) Kesulitan melihat saat gelap karena daya adaptasi terhadap gelap lebih lambat dari sebelumnya.
- 4) Daya akomodasi menghilang atau menurun.
- 5) Kesulitan dalam menentukan warna biru dan hijau.

e. Sistem Kardiovaskular

- 1) Penebalan dan kekakuan katup jantung.
- 2) Volume darah menurun karena kontraksi jantung ketika memompa darah menjadi lemah.
- 3) Peningkatan resistensi pembuluh darah perifer mengakibatkan tekanan darah naik.

f. Sistem Pengaturan Temperatur Suhu Tubuh

- 1) Metabolisme yang menurun mengakibatkan terjadinya hipotermia.

- 2) Aktifitas otot menurun sehingga muncul masalah keterbatasan reflek menggigit dan tidak mampu menghasilkan panas.

g. Sistem Respirasi

- 1) Terjadi kekakuan dan penurunan kekuatan otot pernafasan.
- 2) Penurunan aktivitas silia.
- 3) Elastisitas paru – paru menurun sehingga penarikan nafas menjadi lebih kuat, terjadi penurunan kapasitas pernafasan dan kedalaman tarikan nafas.
- 4) Kemampuan untuk batuk berkurang.
- 5) Seiring pertambahan usia, kekuatan otot pernafasan menjadi lemah dan menurun.

h. Sistem Gastrointestinal

- 1) Kesehatan gigi dan gizi menjadi buruk.
- 2) Kehilangan sensitifitas saraf indra pengecap.
- 3) Penurunan kemampuan indra pengecap untuk merasakan asam, asin, manis dan pahit.
- 4) Asam lambung menurun dan nafsu makan juga berkurang.
- 5) Sering timbul konstipasi karena peristaltic melemah.

i. Sistem Reproduksi

- 1) Mengerutnya ovarium dan uterus.
- 2) Pada perempuan lebih rentan terjadi atrofi payudara.
- 3) Produksi spermatozoa masih dapat dilakukan laki – laki, meskipun terjadi penurunan fungsi organ reproduksi.

4) Masa lanjut usia tidak menghalangi kehidupan seksual dan masih dapat di upayakan asal dalam kondisi yang baik.

5) Produksi selaput lender vagina menurun.

j. Sistem Urinaria

1) Aliran darah ke ginjal menurun karena terjadi atrofi pada nefron.

2) Retensi urin sering terjadi karena otot vesika urinaria yang lemah sehingga frekuensi BAK menjadi meningkat.

k. Sistem Endokrin.

1) Penurunan produksi hormon.

2) Penurunan aktifitas tyroid, BMR (*Basal Merabolic Rate*) dan daya pertukaran zat.

3) Produksi hormon aldosterone menurun.

4) Progesteron, estrogen, dan testosteron mengalami penurunan produksinya.

l. Sistem Kulit (sistem integumen)

1) Kehilangan jaringan lemak yang mengakibatkan kulit keriput.

2) Proses keratinisasi pada epidermis mengakibatkan kulit menjadi kasar bersisik.

3) Rambut dan kulit kepala menipis.

4) Penebalan rambut di dalam hidung dan telinga.

5) Menurunnya cairan dan vaskularis mengakibatkan berkurangnya elastisitas kulit.

6) Kuku tumbuh yang melambat.

7) Kuku jadi mudah lepas, warnanya pudar dan keras.

8) Penurunan fungsi dan jumlah kelenjar keringat.

#### m. Sistem Muskuloskeletal

1) Cairan (*density*) perlahan menghilang bahkan makin lemah.

2) Keterbatasan jari – jari, pinggang dan lutut untuk bergerak.

3) Sendi menjadi kaku dan tampak membesar.

4) Terjadi sclerosis pada tendon.

5) Serabut otot mulai mengecil dan mudah kram sehingga lansia pergerakannya menjadi lambat sampai bisa tremor.

6) Beberapa otot polos tidak mempengaruhi perubahan sistem muskuloskeletal.

#### 2. Perubahan Mental

Salah satu perubahan yang dialami lansia diantaranya adalah sikap egois, sering sekali curiga, kadang pelit bahkan bisa saja tamak ketika memiliki sesuatu. Perubahan pada kenangan juga dapat terjadi karena perubahan mental lansia atau dikenal dengan demensia. Faktor waktu dapat mempengaruhi perubahan IQ yang terjadi ketika lansia sering membayangkan suatu hal secara berlebihan. Penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor juga akan berkurang (Parellangi, 2018).

#### 3. Perubahan Psikososial

Peran lansia dalam suatu pekerjaan dinilai atau diukur melalui produktivitas dan identitasnya. Lansia yang melewati masa pensiunan

bisa merasa kehilangan financial, status, teman atau relasi dan pekerjaan atau kegiatan (Parellangi, 2018).

#### 4. Perkembangan Spiritual

Di usia 70 tahun perkembangan spriritual lansia adalah berpikir dan melakukannya dengan cara memberi contoh cara menciptakan keadilan dan mencintai suatu hal. Diusianya yang bertambah, lansia semakin dewasa ketika menjalani kehidupan beragama karena agama semakin melekat dalam kehidupannya (Parellangi, 2018).

##### 2.1.4 Proses Penuaan

Proses untuk menjadi tua melewati beberapa tahap diantaranya yaitu masa anak, remaja dan dewasa yang tidak mampu dipungkiri oleh individu. Pada setiap tahap kehidupan tersebut proses menua mempengaruhi kemunduran berupa fisik bahkan psikisnya. Tanda lansia mengalami kemunduran fisik yaitu kulit keriput, rambut putih menipis, pendengaran berkurang, pengelihatan mulai buruk, reflek gerak yang melambat dan terjadi kelainan berbagai fungsi organ – organ tubuh lainnya. Sedangkan peningkatan sensitivitas emosional, penurunan gairah, minat terhadap diri dan material bertambah, minat dalam penampilan menurun sampai minat kegiatan rekreasi hanya menjadi subjek yang sedikit berbeda merupakan tanda dari kemunduran psikis (Rahman dkk, 2013).

