

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas menurut UU RI No. 13 Tahun 1998 Bab 1 Pasal 1. Menurut *World Health Organization* (WHO) lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya.

Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun keatas baik pria maupun wanita yang masih aktif beraktifitas dan bekerja ataupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri sehingga bergantung kepada orang lain untuk menghidupi dirinya (Tamber,2009).

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses yang mengubah seseorang dewasa sehat menjadi seorang *frail* dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan kematian (Setia, Harimuri, & R, 2009).

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO) lansia meliputi:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45-59 tahun.
- b. Lanjut usia (*elderly*) antara usia 60-74 tahun.

- c. Lanjut usia tua (*old*) antara usia 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) diatas usia 90 tahun.

Menurut Siti Maryam (2009) lansia dikategorikan sebagai berikut:

- a. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- b. Lansia, seorang lansia yang berusia 60 tahunan atau lebih.
- c. Lansia resiko tinggi, seorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- d. Lansia potensial, lansia yang mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang apat menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya cari nafkah, sehingga hidupnya tergantung pada orang lain.

2.1.3 Teori Teori Proses Menua

2.1.3.1 Teori Biologis

- a. Teori Genetik dan Mutasi

Teori ini menunjukkan bahwa menua terjadi karena perunahan molekul dalam sel tubuh sebagai hasil dari mutasi spontan yang terakumulasi seiring dengan usia. Sebagai contoh mutasi sel kelamin sehingga terjadi penurunan kemampuan fungsional sel (Aru *et al.*, 2009).

- b. Mutasi Imunologis

Mutasi yang berulang menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri. Apabila mutasi merusak membran sel akan menyebabkan sistem imun tidak mengenal dirinya sendiri

sehingga merusaknya. Hal tersebut yang mendasari peningkatan penyakit auto-imun pada lansia (Boedhi & Darmojo, 2009).

c. Teori Stress

Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha, dan stress yang menyebabkan sel-sel tubuh lemah (Boedhi & Darmojo, 2009).

d. Teori Radikal Bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas tubuh karena adanya proses metabolisme. Radikal bebas dianggap sebagai penyebab terjadinya kerusakan fungsi sel. Teori ini menyatakan bahwa penuaan disebabkan oleh akumulasi kerusakan ireversibel (Boedhi & Darmojo, 2009).

2.1.3.2 Teori Psikososial

a. Teori Penarikan Diri

Menurut teori ini seorang lansia akan dinyatakan mengalami proses penuaan yang berhasil apabila ia menarik diri dari kegiatan terdahulu dan dapat memusatkan diri pada persoalan pribadi serta mempersiapkan diri dalam menghadapi kematian (Stanley, 2010).

b. Teori Aktivitas

Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial (Stanley, 2010).

c. Teori Interaksi Sosial

Teori ini menjelaskan mengapa lansia bertindak pada suatu situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai oleh masyarakat.

Kemampuan lansia untuk terus menjalin interaksi sosial menerapkan kunci untuk mempertahankan status sosialnya (Stanley, 2010).

d. Teori Perkembangan

Teori perkembangan menjelaskan bagaimana proses menjadi tua merupakan suatu tantangan dan bagaimana jawaban lansia terhadap tantangan tersebut yang dapat bernilai positif maupun negatif (Stanley, 2010).

2.1.4 Permasalahan Pada Lanjut Usia

2.1.4.1 Penurunan Fungsi

a. Kehilangan dalam bidang Sosial Ekonomi

Kehilangan keluarga atau teman karib, kedudukan sosial, uang, pekerjaan (pension), atau mungkin rumah tinggal, semua ini dapat menimbulkan reaksi yang merugikan. Perasaan aman dalam hal sosial dan ekonomi serta pengaruhnya terhadap semangat hidup, rupanya lebih kuat daripada keadaan badani dalam melawan depresi (Maramis, 2009).

