

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia adalah fenomena biologis yang tidak dapat dihindari oleh setiap individu dan akan terjadi pada setiap individu. UU No IV Tahun 1965 pasal 1, Menyatakan bahwa seseorang dapat dikatakan lanjut usia setelah seseorang tersebut mencapai umur 55 tahun yang tidak mempunyai atau tidak berdaya dalam melakukan dan mencari nafkah untuk dirinya sendiri dan untuk keperluan hidupnya sehari-hari namun menerima nafkah dari orang lain (*Emilia Ratnawati, 2017*).

Lanjut usia bukanlah suatu penyakit namun lanjut usia 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 fisik secara fisik maupun secara mental, Khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya. Di negara maju seperti Amerika serikat lansia sering didefinisikan sebagai seseorang yang telah menjadi siklus kehidupan status usia 60 tahun dan usia lanjut yaitu kelompok orang yang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade (*Notoatmodjo, 2010*).

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, Lansia adalah seseorang yang usianya telah mencapai usia diatas 60 tahun yang disimpulkan bahwa di usia tersebut lansia sudah tidak memiliki kemampuan dan tidak berdaya dalam memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari baik secara fisiologis maupun secara psikologis. Menurut Darmojo 2004 lanjut usia diartikan sebagai fase menurunnya kemampuan akal dan fisik yang dimulai dengan adanya beberapa perubahan dalam hidupnya (*Emilia Ratnawati, 2017*).

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

Batas lanjut usia menurut dokumen perkembangan lanjut usia dalam kehidupan bangsa yang diterbitkan oleh Dinas Sosial dalam rangka pencegahan hari lanjut usia nasional tanggal 29 Mei 1996 oleh Presiden RI, batas umur lanjut usia adalah 60 tahun atau lebih dari 60 tahun . Beberapa pembagian lansia,antara lain : menurut Depkes RI,WHO, Menurut pasal 1 Undang-undang No.4 tahun 1965,dan menurut Kementerian Kesehatan RI (2015).

- a. Dinas kesehatan RI membagi lansia sebagai kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun) sebagai masa dimana kelompok usia (55-64 tahun) sebagai presenium, kelompok usia lanjut (kurang dari 65 tahun) sebagai senium.
- b. Organisasi kesehatan dunia (WHO), Usia lanjut dibagi menjadi 4 kriteria yaitu usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun, usia lanjut (*elderly*) antara 60-74

tahun ,usia tua (*old*) antara 75-90 tahun,usia sangat tua (*veryold*) diatas 90 tahun.

- c. Menurut pasal 1 Undang-undang Nomor 4 : “Seseorang dinyatakan sebagai orang lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun yang tidak berdaya dan tidak bisa mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari tetapi masih menerima nafkah atau bantuan dari orang lain” .
- d. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokan menjadi usia lanjut di usia 60-69 tahun dan usia lanjut dengan resiko tinggi atau dengan masalah kesehatan lebih dari 70 tahun.

2.1.3 Ciri-ciri Lanjut Usia

Lanjut usia sebagai fase menurunnya kemampuan akal dan fisik yang dimulai dengan adanya tanda perubahan dalam hidupnya. Hal ini sejalan dengan pendapat Soejono yang mengatakan bahwa pada tahap lansia banyak mengalami perubahan baik secara fisik maupun mental khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya (*Emmelia ratnawati,2017*). terdapat ciri-ciri orang lanjut usia ,yaitu :

1. Usia lanjut merupakan periode kemunduran

Terjadinya kemunduran pada lansia adalah faktor fisik dan faktor psikologis. Dampak dari kondisi tersebut dapat mempengaruhi psikologis lansia sehingga lansia

perlu mendapatkan motivasi, karena motivasi sangat berperan penting dalam tahap kemunduran pada lansia.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Pandangan negatif akan lansia dalam masyarakat sosial atau lingkungan setempat tidak langsung berdampak pada terbentuknya status kelompok pada diri mereka.

3. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perilaku buruk lansia terbentuk karena adanya perlakuan tidak menyenangkan atau perlakuan buruk yang mereka terima dan secara tidak langsung membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk juga.

4. Perubahan peran saat lansia

Kemunduran lansia juga dapat berdampak pada perubahan peran mereka dalam masyarakat sosial maupun keluarga, Namun perubahan peran sebaiknya dilakukan atas dasar permintaan atau keinginan sendiri bukan atas pemaksaan dari lingkungan tersebut.

2.1.4 Karakteristik Lanjut Usia

Menurut pusat data dan informasi *Kementerian Kesehatan RI (2017)*, Karakteristik lansia dapat dilihat berdasarkan masing masing kelompok sebagai berikut :

1. Jenis kelamin

Dari data Kemenkes RI 2017 lansia lebih didominasi oleh jenis kelamin perempuan yang artinya menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan.

2. Status kawin

Penduduk lansia dari berstatus perkawinan mencapai 60% dan yang berstatus cerai 37% data diatas berdasarkan Badan Pusat Statistik RI, SUPAS 2017. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan laki-laki sehingga lansia perempuan yang berstatus cerai lebih banyak dibandingkan dengan lansia laki-laki.

3. *Living arrangement*

Menurut Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2016), Angka beban tanggungan Indonesia adalah 4,63%, Yang artinya setiap 100 orang penduduk yang masih produktif akan menanggung 48 orang yang sudah tidak produktif lagi. Orang yang sudah tidak produktif lagi berkisar antara umur > 65 tahun dan orang yang produktif

berumur 15-64 tahun. Angka tersebut menjadi cerminan besarnya beban ekonomi yang harus

ditanggung penduduk usia produktif untuk membiayai penduduk usia non produktif.