Kemunduran dalam proses penuaan ini menjadi suatu perubahan progresif yang telah mencapai kematangan dari dalam diri dan bersifat tidak teratur seiring berjalannya waktu. Penurunan kondisi fisik,



psikologis dan sosial akan berhubungan secara alamiah. Selama proses kemunduran lansia akan mengalami proses penuaan secara linier melalui empat tahap yaitu keterbatasan fungsional (*functional limitations*), kelemahan (*impairment*), keterhambatan (*handicap*) dan ketidakmampuan (*disability*) (Rahman dkk, 2013 ).

### 2.1.5 Teori – Teori Proses Penuaan

Beberapa teori proses penuaan menurut Mubarak (2009), di antaranya :

#### 1. Teori Biologis

Perubahan selama proses penuaan terjadi secara berangsur dan dapat berakhir dengan kematian. Berhubungan dengan penuaan teori biologis terbagi menjadi intrinsik dan ekstrinsik. Intrinsik dapat diartikan sebagai proses penuaan yang berkaitan dengan perubahan sel sesuai dengan usianya, sedangkan teori ekstrinsik menjelaskan bahwa perubahannya dipengaruhi oleh faktor lingkungan sekitar. Teori biologis terbagi menjadi beberapa diantaranya yaitu :

##### a. Teori Jam Genetik (*Theory genetic clock*)

Teori yang menggambarkan bahwa inti sel setiap individu mempunyai suatu jam genetic yang akan menghentikan replikasi tertentu dan menghitung mitosis yang berlangsung selama kita hidup. Menurut konsep teori jam genetic ini kita akan meninggal apabila jam dalam inti sel kita berhenti berputar walaupun tanpa adanya penyebab pasti seperti kecelakaan ataupun karena suatu penyakit. Jam ini mampu terus berputar jika mendapat pengaruh luar yang berupa pencegahan penularan penyakit dengan edukasi

atau obat – obatan selama perawatan untuk menunjang peningkatan status kesehatan.

b. Teori Mutasi Somatik (*Theory Error Catastrophe*)

Teori ini menyampaikan bahwa proses menua dapat menyebabkan kekeliruan dalam jangka waktu yang lama. Kekeliruan tersebut dapat membentuk enzim yang mengakibatkan metabolisme mengalami kesalahan. Hal itu jika tidak dapat diperbaiki segera bisa mengurangi fungsi – fungsi sel dalam pembentukan RNA yang kemampuannya mengakibatkan kesalahan sintesis protein atau enzim berbahaya ketika proses transkripsi dan translasi sel.

c. *Theory Auto Imune*

Menurut Godteris & Brocklehurst (1989) dalam teori ini dijelaskan bahwa ada zat khusus yang di produksi tubuh. Zat tersebut mengakibatkan kelemahan pada beberapa jaringan yang tidak tahan dengan reaksinya. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan kelainan autoimun karena kelenjar timus yang tumbuh kembali ketika usia dewasa (Mubarak, 2009).

d. Teori Radikal Bebas

Teori ini menyebutkan bahwa kelompok atom atau radikal bebas terbentuk di alam bebas yang tidak bisa stabil sehingga menyebabkan oksidasi oksigen, karbohidrat dan protein. Untuk menghindari kerusakan sel yang tidak beregenerasi akibat radikal

bebas, tubuh memerlukan beberapa enzim seperti : Vitamin, Betakarotin, Vit E.

e. Pemakaian berlebih dan rusak

Sel – sel dalam tubuh kita jika dipaksa untuk bekerja lebih juga bisa mengalami stress dan akhirnya sel tersebut akan rusak.

f. *Immunology slow virus theory*

Kerusakan organ tubuh dapat terjadi karena penambahan usia yang menyebabkan sistem kekebalan tubuh menjadi kurang efektif sehingga tubuh mudah terkena virus.

g. Teori Stres

Manusia hidup dengan berbagai usaha keras yang menjadikan sel – sel tubuh bekerja berlebihan sehingga mengakibatkan stress. Teori ini menjelaskan bahwa regenerasi jaringan tidak mampu mempertahankan kestabilan lingkungan dalam dirinya.

h. Teori Rantai Silang

Reaksi sel – sel yang sudah lama tidak terpakai mengakibatkan ikatan yang sangat kuat, terutama pada jaringan kolagen sehingga terjadi kekakuan, kelemahan elastisitas dan kehilangan fungsi.

i. Teori Program

Teori yang menjelaskan kemampuan individu dalam penetapan jumlah sel yang membelah diri setelah sel – sel lainnya mati.

## 2. Teori Kejiwaan Sosial

### a. Aktivitas dan kegiatan

- 1) Teori aktivitas menurut Havighurst dan Albrecht (1953), berpendapat bahwa kepuasan hidup dapat diperoleh dari kebiasaan beraktivitas di usia lanjut ini.
- 2) Keikutsertaan seseorang dalam kegiatan sosial dapat membantu kesuksesan di usia lanjut.
- 3) Pola hidup lansia mencapai ukuran maksimum untuk bertahan hidup.
- 4) Mempertahankan kestabilan hubungan antara sosial dan individu ketika berada di usia pertengahan ke usia lanjut.

### b. Kepribadian berlanjut

Pada teori ini menyatakan bahwa tipe personality yang dimiliki individu akan berpengaruh pada perubahan – perubahan selama masa lansia.

### c. Teori pembebasan

Teori yang membuktikan bahwa interaksi sosial lansia menurun dengan bertambahnya usia secara berangsur-angsur. Keadaan ini mengakibatkan lansia secara tidak langsung melepaskan diri dari kehidupan sebelumnya sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yakni;

- (1) Kehilangan peran (*loss of role*)
- (2) Hambatan kontak sosial (*retraction of contacts and relationships*)

(3) Berkurangnya komitmen (*to social mores and values*)

### 3. Teori Psikologi

Teori ini dipengaruhi oleh biologi dan sosiologi seorang individu ketika menjalani masa lanjut usia.

### 4. Teori Kesalahan Genetik

Perubahan selama proses menjadi tampak tua terjadi karena kematian sel. Pembentukan sel mengalami kesalahan ketika sel genetic memperbanyak diri sebelum pembelahan yang pada akhirnya menimbulkan kematian sel.