b. Seks Pada Lanjut Usia

Memang terdapat beberapa perubahan khusus mengenai seks. Pada wanita karena proses penuaan, maka pola vasokongesti pada buah dada, klitoris dan vagina lebih terbatas. Pada pria untuk mencapai ereksi diperlukan waktu lebih lama. Ereksi mungkin tidak akan dicapai penuh, tetapi cukup untuk melakukan koitus. Kekuatan saat ejakulasi juga berkurang. Pada kedua seks, semua fase ekstasi menjadi lebih panjang, akan tetapi meskipun demikian, pengalaman subjektif mengenai orgasme dan

kenikmatan tetap ada dan dapat membantu relasi dengan pasangan (Maramis,2009).

c. Penurunan Fungsi Kognitif

Setiati, Hamruri & Roosheroe (2009) menyebutkan adanya perubahan kognitif yang terjadi pada lansia, meliputi berkurangnya kemampuan meningkatkan fungsi intelektual, berkurangnya efisiensi transmisi saraf di otak menyebabkan proses informasi melambat dan banyak informasi hilang selama transmisi, berkurangnya kemampuan mengakumulasi informasi baru dan mengambil informasi dari memori, serta kemampuan mengingat kejadian masa lalu lebih baik dibandingkan mengingat kejadian yang baru saja terjadi.

d. Kejadian Jatuh

Kejadian jatuh merupakan permasalahan yang sering dihadapi oleh seorang lanjut usia, karena lansia mengalami penurunan fungsi tubuh sehingga meningkatkan kejadian jatuh. Kejadian jatuh pada lansia dapat mengakibatkan berbagai jenis cedera, kerusakan fisik dan psikologis. Kerusakan fisik yang paling ditakuti dari kejadian jatuh adalah patah tulang panggul. Dampak psikologis adalah walaupun cedera fisik tidak terjadi, syok setelah jatuh dan rasa takut akan jatuh lagi dan dapat memiliki banyak konsekuensi termasuk ansietas, hilangnya rasa percaya diri, pembatasan dalam aktifitas sehari-hari dan fobia jatuh).

2.1.4.2 Penyakit

Pada lansia terjadi perubahan pada sistem tubuh yang memicu terjadinya penyakit. Penyakit yang biasanya timbul akibat perubahan sistem

tubuh pada lansia yaitu hipotermi dan hipertemia akibat perubahan pada sistem pengaturan suhu (Setiati, dan Nina,2009). Inkontinensia urin dan *overactive bladder* dapat disertai adanya masalah psikososial seperti depresi, marah dan rasa terisolasi. Terdapat penyakit lain yang sering timbul pada usia lanjut seperti penyakit kardiovaskuler, hipertensi, stroke, serta diabetes mellitus (Pramantara, 2009).

2.1.5 Perubahan yang Terjadi Pada Lanjut Usia

2.1.5.1 Perubahan Fisik

Menurut Azizah (2011) perubahan fisik yang terjadi pada lansia meliputi:

a. Sistem indra

Sistem pendengaran karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit di mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 60 tahun.

b. Sistem integumen

Pada lansia mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis, dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi *glandula sebacea* dan *grandula sudoteria*, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

c. Sistem muskoleskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut: jaringan penghubung (kolagen dan elastin). Kolagen sebagai

pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago, dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bertentangan yang tidak teratur.

d. Kartilago

Jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.

e. Tulang

Berkurangnya kepadatan tulang setelah di observasi adalah sebagian dari penuaan fisiologi akan mengakibatkan osteoporosis lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas, dan fraktur.

f. Otot

Perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.

g. Sendi

Pada lansia jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

2.1.5.2 Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi

a. Sistem kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, vertikel kiri mengalami hipertropi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat.

b. Sistem respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi mengakibatkan gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

c. Pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata: 1. Kehilangan gigi, 2. Indra pengecap menurun, 3. Rasa lapar menurun, 4. Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

d. Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

e. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari hari.

f. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki masih dapat memproduksi *spermatozoa*, meskipun adanya penurunan secara berangsur angsur.