4. Kondisi kesehatan

Angka kesehatan penduduk lansia tahun 2015 sebesar 25,50% yang artinya bahwa setiap 100% orang lansia terdapat 25 orang diantaranya mengalami sakit. Sementara itu Badan Pusat Statistik melalui Sensus 2012-2014 dan SUPAS 2017 menyatakan secara umum derajat kesehatan penduduk lansia mengalami peningkatan dari tahun 2012-2014.

5. Keadaan ekonomi

Berdasarkan data SUPAS (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2016) sumber dana untuk lansia sebagian besar 46, % untuk suami istri 8,9%. adalah proses penuaan yang tetap sehat baik secara fisik, sosial, dan mental sehingga dapat tetap sejahtera sepanjang hidup dan tetap berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup dengan anggota masyarakat.

2.1.5 Masalah Yang Sering Muncul Pada Lansia

Masalah yang sering muncul pada lansia ada dua aspek mulai dari aspek psikologis dan aspek fisiologis (*Aspiani, 2014*).

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. Gejala depresi pada lansia adalah kehilangan minat, berkurangnya energi (mudah lelah), konsentrasi dan perhatian kurang, kurang percaya diri, sering merasa bersalah, pesimis, gangguan pola tidur dan gangguan nafsu makan.
- c. Delusi, merupakan suatu kondisi dimana pikiran terdiri dari satu atau dua lebih delusi. Delusi diartikan sebagai kepercayaan yang dimunculkan dalam kehidupan nyata seperti merasa dirinya diracuni oleh orang lain, dicintai, ditipu, merasa dirinya sakit atau disakiti.
- d. Gangguan kecemasan, merupakan gangguan psikologi yang berupa ketakutan yang tidak wajar atau phobia dan kecemasan sering kali muncul pada usia lanjut yang sering dicemaskan pada orang usia lanjut yaitu akan kematian.
- e. Gangguan tidur dimana usia lanjut peningkatan kejadian gangguan pola tidur yang berupa gangguan tidur di malam hari (sering terbangun dini hari) dan sering merasakan ngantuk di siang hari.

2. Permasalahan dari aspek fisiologis

Terjadinya perubahan normal pada fisik lansia yang dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya ada kejiwaan sosial, ekonomi dan medik. Perubahan tersebut

akan terlihat pada jaringan dan organ tubuh seperti kulit menjadi kering dan keriput, rambut beruban dan mudah rontok, penglihatan kabur, pendengaran kurang, indra perasa menurun, daya penciuman berkurang, tinggi badan menyusut karena proses osteoporosis yang berakibat badan menjadi membungkuk, tulang keropos, elastisitas paru berkurang, nafas menjadi lebih pendek, pengurangan fungsi organ didalam perut, dinding pembuluh darah mulai menebal sehingga tekanan menjadi darah tinggi, otot jantung bekerja tidak efisien, adanya penurunan organ reproduksi terutama pada wanita, otal menyusut dan reaksi menjadi sangat lambat terutama pada pria, serta seksualitas tidak menurun (watson, 2013).

2.1.6 Penilaian Aktivitas Fisik Lansia

Penilaian aktivitas fisik pada lansia menggunakan kuesioner *Physical Activities Scale For The Elderly* (PASE) yang merupakan suatu untuk menilai aktivitas fisik pada lanjut usia (Siordia 2012). PASE terdiri dari tiga macam aktivitas sebagai berikut :

1. *Leisure Time Activity* (Aktivitas Waktu Luang)
 - a) *Walking Outside Home* (Berjalan Waktu Luang)
 - b) *Light Sports* (Olahraga Ringan)
 - c) *Moderate Sports* (Olahraga Sedang)
 - d) *Strenuous Sports* (Olahraga Berat)
 - e) *Muscle Strength* (Kekuatan Otot)

2. *Household Activity* (Aktivitas Rumah Tangga)

- a) *Light Homework* (Pekerjaan Rumah Tangga)
- b) *Heavy Homework* (Pekerjaan Rumah Tangga Ringan)
- 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 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah kurangnya perawatan diri pada pasien dengan perubahan proses pola pikir pada dirinya sehingga kemampuan dalam melakukan aktivitas perawatan dirinya menurun. Kurangnya perawatan diri dapat dilihat dari ketidakmampuan atau ketidakberdayaan dalam melakukan kebersihan diri mandiri seperti Mandi, makan/minum secara mandiri, berhias secara mandiri, *Toileting* (BAK/BAB) (Damayanti, 2012).

Defisit perawatan Diri mandi yaitu hambatan atau kemampuan seseorang dalam melakukan dan memenuhi aktivitas mandi atau hygiene. Defisit Perawatan diri menggambarkan suatu keadaan seseorang yang mengalami hambatan kemampuan dalam aktivitasnya perawatan dirinya seperti mandi, berganti pakaian, makan/minum, dan eliminasi. Jika seseorang tersebut tidak bisa melakukan perawatan diri maka digambarkan sebagai defisit

perawatan diri total. Namun, diagnosis tersebut dapat diklasifikasikan dalam masalah yang lebih spesifik dengan batasan karakteristiknya masing-masing masalah ini dalam berbagai kombinasi atau dapat berdiri sendiri, seperti defisit perawatan diri: mandi/hygiene (*Nursing Interventions Classification/NIC* ,2012) .