### 5. Sistem Imun Dalam Tubuh Menjadi Rusak

Peristiwa auto imun ini terjadi karena mutasi sel yang terjadi secara berulang menyebabkan sistem imun tidak mampu mengenali dirinya dan menganggap sel tersebut adalah benda asing yang harus dihancurkan.

## 2.2 Konsep Gangguan Aktivitas

### 2.2.1 Definisi

Aktivitas adalah suatu keadaan dimana manusia melakukan gerakan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari – hari (Heriana , 2014). Seseorang dikatakan sehat secara fisik apabila mampu melakukan aktivitas seperti berjalan, berdiri, berlari dan bekerja. Sistem persarafan dan musculoskeletal mempengaruhi seseorang dalam beraktivitas secara efektif dan adekuat.

Jadi dapat disimpulkan bahwa seseorang yang tidak mampu melakukan kegiatan untuk memenuhi kebutuhannya dikatakan mengalami gangguan aktivitas.

### 2.2.2 Etiologi

Gangguan aktivitas dapat disebabkan dari beberapa hal berikut ini (Hidayat, 2014) :

1. Kelainan postur tubuh
2. Otot – otot mengalami gangguan perkembangan
3. Sistem saraf pusat mengalami kerusakan
4. Sistem musculoskeletal dan neuromuscular mengalami trauma.
5. Otot mengalami kekakuan

### 2.2.3 Manifestasi Klinik

Menurut Potter & Perry ( 2010 ) tanda – tanda seseorang mengalami gangguan aktivitas dibuktikan dari ketidakmampuan bergerak secara mandiri sehingga memerlukan bantuan alat atau orang lain untuk berdiri maupun berjalan.

### 2.2.4 Patofisiologi

Menurut Hidayat (2014) penyebab gangguan aktivitas dipengaruhi oleh proses terjadinya gangguan. Proses tersebut diantaranya adalah :

#### 1. Kerusakan Otot

Kerusakan otot menyebabkan pergerakan otot terganggu. Proses pergerakan tersebut mengalami kerusakan secara anatomis maupun fisiologis yang berperan sebagai sumber daya dan tenaga seseorang untuk bergerak. Tendon atau ligament yang rusak dan meradang

dapat menjadikan trauma secara langsung maupun tidak langsung sehingga terjadi kerusakan otot yang lebih beresiko.

## 2. Gangguan pada skelet

Mobilisasi atau pergerakan dapat terganggu karena rangka yang menjadi penopang berada dalam kondisi tertentu. Beberapa penyakit atau kelainan seperti fraktur, radang sendi, kekakuan sendi dan lainnya dapat mempengaruhi ukuran, bentuk maupun fungsi dari suatu sistem rangka.

## 3. Gangguan pada sistem persyarafan

Gangguan pada sistem saraf dapat terjadi jika impuls yang berupa perintah dari otak untuk berkoordinasi dengan anggota gerak mengalami gangguan. Pergerakan tidak bisa dilakukan karena impuls tidak sampai pada target yang dituju.

### 2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Untuk mengetahui kepadatan tulang, tekstur, erosi dan perubahan hubungan tulang dilakukan foto rontgen.
- b. Untuk mengidentifikasi lokasi dan panjangnya patah tulang di daerah yang sulit dievaluasi bisa menggunakan CT scan tulang.
- c. Untuk mengetahui abnormalitas seperti tumor, penyempitan jalur jaringan lunak melalui tulang bisa dilakukan MRI.

#### 2. Pemeriksaan laboratorium

- a. Pemeriksaan urin dan darah lengkap
- b. Pemeriksaan hemoglobin.

### 2.2.6 Komplikasi

1. Peningkatan frekuensi denyut nadi dan iramanya tidak teratur.
2. Penurunan tekanan darah ( hipotensi orthostatic )
3. Peningkatan frekuensi pernafasan menjadi lebih cepat dan dangkal.
4. Penurunan suhu tubuh dan perubahan warna kulit
5. Status emosi stabil.

### 2.2.7 Penatalaksanaan

#### 1. Pencegahan primer

Pencegahan primer merupakan proses yang mempengaruhi mobilitas dan aktivitas pada sistem musculoskeletal, kardiovaskuler dan pulmonal. Pencegahan primer ditujukan pada pencegahan beberapa masalah yang terjadi karena imobilitas atau ketidakefektifan seperti :

- a. Hambatan ketika melakukan latihan
- b. Pengembangan program latihan
- c. Keamanan

#### 2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder terfokus pada pemeliharaan fungsi dan pencegahan komplikasi. Imobilitas atau gangguan dapat dikurangi ataupun dicegah menggunakan intervensi keperawatan. Sebelum menentukan intervensi kita harus mengetahui faktor penyebab gangguan tersebut dan turut berperan terhadap imobilitas selama proses menua untuk menciptakan keberhasilan intervensi. (Tarwoto & Wartonah, 2010).

#### 3. Penatalaksanaan terapeutik



## 2.3 Konsep Perawatan Diri

### 2.4.1 Definisi Perawatan Diri (*Self Care*) Menurut Orem

Sesuai dengan kebutuhannya semua manusia mempunyai mempunyai hak untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, kecuali orang itu tidak mampu memenuhinya. *Self care* menurut Orem (2001) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri.

Teori defisit perawatan diri (*Deficit Self care*) Orem dibentuk menjadi 3 teori yang saling berhubungan yaitu :

1. Teori perawatan diri (*self care theory*) menjelaskan tujuan dan cara individu melakukan perawatan dirinya sendiri. Menurut Orem teori perawatan diri diantaranya :
  - a. Perawatan diri adalah usaha dan tindakan individu sesuai dengan kepentingan serta kebutuhan untuk mempertahankan kualitas hidup yang sehat.
  - b. Agen perawatan diri adalah kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri dengan tujuan memenuhi kebutuhan perawatan diri sesuai dengan tingkat perkembangan usia dan pengalaman hidup tentang cara menjaga status kesehatannya.
  - c. Kebutuhan perawatan diri terapeutik adalah suatu hal yang diperlukan dalam waktu tertentu menggunakan cara – cara tertentu seperti upaya promosi, usaha pencegahan, pemeliharaan

dan penyediaan fasilitas perawatan diri untuk kelangsungannya hidup.