2.1.5.3 Perubahan Intelektual

Menurut Hochanadel dan Kaplan dalam Mujahidullah (2012), akibat proses menua proses penuaan juga akan mengalami kemunduran pada kemampuan otak, fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentrasi, dan kesulitan mengenal wajah seseorang. Perubahan yang lain yaitu perubahan ingatan, karena penurunan kemampuan otak maka seorang lansia akan kesulitan untuk menerima rangsangan yang diberikan kepadanya sehingga kemampuan untuk mengingat lansia juga menurun.

2.1.5.4 Perubahan Keagamaan

Menurut Maslow dalam Mujahidin (2012), pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meninggalkan kehidupan didunia.

2.1.6 Tipe Tipe Lansia

Tipe tipe yang ada dilansia tergantung oleh karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental sosial, dan ekonominya (Nugroho, 2000 dalam Siti Maryam 2009):

a. Tipe arif bijaksana

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

b. Tipe mandiri

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

c. Tipe tidak puas

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

d. Tipe pasrah

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

e. Tipe bingung

Kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

Lansia juga dapat dikelompokkan dalam beberapa tipe (Sofia Rhosma Dewi, 2014) :

a. Tipe optimis

Lansia santai dan periang, penyesuaian cukup baik, memandang lansia, dalam bentuk bebas dari tanggung jawab dan sebagai kesempatan untuk menuruti pasifnya.

b. Tipe konstruktif

Mempunyai integritas baik, dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi tinggi, humoris, fleksibel dan sadar diri. Biasanya sifat ini terlihat sejak muda.

c. Tipe ketergantungan

Lansia ini masih dapat diterima dimasyarakat, tidak inisiatif, dan tidak praktis dalam bertindak.

d. Tipe bertahan

Sebelumnya mempunyai riwayat pekerjaan atau jabatan yang tidak stabil, selalu menolak bantuan, emosi sering tidak terkontrol, memegang teguh kebiasaan, bersifat komplusif aktif, takut menjadi tua, dan menyenangi masa pensiun.

e. Tipe serius

Lansia yang tidak mudah menyerah, serius, senang berjuang dan bisa menjadi panutan.

f. Tipe pemarah atau frustrasi

Lansia yang pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan penyusuaian yang buruk dan sering mengekspresikan kepahitan hidupnya, kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu.

g. Tipe permusuhan

Lansia yang selalu menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalan, selalu mengeluh, bersifat agresif dan curiga. Umumnya tidak memiliki pekerjaan yang stabil disaat muda, menganggap menjadi tua sebagai hal yang tidak baik, takut mati, iri hati pada orang yang masih muda.

h. Tipe putus asa

Membenci dan menyalahkan diri sendiri, bersifat kritis, mengalami penurunan sosio-ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri, lansia tidak hanya mengalami kemarahan tetapi juga depresi, menganggap lanjut usia sebagai masa yang tidak menarik dan berguna.

2.1.7 Tugas Perkembangan Pada Lanjut Usia

Menurut Siti Maryam (2008), tugas perkembangan lansia yaitu:

1. Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun.
2. Mempersiapkan diri untuk pensiun.
3. Membentuk hubungan yang baik dengan orang yang seusianya.
4. Mempersiapkan kehidupan baru.
5. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial atau masyarakat secara santai.
6. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangannya.

Menurut Tamber (2009), tugas perkembangan lansia adalah:

1. Penyesuaian terhadap penurunan kekuatan dan kesehatan fisik.
2. Penyesuaian terhadap pensiun dan penurunan penghasilan.
3. Penyesuaian terhadap kematian pasangan atau orang terdekat, membangun suatu perkumpulan dengan sekelompok usia, mengambil prakarsa dan beradaptasi untuk terhadap peran sosial dengan cara fleksibel, serta membuat pengaturan hidup atau kegiatan fisik yang menyenangkan.