2.2.2 Etiologi

Penyebab kurang perawatan diri adalah kelelahan fisik dan penurunan kesadaran. Menurut Depkes (2000) dalam Mukhrifah Damayanti (2014) Penyebab kurangnya perawatan diri adalah :

1. Faktor predisposisi

a. Perkembangan

Dari pihak keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga proses perkembangan dan pola pikir dalam berinisiatif terganggu.

b. Biologis

Suatu penyakit kronis yang dihadapi oleh klien yang tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri dengan maksimal.

c. Kemampuan realistis turun

Kemampuan realitas yang kurang sangat menyebabkan ketidak peduli terhadap dirinya sendiri dan lingkungan sehingga menyebabkan perawatan dirinya kurang baik.

d. Sosial

Kurangnya dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri di lingkungannya dan situasi lingkungan yang tidak memadai atau kurangnya pengetahuan tentang perawatan diri dapat mempengaruhi proses latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan salah satu faktor defisit perawatan diri yang diartikan sebagai kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemas yang dialami oleh individu sehingga menyebabkan individu tidak mampu melakukan perawatan diri dengan baik.

Menurut Depkes (2000) dalam Mukhrifah Damayanti (2014) sikap seseorang melakukan personal hygiene dipengaruhi oleh sejumlah faktor antara lain:

a. Citra tubuh (*Body Image*)

penampilan umum pasien dapat menggambarkan pentingnya *personal hygiene* pada orang tersebut. Citra tubuh merupakan

konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya.

Personal hygiene yang baik mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu. Citra tubuh dapat berubah, karena operasi, pembedahan atau penyakit fisik maka perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk

meningkatkan hygiene dimana citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan hygiene. Body image seseorang mempengaruhi dalam pemenuhan personal hygiene karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

b. Praktik sosial

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang pasien berhubungan dapat mempengaruhi bagaimana pasien dalam pelaksanaan praktik personal hygiene. Perawat harus menentukan apakah pasien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi, dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan dari produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktekkan oleh kelompok sosial pasien.

c. Status sosial ekonomi

pendapatan keluarga akan mempengaruhi kemampuan keluarga untuk menyediakan fasilitas dan kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan untuk menunjang hidup dan kelangsungan hidup keluarga. Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkatan praktik personal hygiene. Untuk melakukan personal hygiene yang baik dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, seperti kamar mandi, peralatan mandi, serta

perlengkapan mandi yang cukup (mis. sabun, sikat gigi, sampo, dll).

d. Pengetahuan

pengetahuan tentang personal hygiene sangat penting, karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Pengetahuan tentang pentingnya hygiene dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup, pasien juga harus termotivasi untuk memelihara personal hygiene. Individu dengan pengetahuan tentang pentingnya personal hygiene akan selalu menjaga kebersihan dirinya untuk mencegah dari kondisi atau keadaan sakit.

e. Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan personal hygiene. Seseorang dari latar belakang kebudayaan yang berbeda, mengikuti praktek perawatan personal hygiene yang berbeda. Keyakinan yang didasari kultur sering menentukan definisi tentang kesehatan dan perawatan diri. Dalam merawat pasien dengan praktik hygiene yang berbeda, perawat menghindari menjadi pembuat keputusan atau mencoba untuk menentukan standar kebersihannya.

f. Kondisi fisik atau kondisi psikis

Pada keadaan tertentu/sakit kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sangat berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya. Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurangnya penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual hambatan dalam lingkungan sekitar, merasa cemas, lelah atau lemah yang sering dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu dalam melakukan aktivitas perawatan diri (Nanda 2010).

2.2.3 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. Menurut pendapat *Doheny dalam Mubarak, 2009* ada beberapa elemen peran perawat profesional antara lain:

1. *Caregiver*

- 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 diagnosa 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 dirumah 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 menyadari 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. Perubahan pola interaksi merupakan “Dasar” dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasi. 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 dimana 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 ditujukan untuk memenuhi kebutuhan akibat proses penuaan.
- c. Pemulihan ditujukan 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

e. Sebagai konselor

Tanggung jawab perawat gerontik

- a. Membentuk 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.

2.2.4 Jenis perawatan diri

Manurut NANDA (2012) , Perawatan diri terdiri dari:

a. Defisit perawatan diri: mandi

Suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi atau perawatan diri untuk diri sendiri dengan baik dan benar.

b. Defisit perawatan diri: berpakaian

Suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.

c. Defisit perawatan diri:makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan dan minum dalam kehidupan sehari-hari.

d. Defisit perawatan diri: toileting

Kurang perawatan diri (toileting) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas toileting (BAK BAB) secara mandiri.