Menurut Orem (2001) model kebutuhan *self care* atau yang disebut sebagai *self care requisite* dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu

a. Kebutuhan perawatan diri universal atau umum bagi seluruh manusia meliputi :

- 1) Kebutuhan udara. Manusia yang sehat bernapas tanpa peralatan oksigenasi.
- 2) Kebutuhan air. Individu memerlukan air untuk minum 6-8 gelas/hari. Kebutuhan air lainnya juga harus terpenuhi tanpa ada gangguan.
- 3) Kebutuhan makan. Seseorang dikatakan mampu memenuhi kebutuhan makan tanpa gangguan apabila mampu mengambil makanan atau peralatan makanan tanpa bantuan orang lain.
- 4) Kebutuhan eliminasi. Bantuan perawatan eliminasi dan kebersihan tubuh dilakukan bagi orang yang tidak mampu melakukannya secara mandiri seperti penyediaan peralatan kebersihan diri sehingga dapat terpenuhi tanpa gangguan. .
- 5) Kebutuhan aktifitas dan istirahat. Aktivitas seperti berolahraga diperlukan untuk menjaga kesehatan fisik. Sedangkan kebutuhan istirahat dapat diupayakan dengan menjaga pola tidur dan istirahat.

- 6) Kebutuhan menyendiri dan interaksi sosial. Manusia juga harus beradaptasi dengan lingkungan dan teman sebaya ataupun saudara agar kebutuhan perawatan diri terpenuhi dengan baik.
- 7) Kebutuhan pencegahan dari bahaya. Manusia hidup tidak lepas dari masalah – masalah yang berbahaya sehingga manusia harus mengerti jenis bahaya, mencegah terjadinya bahaya dan bara melindungi diri dari bahaya tersebut..
- 8) Kebutuhan peningkatan pertumbuhan dan perkembangan manusia. Kondisi tubuh dalam mempertahankan fungsi dan strukturnya dipengaruhi oleh peningkatan perkembangan dalam suatu kelompok sesuai potensi, keterbatasan dan keinginan manusia.

b. Kebutuhan Perkembangan Perawatan Diri

Kondisi tubuh dan status sosial mempengaruhi proses perkembangan setiap individu dengan tahap yang berbeda diantaranya :

- 1) Proses perkembangan didukung dengan kondisi – kondisi yang memungkinkan.
- 2) Keterlibatan dalam kegiatan yang mendukung perkembangan diri.
- 3) Mencegah ancaman yang menyebabkan gangguan perawatan diri.

c. Kebutuhan Perawatan Diri Pada Kondisi Kesehatan Yang Menyimpang

Struktur dan fungsi tubuh manusia yang mengalami penyimpangan akan mempengaruhi kebutuhan perawatan diri. Selama dalam kondisi kesehatan yang menyimpang seperti sakit, kecacatan atau ketidakmampuan beraktivitas dan dalam proses pengobatan manusia tetap membutuhkan perawatan diri. Kebutuhan perawatan diri dalam kondisi kesehatan yang menyimpang diantaranya (Orem, 2001) :

- 1) Mencari bantuan kesehatan.
  - 2) Kecemasan terhadap resiko akibat pengobatan atau perawatan.
  - 3) Melakukan perawatan terapi, diagnostic dan rehabilitatif untuk mengenali efek perawatan.
  - 4) Modifikasi konsep diri untuk mempercepat penyembuhan.
  - 5) Merubah pola hidup untuk memperbaiki stats kesehatan sesuai kondisi saat itu.
2. Teori defisit perawatan diri (*deficit self care theory*) : Penjelasan dan penggambaran kondisi individu yang memerlukan bantuan perawatan diri dari tenaga keperawatan ataupun orang lain.

Seseorang yang tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dikatakan mengalami defisit perawatan diri (*Self care deficit*). Defisit perawatan diri diartikan sebagai hubungan ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Menurut Orem (2001) hal tersebut dapat diperbaiki dengan membantu sebagai pembimbing, pemberi support fisik maupun

psikologis dan memodifikasi lingkungan untuk pengembangan pribadi. Adapun kerangka konseptual Orem sebagai berikut :

“Perawatan diri adalah kemampuan dari individu untuk melakukan perawatan diri. Perawatan diri dapat mengalami gangguan atau hambatan apabila seseorang mengalami kondisi sakit, kelelahan (stres fisik dan psikologik) atau mengalami kecacatan. Defisit perawatan diri terjadi jika agen keperawatan atau orang yang memberikan perawatan baik pada diri sendiri atau orang lain tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Seorang perawat harus mempunyai pengetahuan tentang asuhan keperawatan dalam melakukan kegiatan ini sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat bagi klien.”

### 3. Teori Sistem Keperawatan

Sistem keperawatan membantu perawat menentukan rencana asuhan keperawatan yang akan dibutuhkan oleh individu selama proses perawatan. Untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri, terhdapat beberapa kategori sistem keperawatan berdasarkan Orem (2001) sebagai berikut :

#### a. Sistem Bantuan penuh

Kondisi pasien yang termasuk dalam kategori ini adalah pasien koma atau mengalami kelemahan fisik karena gangguan aktivitas yang tidak mampu melakukan perawatan diri mandiri sehingga memerlukan bantuan penuh dalam hal perawatan diri.

#### b. Sistem Bantuan Sebagian

Perawat melakukan sebagian tindakan keperawatan pada pasien yang hanya mampu memenuhi sebagian perawatan dirinya akibat keterbatasan gerak yang dialami pasien.

#### c. Sistem Dukungan Pendidikan

Sistem ini memberikan bantuan berupa edukasi atau pendidikan kepada pasien agar mau dan mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan edukasi.

#### 2.3.2 Jenis – Jenis Perawatan diri

Menurut Damaiyanti (2012) perawatan diri terdiri dari beberapa jenis diantaranya adalah :

##### 1. Defisit perawatan diri mandi

Ketidakmampuan seseorang dalam hal menyelesaikan mandi atau aktivitas perawatan diri secara mandiri.