2.2 Konsep Spiritual

2.2.1 Definisi Spiritual

Istilah “spiritual” berasal dari bahasa latin yaitu “*spiritus*” yang berarti “meniup” atau “bernafas”. Spiritual mengacu pada bagaimana menjadi manusia yang mencari makna melalui hubungan interpersonal (hubungan antara diri sendiri), interpersonal (hubungan antar orang lain dan lingkungan) dan transpersonal (hubungan yang tidak dapat dilihat) yaitu hubungan dengan ketuhanan yang merupakan kekuatan yang tertinggi. Spiritual (*spirituality*) merupakan sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap adanya Tuhan, dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah diperbuat (Reed, 1991 dalam Koziar dkk, 2010).

Spiritual merupakan sumber kekuatan dan harapan. Suatu keyakinan pada individu yang dapat memberikan arti pentingnya hidup dan membantu seseorang melihat tujuan hidupnya dengan lebih luas (putrid SR, 2013). Spiritual merupakan multimedia yang terdiri dari dimensi vertikal dan dimensi horizontal. Dimensi vertikal adalah hubungan individu dalam menjalankan kehidupannya sedangkan dimensi horizontal merupakan hubungan individu dengan dirinya sendiri, orang lain, dan lingkungannya. Dimesi spiritual merupakan cara individu dalam mempertahankan keharmonisan dengan dunia luar agar dapat memaksimalkan kekuatan yang

ada dalam dirinya untuk menghadapi stress emosional, penyakit fisik baik kronis, kritis, terminal maupun kematian (Utami, 2009).

2.2.2 Karakteristik Spiritual

Menurut Hamid (2009) terdapat 4 karakteristik dari spiritual yaitu:

1. Hubungan dengan diri sendiri

Seseorang yang memiliki spiritual yang baik mengetahui siapa dirinya, apa yang dilakukannya, mempunyai sikap percaya pada diri sendiri, mempunyai ketenangan pikiran, percaya pada masa depan dan harmoni dengan diri sendiri.

2. Hubungan dengan alam harmonis

Kita dapat menilai tingkat spiritual seseorang dengan melihat hubungannya dengan alam. Seseorang akan mengetahui tentang iklim, margasatwa, pohon, tanaman, cara berkomunikasi dengan alam, cara melindungi alam dan cara mengabadikan alam apabila memiliki spiritual yang baik.

3. Hubungan dengan orang lain harmonis

Menciptakan hubungan dengan orang lain adalah karakteristik pada seseorang yang memiliki spiritual yang baik. Berbagi waktu pengetahuan dan sumber secara timbal balik dengan orang lain, mengasuh anak, mengasuh orang tua, mengasuh orang sakit, mengunjungi orang lain dan melayat ke rumah orang yang meninggal untuk meyakini kehidupan dan kematian adalah cara seseorang yang baik secara spiritual untuk menciptakan hubungan harmonis dengan orang lain.

4. Hubungan dengan ketuhanan

Melaksanakan kegiatan sembahyang dan berdoa dengan perlengkapan keagamaan, serta bersatu dengan alam adalah cara berhubungan dengan Tuhan pada seseorang memiliki spiritual yang baik.

2.2.3 Kebutuhan Spiritual Pada Lansia

Di usianya yang sudah tua, kebutuhan spiritual lansia sangat dibutuhkan, karena spiritual yang baik sangat mempengaruhi kualitas hidup seorang lansia. Kebutuhan spiritual lansia yang harus dipenuhi seperti hubungan spiritual dengan diri sendiri, hubungan dengan orang lain baik atau tidak, dengan lingkungan sekitar, hubungan dengan ketuhanan (Hamid, 2009).

Perkembangan spiritual yang matang akan membantu lansia untuk menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan, serta merumuskan arti dan tujuan keberadaannya di dunia. Rasa percaya diri dan perasaan berharga terhadap dirinya akan mampu membuat lansia merasakan kehidupan yang terarah, hal ini dapat dilihat melalui harapan, serta kemampuan mengembangkan hubungan antara manusia yang positif. Selain itu kebutuhan spiritual pada lanjut usia adalah kebutuhan untuk memenuhi kenyamanan, mempertahankan fungsi tubuh dan membantu menghadapi kematian dengan tenang dan damai (Dewi SR, 2014).