2.2.5 Tanda dan Gejala

Menurut Fitria (2012) tanda dan gejala pada seseorang yang mengalami defisit perawatan diri adalah sebagai berikut:

a. Mandi/hygiene

Dalam hal ini klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan dirinya atau badannya, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, meringankan tubuh, mendapatkan perlengkapan mandi, serta masuk dan keluar kamar mandi.

b. Berpakaian atau berhias

Klien mempunyai kelemahan dalam hal meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menggunakan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, menggunakan kancing tarik, melepas pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, dan mengenakan sepatu.

c. Makan/minum

Klien mengalami ketidakmampuan dalam menelan atau mengunyah makan baik makanan secara lambat atau halus dan kasar,

mempersiapkan makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, mengambil makanan dari wadah lalu memasukkannya ke mulut, melengkapi makanan, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna makanan dengan cukup dan aman.

d. Toileting (BAK BAB)

Dalam hal ini klien memiliki keterbatasan dalam mendapatkan kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAB/BAB dengan tepat dan benar, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

Menurut (SDKI,2016) , Tanda dan Gejala seseorang mengalami Defisit Perawatan Diri dapat dibagi menjadi dalam Tanda dan gejala Mayor dan Minor, Tetapi untuk tanda dan gejala Minor Defisit Perawatan Diri tidak tersedia. Tanda dan Gejala Mayor Defisit Perawatan Diri Subjektif; Menolak melakukan perawatan diri, Objektif; Tidak mampu melakukan Mandi, Mengenakan pakaian, Makan, Berhias, Ketoilet, Berhias secara mandiri, Minat Melakukan Perawatan Diri Kurang.

2.2.6 Akibat Defisit Perawatan Diri

1. Dampak fisik

Banyak menimbulkan gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan dengan baik, Gangguan fisik yang sering terjadi karena kurangnya perawatan diri adalah : gangguan integritas kulit, gangguan membrane

mukosa mulut, infeksi pada telinga, mata dan gangguan fisik pada kuku.

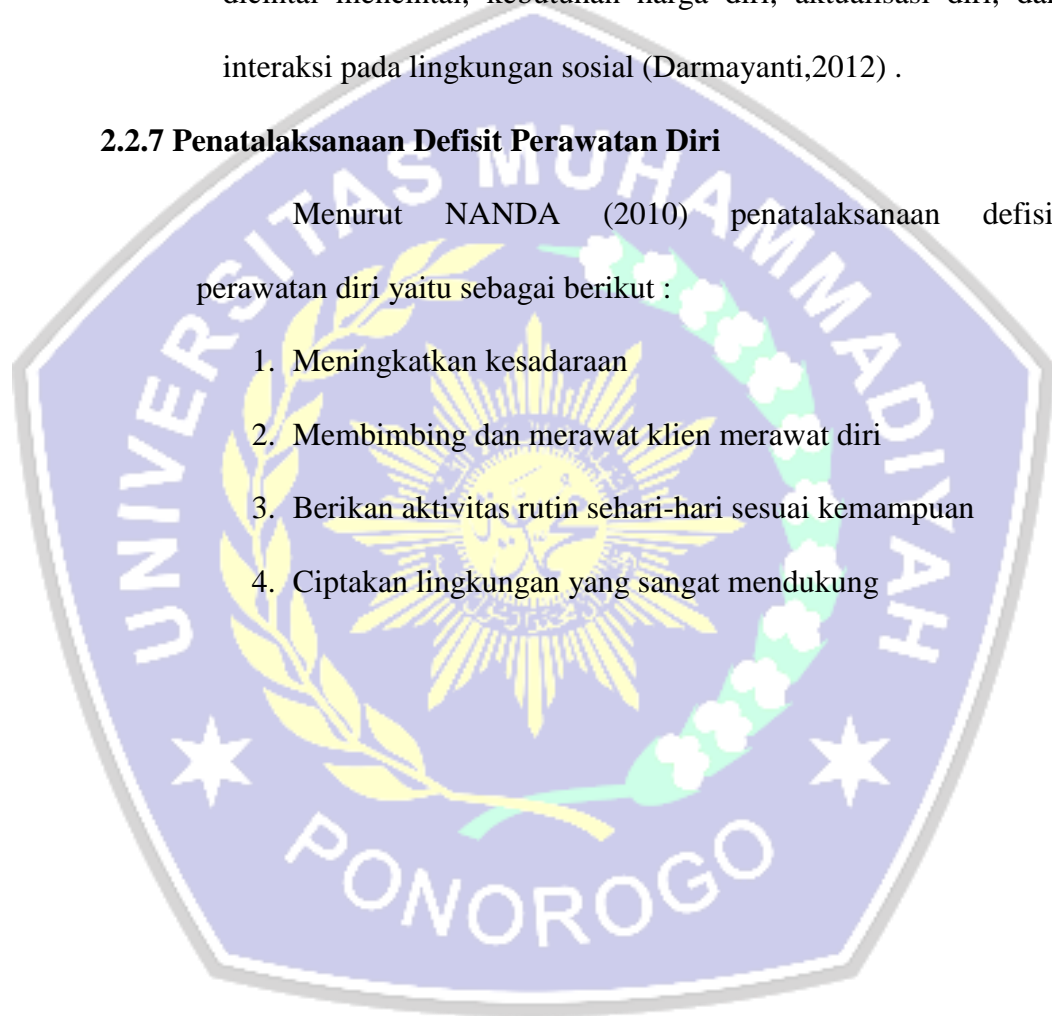
2. Dampak psikososial

Masalah sosial yang sering muncul pada perawatan diri adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, gangguan kebutuhan rasa dicintai mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan interaksi pada lingkungan sosial (Darmayanti,2012) .