##### 2. Defisit perawatan diri berpakaian dan berhias

Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan aktivitas berpakaian dan berhias secara mandiri.

##### 3. Defisit perawatan diri : makan

Ketidakmampuan seseorang untuk menyelesaikan aktivitas makan atau minum sendiri dan memerlukan bantuan untuk menyiapkan makanan.

#### 4. Defisit perawatan diri : eliminasi

Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan aktivitas eliminasi seperti BAK/BAB secara mandiri dan memerlukan bantuan orang lain.

Berdasarkan waktu pelaksanaannya, jenis – jenis perawatan diri diantaranya adalah (Atoilah Kusnadi, 2013) :

##### 1. Perawatan dini hari

Perawatan diri yang dilakukan saat bangun tidur seperti membantu pasien cuci tangan, muka dan kebersihan mulut untuk selanjutnya mempersiapkan makan pagi.

##### 2. Perawatan Pagi Hari

Perawatan yang dilakukan setelah makan pagi dengan tindakan membantu pemenuhan kebutuhan eliminasi, mandi atau kebutuhan lainnya termasuk merapikan tempat tidur.

##### 3. Perawatan Siang Hari

Perawatan diri sesudah tindakan perawatan dan makan siang seperti melakukan pemeliharaan kebersihan lingkungan sekitarnya.

##### 4. Perawatan Menjelang Tidur

Perawatan diri yang dilakukan menjelang tidur sehingga pasien bisa beristirahat dengan aman dan nyaman. Selain itu kegiatan lainnya seperti membantu eliminasi BAK/BAB juga bisa dilakukan sebelum tidur.

### 2.3.3 Etiologi Defisit Perawatan Diri

1. Karena sakit, sehingga tidak mampu melakukan sendiri.
2. Kurangnya pengetahuan dan informasi.
3. Keterbatasan biaya.
4. Lingkungan yang tidak mendukung.
5. Tidak adanya fasilitas yang memadai.

### 2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Defisit Perawatan Diri

Menurut Orem dalam Dermawan dan Jamil (2013: 28) faktor yang mempengaruhi defisit perawatan diri adalah :

#### 1) Usia

Keterbatasan ataupun kerusakan fungsi sensoris karena bertambahnya usia dapat menjadi faktor penting dalam perawatan diri. Kebutuhan perawatan diri akan menyesuaikan kemampuan individu di usia tertentu (Orem, 2001).

#### 2) Jenis Kelamin

Perawatan diri memerlukan manajemen yang sesuai dan tidak menyimpang dari pola hidup sehat. Laki – laki lebih sering tidak memperhatikan perawatan diri karena pola hidup yang kurang teratur seperti kurangnya manajemen berat badan dan kebiasaan merokok.

#### 3) Status Perkembangan

Perkembangan seseorang dipengaruhi oleh kondisi fisik, keefektifan fungsi tubuh dan psikososialnya (Orem, 2001). Kemampuan perawatan diri individu dipengaruhi oleh tahap perkembangan



dengan mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien yang kognitif serta perilakunya akan berubah sepanjang hidupnya selama proses perawatan (Potter & Perry, 2010).

4) Status kesehatan

Status kesehatan pasien bisa dinilai dari status kesehatan saat ini, riwayat kesehatan dahulu, dan persepsi tentang kesehatan setiap pasien yang mempengaruhi kebutuhan perawatan diri (*self care requisite*). Selain itu, Orem mengelompokkan status kesehatan pasien berdasarkan kebutuhannya menjadi tiga sistem yaitu sistem bantuan penuh, sistem bantuan sebagian dan sistem dukungan pendidikan.

5) Sosiokultural

Sistem perawatan diri yang berhubungan dengan lingkungan sosial, spiritual, dan fungsi keluarga dalam hal pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

6) Sistem pelayanan kesehatan

Sistem perawatan diri yang menyediakan sumber daya pelayanan kesehatan untuk individu dalam hal penentuan diagnose dan pengobatan selama perawatan.

7) Sistem keluarga

Sistem ini menjelaskan pengaruh keluarga terhadap peran anggota keluarga dalam melakukan perawatan diri keluarganya.

8) Pola hidup atau gaya hidup

Seseorang melakukan aktivitas normal sesuai dengan pola hidup bersih dan sehat dalam kesehariannya.

#### 9) Lingkungan

Lingkungan tempat tinggal menjadi sarana perawatan diri yang aman dan nyaman bagi individu.

#### 10) Ketersediaan sumber

Sumber – sumber yang mendukung perawatan diri antara lain adalah ekonomi, personal, kemampuan dan waktu.

### 2.3.5 Dampak Yang Sering Timbul Pada Perawatan Diri

Dampak yang sering timbul pada perawatan diri menurut Tarwoto & Wartonah (2010) antara lain :

#### 1. Dampak fisik

Gangguan fisik sering timbul karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan seperti gangguan integritas kulit, membrane mukosa kering, infeksi mata dan telinga serta gangguan fisik lainnya.