2.2.4 Ruang Lingkup Spiritual

Ruang lingkup aktivitas spiritual, yaitu semua jenis kegiatan aktivitas spiritual yang dilakukan secara rutin oleh para lansia yang secara langsung maupun tidak langsung terlibat dalam kegiatan aktivitas spiritual atau keagamaan. Contoh atau bentuk aktivitas spiritual antara lain: melakukan hal hal yang berhubungan dengan beribadah (berdoa, pergi ke tempat ibadah, berpuasa, berdoa bersama atau pengajian, membaca kitab suci atau Al-Quran dan lainnya) (Gunarsa, 2009).

2.2.5 Pola Normal Spiritual

Pola normal spiritual erat hubungannya dengan kesehatan, karena dari pola tersebut dapat menciptakan suatu bentuk perilaku adaptif maupun maladaptif. Dimensi spiritual penting diperhatikan oleh perawat ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Keimanan atau keyakinan religius ini sangat penting dalam kehidupan personal individu, bahkan keimanan diketahui sebagai suatu faktor yang sangat kuat dalam penyembuhan dan pemenuhan fisik. Penting bagi perawat guna meningkatkan pemahaman tentang konsep spiritual supaya dapat memberikan asuhan spiritual dengan baik kepada klien (Susanti, 2015).

2.2.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Spiritual

Menurut Ruth (2009) faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual adalah:

1. Budaya

Latar belakang sosial budaya seseorang akan mempengaruhi keyakinan, sikap dan nilai-nilai yang dimiliki oleh seseorang. Seseorang akan mengikuti dan mempelajari tradisi agama dan spiritual keluarga. Anak akan belajar pentingnya melaksanakan kegiatan keagamaan, termasuk nilai moral dari hubungan keluarga serta peran dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan. Apapun tradisi agama atau sistem kepercayaan yang dianut seseorang, tetap saja pengalaman spiritual merupakan hal yang unik bagi tiap individu. Namun tidak semua orang akan mengikuti tradisi spiritual dan agama dari keluarga asal mereka.

2. Jenis Kelamin

Spiritual akan bergantung dengan kepercayaan masyarakat dan kelompok agama terhadap ajaran tentang jenis kelamin atau perilaku yang diharapkan untuk pria dan wanita. Contohnya, Islam memerintahkan wanita untuk menutup auratnya. Dalam beberapa kasus yang menjadi pemimpin spiritual selalu laki-laki.

3. Pengalaman Hidup

Pengalaman hidup baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi tingkat spiritualitas seseorang dan hal tersebut juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan pengalaman tersebut secara spiritual. Peristiwa yang terjadi dalam kehidupan sering dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji keimanannya. Begitu pula pengalaman

hidup yang menyenangkan sekalipun, seperti pernikahan, pelantikan kelulusan, kenaikan pangkat atau jabatan. Saat ini, kebutuhan spiritual kian meningkat memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan coping untuk memenuhinya.

4. Krisis dan Perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan tingkat spiritual seseorang. Krisis spiritual sering dialami seseorang ketika menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan dan bahkan kematian, khususnya pada klien yang mengalami penyakit terminal atau prognosis yang buruk. Perubahan kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan suatu pengalaman spiritual.

5. Terpisah dari Ikatan Spiritual

Klien yang menderita sakit, klien yang dirawat di rumah sakit atau di panti jompo sering membuat seseorang merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan dukungan sosial. Klien mungkin merasa tidak aman dan merasa terisolasi dalam ruangan yang asing baginya dan berubahnya kebiasaan hidup sehari-hari. Terpisahnya klien dari ikatan spiritual dapat berisiko terjadinya perubahan fungsi spiritual.