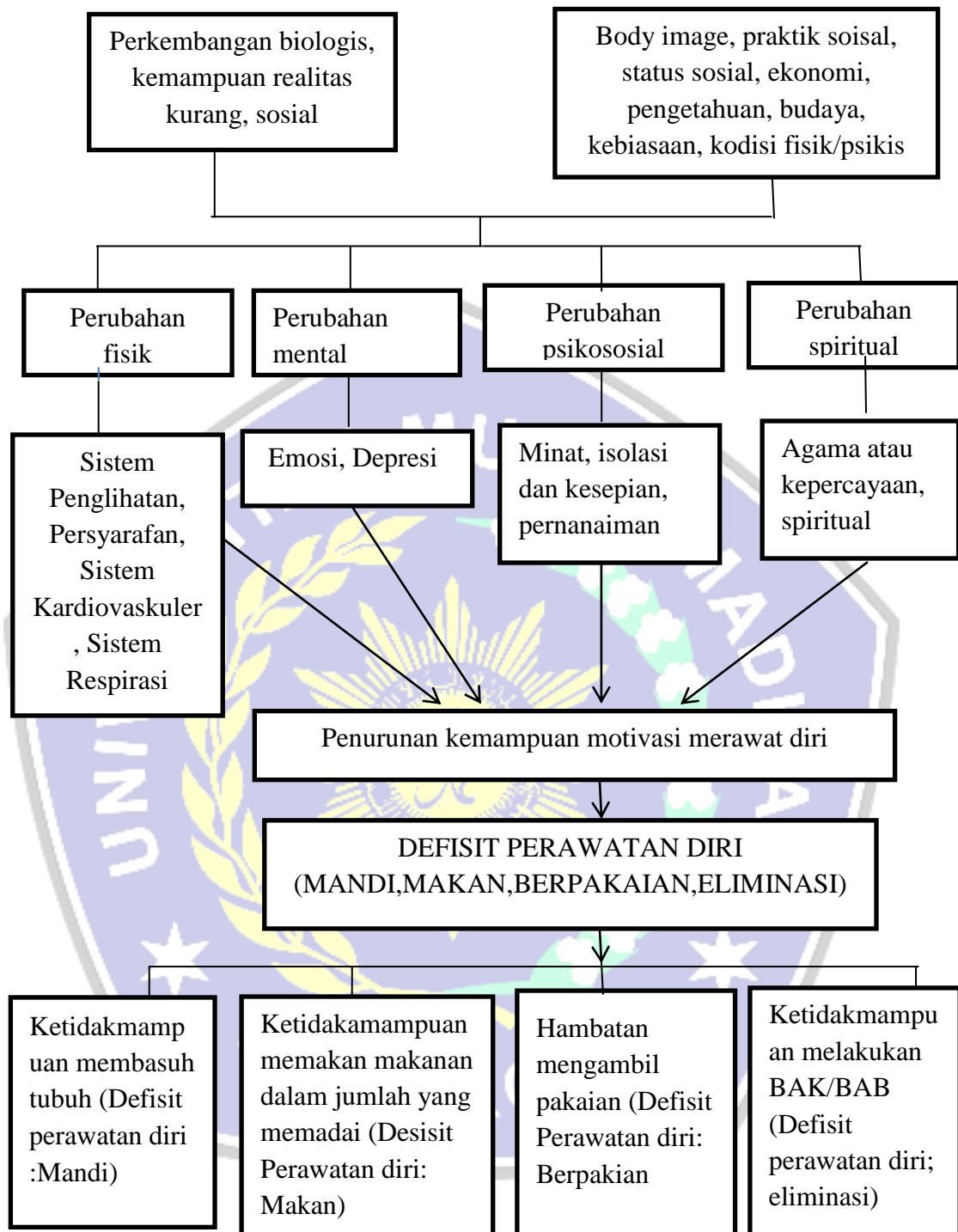
2.2.7 Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri

Menurut NANDA (2010) penatalaksanaan defisit perawatan diri yaitu sebagai berikut :

1. Meningkatkan kesadaran
2. Membimbing dan merawat klien merawat diri
3. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan
4. Ciptakan lingkungan yang sangat mendukung



2.2.8 Pathway



Gambar 2.1 Pathway konsep lansia dengan defisit perawatan diri

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lansia

2.3.1 Definisi Asuhan Keperawatan Lansia

Asuhan keperawatan lanjut usia adalah rangkaian suatu keperawatan yang ditujukan kepada usia lanjut yang meliputi pengkajian, dengan memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual, menganalisis masalah dan merumuskan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan implementasi, dan melakukan evaluasi. Asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) merupakan kegiatan memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan, perlindungan utama, kepada lansia secara individu dan kelompok, seperti dirumah lingkungan keluarga, Panti werdha maupun puskesmas yang diberikan oleh perawat (Azizah,2011).

2.3.2 Tujuan Asuhan Keperawatan Lansia

Tujuan dari asuhan keperawatan lansia adalah agar usia lanjut melakukan aktivitas sebagai berikut :

1. Mampu melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif.
2. Mempertahankan serta memiliki semangat untuk hidup yang lebih tinggi.
3. Menolong dan merawat klien yang menderita sakit.
4. Mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, serta meningkatkan kemampuannya dalam melakukan tindakan pencegahan dan perawatan.

5. Mempertahankan kebebasan yang maksimal tanpa perlu pertolongan pada lansia.
6. Merangsang petugas kesehatan agar dapat muncul dan menegakkan diagnosa secara mandiri.