#### 2. Dampak fisiologis

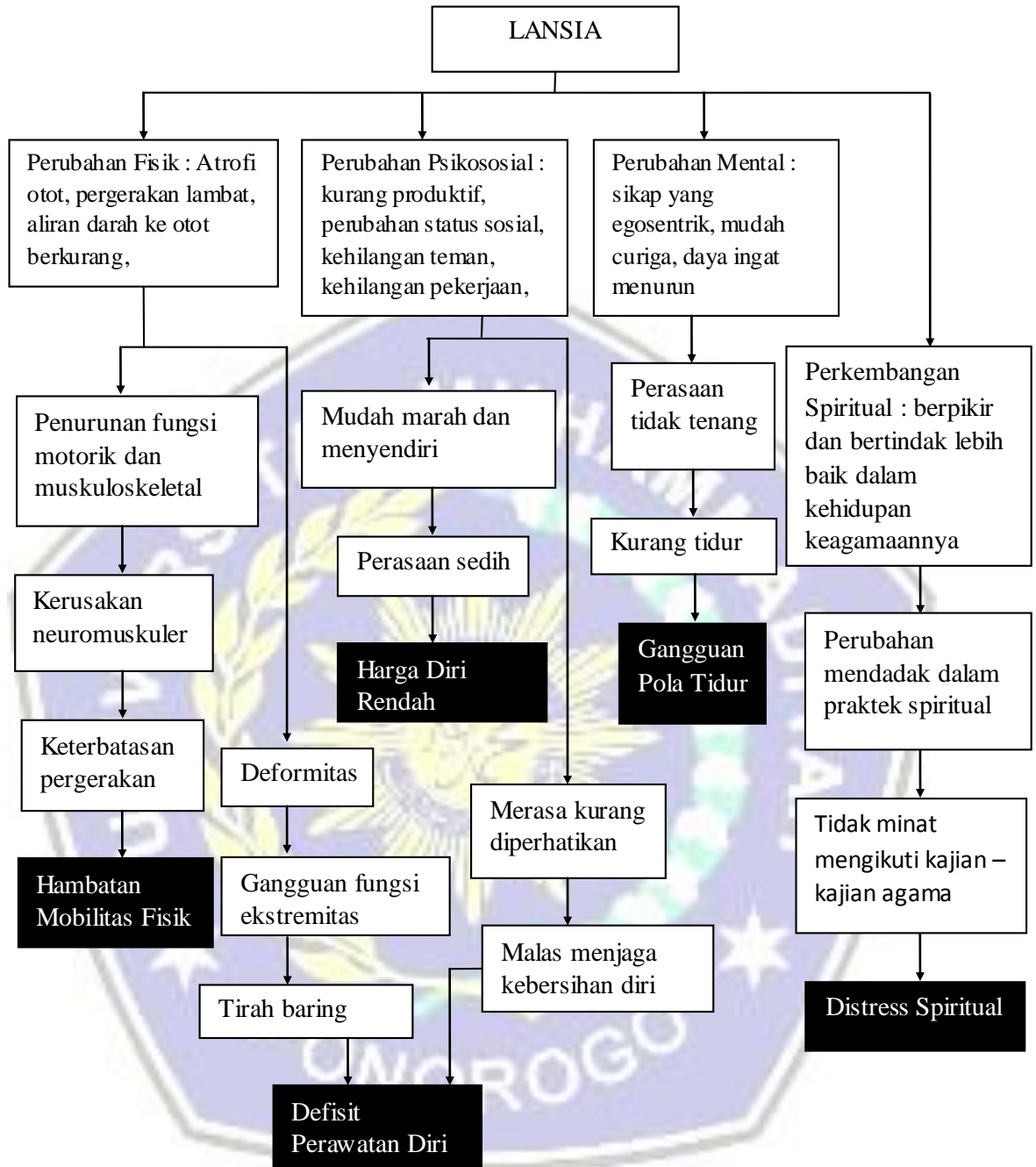
Defisit perawatan diri menimbulkan masalah fisiologis seperti gangguan kebutuhan rasa nyaman, merasa kurang dicintai dan mencintai, harga diri rendah, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

### 2.3.6 Penatalaksanaan

Bagi pasien yang tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri, keluarga ataupun perawat dapat membantu dengan tindakan sebagai berikut :

1. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri klien.
2. Memberikan motivasi dan membimbing klien untuk merawat diri
  - a. Bantu klien melakukan perawatan diri selama sakit
  - b. Ajarkan keterampilan perawatan diri ringan secara bertahap sesuai kemampuan
  - c. Bantu menyusun jadwal kegiatan harian
  - d. Ingatkan setiap kegiatan yang harus dilakukan
  - e. Beri pujian di setiap kegiatan yang dilakukan
3. Menciptakan lingkungan yang mendukung
  - a. Sediakan perlengkapan atau sarana yang dibutuhkan (misal : sabun, odol, baju,dll)
  - b. Sediakan tempat yang aman dan nyaman bagi klien
2. Sikap keluarga
  - a. Membantu dengan sabar dan telaten
  - b. Menerima dan memuji setiap upaya klien saat merawat diri
  - c. Tidak mencela atau menghina ketika klien gagal melakukan kegiatan
  - d. Membantu klien untuk melakukan perawatan diri
  - e. Memberikan health education agar klien tahu dan sadar bahwa kebersihan diri penting dijaga.

## 2.3.7 Pathway / WOC



Gambar 2.1 Pathway / WOC Lansia ( Sumber : Parellangi, 2018 )

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu kegiatan dalam mengumpulkan data dengan cara mengidentifikasi dalam proses mengenal faktor positif dan negatif lansia secara individu atau kelompok. Dengan melakukan pengkajian dapat diketahui masalah dan kebutuhan lansia dalam mengembangkan rencana promosi kesehatan.

Komponen yang ada pada pengkajian adalah sebagai berikut :

#### 1. Identitas Klien

Format pada lansia yang dikembangkan yang terdiri dari : data dasar (identitas, alamat, usia, pendidikan, pekerjaan, agama dan suku bangsa), data biopsikososial spiritual , lingkungan , status,

##### a. Domain 1 : Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama
- 2) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai apa yang diderita oleh klien timbulnya keluhan yang dirasakan klien serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian (Sunaryo,et al, 2016).

##### 3) Riwayat penyakit dahulu

Kaji riwayat penyakit lamanya dan beratnya berdaya yang menyebabkan mobilisasi (Sunaryo,et al, 2016).

#### 4) Riwayat penyakit keluarga

Apakah keluarga ada yang mengalami penyakit menurun (Sunaryo, et al, 2016).

#### 5) Pola hidup/aktivitas

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan, dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan. Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan (Sunaryo, et al, 2016).

##### b. Domain 2 : Nutrisi

Penyebab gangguan pada lanjut usia, antara lain penurunan fungsi alat penciuman dan pengecap, pengunyahan kurang sempurna, gizi yang tidak lengkap, rasa penuh pada perut dan susah buang air besar, dan melemahnya otot-otot lambung dan usus (Sunaryo, et al, 2016).