6. Isu Terkait dengan Terapi

Kebanyakan agama, proses penyembuhan penyakit dianggap merupakan sebagai cara Tuhan dalam menunjukkan kebesarannya, meskipun tidak sedikit yang menolak intervensi pengobatan. Prosedur dalam dunia medis sering sekali menjadi dilemma karena

dapat dipengaruhi oleh agama, misalnya transplatasi organ, sirkumsisi, pencegahan kehamilan, sterilisasi. Adanya konflik antara keyakinan agama dan prosedur medis sering dialami oleh klien serta tenaga kesehatan.

7. Asuhan Keperawatan yang Tidak Sesuai

Menurut Ruth (2009) perawat diharapkan peka dan mengerti kebutuhan spiritual klien ketika memberika asuhan keperawatan, namun pada praktiknya perawat justru menghindar dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual, alasannya perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya pribadi, kurang meganggap penting kebutuhan spiritual klien, tidak memiliki atau tidak mendapatkan pendidikan spiritual dalam keperawatan, atau merasa bahwa dalam pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukanlah tugasnya, namun merupakan tanggung jawab dari pemuka agama. Isu yang mungkin timbul antara perawat dan klien dalam memberikan asuhan spiritual, antara lain:

- a. Pluralis: klien dan perawat menganut kepercayaan dan iman yang berbeda dengan penerimaan terhadap kepercayaan yang berbeda.
- b. Fear: ketidakmampuan mengatasi situasi, merasa melanggar privasi klien, atau merasa bimbang atau tidak pasti dengan sistem kepercayaan dan nilai yang ada didalamnya dirinya sendiri.
- c. Kesadaran tentang pertanyaan spiritual: apa yang memberikan arti, tujuan, harapan, dan merasakan cinta dalam kehidupan pribadi perawat.

- d. Bingung: bingung atau tidak dapat membedakan antara agama dan konsep spiritual.

2.2.7 Peran Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual

Lansia cenderung mengklarifikasikan keyakinan, pribadi, dan komitmennya berdasarkan pengalaman dan hubungan pada masa lalu. Lansia membina keyakinan pribadi dan mencari arti dari kehidupan yang dijalannya. Dalam hubungan jangka panjang dengan klien yang dirawat, perawat diharapkan bersedia menjadi pendengar aktif, memberi dukungan, dan membantu memvalidasi penggalian pengalaman arti kehidupan dan kematian bagi klien. Pada saat bersamaan, perawat juga perlu tetap menjalin hubungan dengan keluarga klien karena hubungan dengan keluarga klien juga akan member arti tertentu dalam kehidupan klien. Tiga kebutuhan spiritual utama adalah mencari arti kehidupan, meninggal secara wajar, dan kebutuhan untuk ditemani pada saat sakaratulmaut (Hamid, 2009).

2.3 Konsep Kesiapan Meningkatkan Religiusitas

2.3.1 Definisi Kesiapan Meningkatkan Religiusitas Lansia

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* (2015-2017) Suatu pola kesadaran terhadap keyakinan agama dan atau alat partisipasi dalam ritual tradisi keyakinan yang dapat di tingkatkan untuk menghadapi kematian.

2.3.2 Definisi Religiusitas

Religiusitas berasal dari kata "*religi*" dalam bahasa latin "*religio*" yang akar katanya adalah "*religare*" dan berarti menyingkat. Dengan demikian mengandung makna bahwa religi atau agama pada umumnya terdapat aturan-aturan dan kewajiban-kewajiban yang harus dilaksanakan, yang semua itu berfungsi untuk mengikat atau mengutuhkannya diri seseorang atau sekelompok orang dalam hubungannya terhadap Tuhan, sesama manusia, atau alam sekitarnya (Subandi, 2013).

Menurut beberapa ahli psikologi didalam diri manusia terdapat suatu insting atau naluri yang disebut religius insting, yaitu naluri untuk menyakini dan mengadakan penyembahan terhadap suatu kekuatan yang ada di luar diri manusia. Naluri inilah yang mendorong manusia melakukan kegiatan-kegiatan yang sifatnya religius. Dikatakan beberapa ahli lain tidak menyebutkan secara langsung bahwa dorongan itu adalah insting religius, tetapi mereka berpendapat bahwa naluri atau dorongan untuk mencapai suatu keutuhan itulah yang merupakan akar dari religi. Pyuser mengemukakan bahwa manusia pada dasarnya adalah makhluk religius atau manusia merupakan makhluk yang berkembang menjadi religius. Jadi, pada dasarnya manusia merupakan makhluk yang beragama (M. Nur Ghufron & Rini Risnawati, 2014).