2.3.3 Fokus Keperawatan Lansia

Pada dasarnya fokus dari asuhan keperawatan 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 Pendekatan Asuhan Keperawatan Lansia

1. Pendekatan fisik
 - a. Klien yang lanjut usia yang masih aktif, yang mampu bergerak tanpa bantuan orang lain.
 - b. Klien lanjut usia yang pasif atau tidak dapat berguna yang mengalami kelumpuhan atau sakit.
2. Pendekatan psikis

Perawat mempunyai peran yang panjang untuk mengadakan pendekatan edukatif kepada klien usia lanjut dan perawat mempunyai peran sebagai suporter, interpreter terhadap segala sesuatu yang asing sebagai penampung rahasia pribadi dan sebagai sahabat yang akrab sehingga mampu meluapkan atau menceritakan segala hal yang dialami oleh klien usia lanjut.

3. Pendekatan sosial

Perawat mengadakan diskusi, tukar pikiran merupakan upaya perawatan dalam pendekatan sosial. Memberi kesempatan berkumpul bersama dengan sesama klien usia lanjut untuk menciptakan kebersamaan dan rasa saling percaya terhadap perawat dan klien usia lanjut.

4. Pendekatan spiritual

Perawat dalam hal ini harus bisa memberikan ketenangan dan kepuasan hubungan atau tindakan dengan agama yang dianutnya, terutama jika klien usia lanjut dalam keadaan sakit atau mendekati kematian.

2.3.5 Proses Pengkajian Asuhan Keperawatan Lansia

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

Pengkajian adalah sebuah proses untuk mengidentifikasi dan mengenal faktor-faktor baik positif maupun negatif pada usia lanjut, baik individu maupun kelompok, dan dapat bermanfaat untuk mengetahui masalah dan kebutuhan dari usia lanjut, serta untuk

mengembangkan strategi promosi kesehatan. Pengkajian merupakan tahap awal dimana proses keperawatan merupakan proses yang sangat sistematis yang bertujuan untuk mengumpulkan data dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian yang akurat dengan kejadian nyata dalam data bertujuan untuk digunakannya merumuskan diagnosa yang terjadi pada klien dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai respon yang dialami oleh klien tersebut (Handayaningsih,2008).

1. Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, suku, agama, pekerjaan pendidikan terakhir klien. Pada usia lanjut atau lansia umur sangat mempengaruhi gambaran individu terhadap dirinya dan mempengaruhi status kebersihan diri, pekerjaan juga mempengaruhi karena pada proses perawatan diri ini memerlukan alat dan bahan seperti sabun, shampo, dan alat mandi yang lainnya. Yang semuanya memerlukan biaya atau uang untuk memenuhi dan menyediakannya, pendidikan juga sangat berpengaruh karena pengetahuan seseorang lanjut usia mengenai kesehatan dalam perawatan dirinya tersebut.

2. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi penyakit saat ini, riwayat penyakit yang lalu/dahulu, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit keluarga, dan riwayat kesehatan psikologi.

3. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pemenuhan kebutuhan sehari-hari meliputi mandi yang berdampak pada fisik dan psikososialnya, makan/minum, berpakaian/berhias, dan aktivitas mobilisasinya.

4. Pengkajian status fungsional dan intelektual

Yaitu suatu pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas dalam kehidupannya sehari-hari secara mandiri dengan baik dan benar.

1. Pengkajian fisik

Pengkajian fisik merupakan pengkajian kebutuhan dasar kemandirian dan melakukan aktivitas, pengkajian keseimbangan (perubahan posisi atau gerakan keseimbangan gaya berjalan atau gerakan), Pengkajian Head To Toe. Bagaimana postur tulang belakang usia lanjut apakah Tegak, Membungkuk, Kifosis, Skoliosis, Lordosis. Tanda-tanda vital dan status gizi Suhu, Tekanan Darah, nadi, Respirasi, Berat badan, Tinggi badan.

Pengkajian Head To Toe yang meliputi :

1) Kepala

- a. Inspeksi: kulit kepala; warna, bekas lesi, bekas trauma, area terpapar sinar matahari, hygiene, penonjolan tulang immobilisasi parsial atau total, eritema, sianosis. Rambut; warna, variasi bentuk rambut, area pubis, botak simetris pada pria, rambut kering atau lembab, rambut mudah

rontok, rambut tumbuh halus atau kasar, rambut lurus, bergelombang atau keriting.

- b. Palpasi: kulit kepala; suhu dan tekstur kulit, turgor, ukiran lesi, adanya kalus yang menebal, keriput, lipatan-lipatan kulit, tekstur kulit kasar atau halus, bukti perlambatan dari luka memar, laserasi, eksplorasi. 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 ekstraokular, struktur okular, reaksi sinar terhadap akomodasi, areamuskular.

3) Hidung

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

- b. Palpasi: sinus frontalis dan maksilaris terhadap nyeritekan
- 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 tonsil 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 glosofaringeus 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, otorrhea, 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.

6) Leher

- a. Inspeksi: ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, gerakan-gerakan halus pada respon percakapan, secara bilateral kontraksi otot seimbang. Garis tegak trakea pada area suprasternal, pembesaran kelenjar thyroid
- b. Palpasi: arteri temporalis, iramanya teratur, amplitudo sedikit berkurang, lunak, lentur dan tidak ada nyeri tekan. Area trakea adanya massa pada thyroid. Raba JVP (jugularis vena pleasure) untuk menentukan tekanan ototjugularis.