##### c. Domain 3 : Eliminasi dan pertukaran

Pemenuhan kebutuhan eliminasi terkait dengan konstipasi dan inkontensia urine. Beberapa faktor resiko konstipasi adalah kurang gerak, kurang asupan cairan ( kurang dari 8 gelas perhari/600cc), serta kurang diet serat. Selain konstipasi, inkontinensia urin juga merupakan masalah yang sering dialami lansia (Sunaryo, et al., 2016).

d. Domain 4 : Aktivitas/Istirahat

Pada umumnya lansia mengaami gangguan tidur. Upaya yang tepat untuk memelihara keseimbangan istirahat/tidur, antara lain menyediakan tempat/waktu tidur yang nyaman, mengatur lingkungan yang cukup ventilasi, melatih lansia untuk latian fisik ringan guna melancarkan sirkulasi darah dan melakukan aktifitas otot sesuai hobi, misalnya berkebun, jalan santai, dan sebagainya serta memberi minuman hangat sebelum tidur, lansia bebas bau tidak sedap, dapat mandi, eliminasi, makan, dan berpakaian secara mandiri (Sunaryo, et al.,2016)

e. Domain 5 : Presepsi/Kognisi

Penyebab kurangnya perawatan diri pada lanjut usia adalah penurunan daya ingat, kurangnya motivasi, serta kelemahan dan ketidakmampuan fisik (Sunaryo, et al.,2016)

f. Domain 6 : Presepsi diri

Menggambarkan presepsi terhadap kemampuan diri. Presepsi menggambarkan ketakutan, dan dampak terhadap sakit ( Aspiani, 2014).

g. Domain 7 : Hubungan dan peran

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri kemampuan konsep diri. konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri. Manusia sebagai system terbuka dan makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. Pengkajian depresi menggunakan tabel inventaris depresi back (Aspiani,2014).

h. Domain 8 : Seksualitas

Menggambarkan kepuasan atau masalah seksualitas (Aspiani,2014).

i. Domain 9 : Koping/toleransi stress

Pasien merasa cemas dan takut (Suratun, Heryati, Manurung,& Raenah, 2008).

j. Domain 10 : Prinsip Hidup

Spiritual adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang maha kuasa dan maha pencipta, sebagai contoh seseorang yang percaya kepada allah sebagai pencipta atau sebagai maha kuasa (Sunaryo,et al.,2016).

k. Domain 11 : Keamanan/Perlindungan

Ada beberapa penyebab kecelakaan pada lanjut usia, antara lain fleksibilitas kaki berkurang, fungsi penginderaan dan pendengaran menurun, pencahayaan kurang, lantai licin dan tidak rata, tangga tidak ada pengaman, dan kursi atau tempat tidur yang mudah bergerak (Sunaryo, et al.,2016).

l. Domain 12 : Kenyamanan

Masalah umum yang dikemukakan lansia adalah daya ingat menurun, depresi, lekas marah, mudah tersinggung, kurang mendapat waktu berbagi cerita (Sunaryo, et al., 2016)

m. Domain 13 : Pertumbuhan/Perkembangan

Lansia biasanya tidak mengalami pertumbuhan lagi.



## 2. *Negative Functional Consequences*

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari – hari (Indeks Barthel) meliputi : makan, berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya, atau dari tidur ke duduk, defisit perawatan diri (cuci muka, gosok gigi, menyisir rambut), penggunaan toilet (pergi ke/dari WC, melepas/mengenakan celana, menyeka, menyiram, mandi, berjalan di permukaan datar, naik turun tangga, mengenakan pakaian, control bowel (BAB), control bladder (BAK).

## 3. Aspek Kognitif

MMSE ( Mini Mental Status Exam) meliputi : orientasi waktu, orientasi tempat, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat, bahasa.

## 4. Tes Keseimbangan

*Time Up Go Test*, Hasil TUG (detik)

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut :

- a. > 13,5 detik : ada resiko tinggi jatuh
- b. > 24 detik : diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan
- c. > 30 detik : diperkirakan membutuhkan bantuan mobilisasi dan melakukan ADL.

## 5. Pengkajian Depresi

Hasil interpretasi : Jika diperoleh skor 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi.

## 6. Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia menghasilkan interpretasi sebagai berikut :

- a. 0 - 2 : *Good*
- b. 3 – 5 : *Moderate nutritional risk*
- c. > 6 : *High moderate risk*

## 7. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Meliputi jenis pemeriksaan, tanggal pemeriksaan dan hasil.

Fungsi Sosial Lansia

APGAR Keluarga Dengan Lansia.

Alat skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia.

Kategori skor :

Pertanyaan – pertanyaan yang di jawab :

- a. Selalu : skor 2
- b. kadang – kadang : skor 1
- c. Hampir tidak pernah : skor 0

Interpretasi :

< 3 = disfungsi berat

4 - 6 = disfungsi sedang

> 6 = Fungsi baik

## 8. Pengkajian fisik

Pengkajian pada kebutuhan dasar serta kemandirian dalam beraktifitas termasuk keseimbangan dalam bergerak dilakukan

dengan pemeriksaan fisik. Pengkajian fisik dapat dilakukan dengan metode *Head to Toe* atau persistem.

Hal – hal yang perlu dilakukan pada pengkajian fisik *Head to Toe* adalah sebagai berikut :

a. Keadaan umum

- 1) Tingkat kesadaran klien
- 2) GCS
- 3) TTV ( Tekanan darah, nadi, nafas, suhu)
- 4) BB & TB
- 5) Postur tubuh atau tulang belakang lansia : tegap, kifosis, skoliosis, lordosis.

b. Kepala

Inspeksi : pada pengkajian kepala di kaji bentuk kepala, warna rambut, pertumbuhan dan kondisi rambut.

Palpasi : di kaji terdapat benjolan atau tidak, keadaan kulit kepala kasar atau halus.

c. Mata

Inspeksi : pada pengkajian mata dikaji bentuk mata, respon cahaya, sclera ikterus atau tidak, pupil isokor atau unishokor konjungtiva mengalami anemis atau tidak.

Palpasi : di kaji terdapat benjolan atau nyeri tekan pada daerah mata atau tidak.

d. Hidung

Inspeksi : pada pengkajian hidung dikaji bentuk hidung, terdapat masa abnormal atau tidak, terdapat secret atau tidak.