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 dua puluh per menit bahkan dapat lebih karena kemampuan otot paru dalam kembang kempis menurun. Ekspansi bilateral dada secara simetris, durasi inspirasi lebih panjang daripada ekspirasi. Penurunan nafas mudah dan teratur tanpa distres. Tidak ditemukan takipnea, dispnea, kusmaul, chainstoke Pada Jantung. Inspeksi; ekstremitas terdapat tanda ketidakcukupan vena,

antara lain trombosis, edema, dan varisesvena.

- 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, karotis,brachialis, antebrachialis 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 140/90 mmHg.
- c. Perkusi: Pada Paru pengembangan diafragmatik untuk mengetahui pengembangan bilateral rentangnya dari 5 cm, sedikit lebih tinggi pada sisi sebelah kiri. PadaJantung.
- d. Auskultasi: Pada Paru;*Whispered Pectoriloquy*, 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 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 dangallop.

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 nyeritekan.
- c. Perkusi: adanya udara dalam abdomen,kembung
- d. Auskultasi: bising usus dengan frekuensi normal 20x/menit pada kuadran 8 periksa karakteristiknya, desiran pada daerah epigastrium dan keempatkuadran.

9) Genetalia

- a. Inspeksi: Pada Pria; Bentuk, kesimetrisan ukuran skrotum, kebersihan, kaji adanya hemoroid 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 nodulu atau dengan nodul, palpasi pula skrotum dan testis mengenai ukuran, letak, warna. Pada Wanita; bagian dalam labia mayora dan minora, kaji warna kontur dan kelembaban.

10) Ekstremitas

a. Inspeksi: Pada Ekstremitas; warna kuku, ibu jari, dan jari-jari tangan, penurunan transparansi, beberapa distorsi dari data normal atau permukaan agak melengkung pada inspeksi berbentuk kuku, permukaan tebal dan rapuh. Penggunaan alat bantu, rentang gerak, deformitas, tremor, edema kaki. Pada Saraf; kaji koordinasi dan propriosepsi untuk mengetahui gerakan yang cepat berubah-ubah, gerakan halus berirama, bertujuan, gerakan langkah cepat. Lakukan tes jari ke hidung. Lakukan tes nyeri, sensorik, vibrasi, posisi. Pada muskuloskeletal. Kaji kekuatan otot ekstremitas dengan melakukan pengujian kekuatan otot.

b. Palpasi: Pada Ekstremitas; permukaan kuku licin, permukaan menonjol dan kasar. Pada Muskuloskeletal; turgor kulit hangat, dingin. Pada Saraf; kaji sensasi kortikal dan pembedahan, kaji reflek-reflek superfisial pada daerah brachioradialis, triceps, patella, plantar dan kaji reflek-reflek patologis. Untuk mengetahui adanya keseimbangansaraf.

11) Integumen

a. Inspeksi: kebersihan, warna dan area terpajan serta kelembaban 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 massa pada payudara, dilakukan perabaan pada puting susu lalu putar searah jarum jam untuk mengetahui adanya masa dan mendeteksi kanker payudara lebih awal terhadap masa simetris tak tampak pada saat menelan.

2. Pengkajian psikososial

a. Pengkajian status mental Lansia

b. Pengkajian status Sosial

Kemampuan klien dalam berisolasi 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) Faktor-faktor resiko: polusi udara,air,suara,kecelakaan atau jatuh

e. Pemanfaatan pelayanan Kesehatan

- a) Kunjungan pasien ke posyandu lansia.
- b) Kunjungan pasien ke puskesmas atau rumah sakit atau dokter dan 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.

2.3.6 Diagnosa Keperawatan

1. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan penurunan motivasi

2.3.7 Intervensi

Intervensi keperawatan atau disebut dengan perencanaan adalah suatu strategi pengembangan yang meliputi pencegahan, masalah-masalah yang sebelumnya telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Dalam tahap diagnosa keperawatan sendiri juga menyimpulkan rencana asuhan keperawatan yang akan disusun dan harus memiliki beberapa komponen yang bertujuan

sangat membantu dalam proses evaluasi dan keberhasilan keperawatan yang sudah diimplementasikan (Nursalam,2011).

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/kriteria SLKI	Intervensi SIKI
1.	Defisit Perawatan Diri: mandi Berhubungan dengan penurunan motivasi Definisi: Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri	Meningkat : 1. Kemampuan mandi 2. Verbalisasi keinginan klien untuk melakukan perawatan diri 3. Berikan motivasi pada klien agar minat melakukan perawatan diri 4. Mempertahankan kebersihan diri klien 5. Mempertahankan kebersihan mulut	Observasi : 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Indentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (misalnya rambut,mulut,kuku,kulit) 4. Monitor integritas kulit Terapeutik : 1. Sediakan peralatan mandi (sabun, sikat gigi, sampo, pelembab kulit) 2. sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitasi menggosok gigi sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan 5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi : 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak

-
- | | |
|----|--|
| | mandi terhadap kebersihan |
| 2. | Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu |
-

Tabel 2.1 *Intervensi Keperawatan* (sumber SDKI-SIKI,2017)

2.3.8 Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah dikategorikan sebagai dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dari hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dapat dilakukan dan diselesaikan dengan baik dan benar. Implementasi juga dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan setelah validasi, selain itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknik yang dilakukan harus cermat serta efisien dan tentunya dengan situasi yang tepat dengan memperhatikan keamanan fisik maupun psikologis klien. Setelah selesai mengimplementasi lakukan dokumentasi yang meliputi intervensi yang sebelumnya sudah dilakukan dan ditanyakan bagaimana respon klien (*Barah Jauhar, 2013*).