Palpasi : dikaji terdapat berjolan pada daerah hidung atau tidak.

e. Mulut dan kerongkongan

Inspeksi : pada pengkajian mulut dan kerongkongan dikaji bentuk bibir, warna, berbau atau tidak, keutuhan jumlah gigi, terdapat caries gigi atau tidak.

Palpasi : di kaji terdapat nyeri tekan pada daerah mulut atau tidak.

f. Telinga

Inspeksi : pada pengkajian telinga dikaji bentuk daun telinga, warna, terdapat serumen atau tidak.

Palpasi : dikaji terdapat benjolan atau tidak di sekitar telinga.

g. Leher

Inspeksi : pada pengkajian leher di kaji terdapat lesi atau tidak, perbedaan warna kulit juga diamati.

Palpasi : dikaji terdapat pembesaran vena jugularis dan pembesaran kelenjar tiroid atau tidak.

h. Dada

Inspeksi : pada pengkajian dada amati perubahan warna kulit di area sekitar dada, terdapat luka atau tidak.

Palpasi : di kaji adanya nyeri tekan atau tidak pada sekitar dada.

Paru – paru

Inspeksi : pada pengkajian paru – paru dikaji bentuk dada normal chest atau pigeon chest, terdapat luka atau tidak, amati juga perubahan warna sekitar dada.

Palpasi : dikaji terdapat benjolan abnormal atau tidak, meraba vocal premitus (keseimbangan lapang paru).

Perkusi : dikaji adanya kelainan suara paru atau tidak.

Auskultasi : dikaji terdapat suara nafas tambahan atau tidak.

Jantung

Inspeksi : pada pengkajian jantung dikaji bentuk dada dan perubahan warna kulit yang abnormal.

Palpasi : dikaji nadi dari kedua lengan pada era nadi temporalis.

Perkusi : dikaji suara jantung abnormal atau tidak.

Auskultasi : dikaji terdapat suara tambahan atau tidak, mendengarkan bunyi jantung 1 dan 2.

i. Abdomen

Inspeksi : pada pengkajian abdomen di kaji bentuk abdomen, warna, apakah terdapat edema atau lesi.

Auskultasi : dikaji bising usus dengan normal 20x/menit pada kuadran 8 dan periksa karakteristiknya.

Palpasi : dikaji terdapat benjolan atau nyeri tekan atau tidak.

Perkusi : dikaji perubahan suara abdomen.

j. Genetalia

Pada pria

Inspeksi : dikaji bentuk dan kesimetrisan ukuran skrotum, kebersihan, kaji adanya hemoroid pada anus.

Palpasi : dikaji terdapat nyeri tekan atau tidak.

Pada wanita

Inspeksi : dikaji kebersihan pubis dan labia mayora serta kesimetrisan labia mayora, terdapat perdarahan atau tidak.

Palpasi : dikaji bagian dalam labia mayora dan minora, terdapat nyeri tekan atau tidak.

k. Ekstremitas

Pada pengkajian ekstremitas di kaji warna kuku, jari – jari tangan, terdapat fraktur dan edema serta kaji kekuatan otot.

l. Integumen

Inspeksi : dikaji kebersihan warna, kesimetrisan, tekstur dan lesi.

Palpasi : dikaji permukaan kulit kasar atau halus.

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Defisit perawatan diri b.d kelemahan fisik.
2. Hambatan Mobilitas Fisik b.d penurunan fungsi musculoskeletal.
3. Gangguan Pola Tidur b.d perubahan mental.
4. Harga Diri Rendah b.d perubahan psikososial.
5. Distress Spiritual b.d perkembangan spiritual.

## 2.5.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1.	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik</p> <p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan musculoskeletal</li> <li>- Gangguan neuromuskuler</li> <li>- Kelemahan fisik</li> <li>- Gangguan Psikologis dan/atau psikotik</li> <li>- Penurunan motivasi atau minat</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat.</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat.</li> <li>3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat.</li> <li>4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat.</li> <li>5. Minat melakukan perawatan diri meningkat.</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri: Mandi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>2. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)</li> <li>4. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan.</li> </ol>

		<p><b>Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian</b></p> <p>Observasi</p> <p>7. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian</p> <p>Terapeutik</p> <p>8. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</p> <p>9. Fasilitasi Klien dalam mengenakan pakaian</p> <p>10. Fasilitasi Klien berhias ( menyisir rambut)</p> <p>11. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri.</p> <p>Edukasi</p> <p>12. Ajarkan cara mengenakan pakaian sesuai kondisi Klien</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum</b></p> <p>Observasi</p> <p>13. Identifikasi diet yang di anjurkan.</p> <p>Terapeutik</p> <p>14. Bantu atur posisi yang nyaman untuk makan/minum</p>
--	--	---



			<p>15. Sediakan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</p> <p>16. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>17. Kolaborasi pemberian obat (mis. diuretik)</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK</b></p> <p>Observasi</p> <p>18. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK</p> <p>Terapeutik</p> <p>19. Dukung penggunaan pispot atau urinal atau pampers secara konsisten</p> <p>Edukasi</p> <p>20. Anjurkan Klien meminta bantuan saat ingin BAB/BAK</p>
--	--	--	---

Sumber :

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I). Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

#### 2.5.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana (intervensi) disusun dan di ajukan pada masing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. (Nursalam, 2017)

#### 2.5.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah aspek penilaian terhadap kondisi/ situasi pasien dan masalah yang dihadapinya setelah beberapa saat tertentu dan atau setelah dilakukan tindakan keperawatan tertentu. Evaluasi umumnya mengacu pada ketercapaian tujuan dan atau pencapaian kriteria hasil sebagaimana yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan. Rumusan evaluasi umumnya dituliskan dalam format table untuk tiap-tiap diagnosis dan mengandung unsur waktu dan hasil evaluasi yang meliputi data subyektif (S), data obyektif (O), analisis terhadap masalah keperawatan yang dievaluasi (A), Serta rencana tindakan selanjutnya berdasarkan atas status masalah saat ini (P).

## 2.6 Hubungan Antar Konsep