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

1. Membantu dalam aktivitas kehidupan sehari-hari

Aktivitas sehari-hari adalah aktivitas yang biasanya dilakukan klien sepanjang hari, aktivitas tersebut mencakup; mandi, berpakaian, menyikat gigi, berhias, makan, dan ambulasi.

Kondisi yang mengakibatkan beberapa kebutuhan untuk bantuan dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen, atau rehabilitatif.

2. Konseling

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

3. Penyuluhan

Penyuluhan merupakan sesuatu 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

Memberikan asuhan keperawatan langsung yaitu untuk mencapai tujuan terapeutik tersebut bagi klien, perawat melakukan beberapa intervensi untuk mengkompensasi reaksi yang merugikan dengan menggunakan tindakan pencegahan dan preventif dalam memberikan asuhan dan juga menyiapkan klien untuk prosedur yang lebih spesifik.

5. Mengawasi dan mengevaluasi kerja 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.

2.3.9 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 ke arah pencapaian tujuan. 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 keterampilan pengkajian untuk mendapatkan data yang akan digunakan dalam evaluasi. Faktor

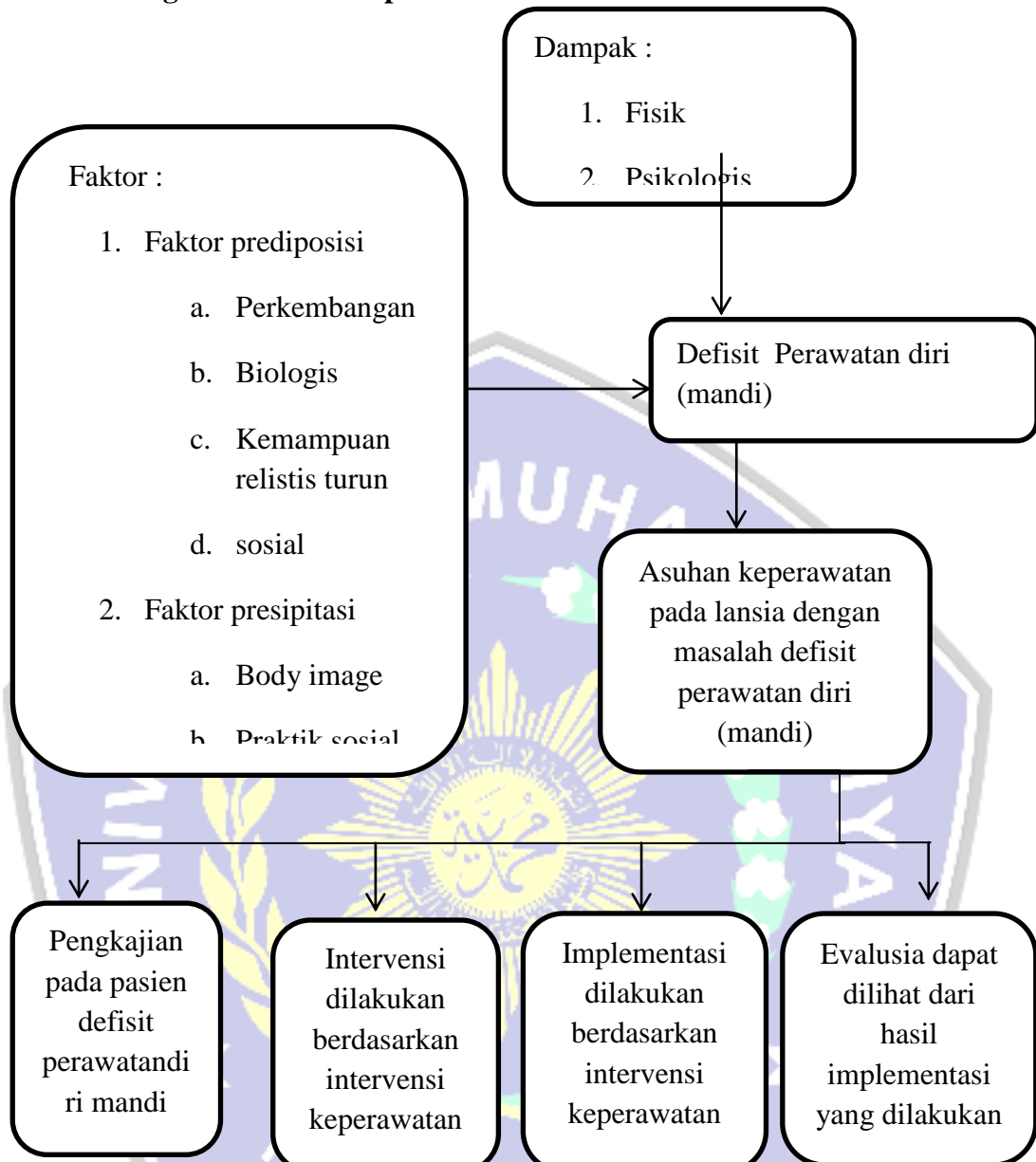
yang dievaluasi mengenai status kesehatan dari klien terdiri dari beberapa komponen yaitu: KAAP (Kognitif, Afektif, Psikomotor, Perubahan fungsi tubuh)

2. Penentuan keputusan pada tahap evaluasi

Tahap berikutnya adalah 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 seharusnya dievaluasi dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan sebelumnya.

2.4 Hubungan antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan antar konsep lansia dengan masalah defisit perawatan diri (mandi)