Keberagamaan dapat diartikan bagaimana seseorang menjalankan setiap tuntunan agamanya, baik berupa aktivitas yang telah ditentukan tata

caranya maupun aktifitas dalam kehidupan sehari hari. Karena agama memberikan tuntunan dalam segala aspek kehidupan.

2.3.3 Dimensi Religiusitas

Hurlock mengatakan bahwa religi terdiri dari 2 unsur, yaitu unsur keyakinan terhadap ajaran agama dan unsur pelaksanaan ajaran agama. Spinks mengatakan bahwa agama meliputi adanya keyakinan, adat, tradisi, dan juga pengalaman pengalaman individual (M. Nur Gufron & Rini Risnawita, 2014).

Sedangkan menurut Glock dan Stark (dalam M. Nur Gufron & Rini Risnawati, 2014), ada 5 macam dimensi keberagamaan, yaitu

a. Dimensi keyakinan (*the ideological dimension*)

Dimensi keyakinan adalah tingkatan sejauh mana seseorang menerima dan mengakui hal hal yang dogmatic dalam agamanya. Misalnya keyakinan terhadap rukun iman yang terdiri dari rukun iman kepada Allah SWT, iman kepada malaikat Allah SWT, iman kepada Rasul Allah SWT, iman kepada kitab kitab Allah SWT, iman kepada hari kiamat, iman kepada takdir. Menurut Huddarahman (2012) yang mengatakan bahwa rukun iman merupakan pokok pokok kepercayaan dalam islam yang harus di kerjakan orang yang beriman. Rukun iman di tuangkan dalam diri manusia yang beriman ada 3 tahap yaitu, iman diyakini dalam hati (mempercayai dan meyakini sepenuhnya bahwa adanya alam semesta dan segala isinya itu pasti ada yang menciptakan dan ada yang mengaturnya yaitu

Allah SWT), iman diikrarkan dengan lisan (saya beriman kepada Allah SWT, kepada malaikat malaikat Nya, hari akhir, dan saya beriman kepada ketetapan baik dan buruk dari pada Nya), iman diamalkan dengan anggota badan (dengan menjalankan segala perintahnya dan menjauhi larangannya).

b. Dimensi peribadatan atau praktek agama (*the ritualistic dimension*)

Dimensi ini merupakan tingkatan sejauh mana seseorang menunaikan kewajiban kewajiban ritual dalam agamanya. Misalnya dalam agama dimensi ini dikenal dengan Rukun Islam yaitu mengucapkan kalimat syahadat, melaksanakan shalat, membayar zakat, melaksanakan puasa bulan Ramadhan, dan menjalankan haji bagi yang mampu. Mengutip pendapat Slamet Mulyono (2012) yang mengatakan bahwa rukun islam merupakan pokok pokok ajaran islam. Sebagai umat yang beragama islam. Pokok pokok ajaran agama islam adalah mengucapkan kalimat syahadat, menunaikan shalat, membayar zakat, melaksanakan puasa dibulan ramadhan, dan menunaikan ibadah haji bila mampu.

c. Dimensi feeling atau penghayatan (*the experiential dimension*)

Dimensi penghayatan yaitu perasaan keagamaan yang pernah dialami dan dirasakan seperti merasa dekat dengan Allah SWT, tenang saat berdoa, tersentuh mendengar ayat kitab suci, merasa takut berbuat dosa, merasa senang doanya dikabulkan, diselamatkan oleh Allah Swt dan lain sebagainya.

d. Dimensi pengetahuan agama (*the intellectual dimension*)

Dimensi ini adalah seberapa jauh seseorang mengetahui dan memahami ajaran agamanya terutama yang ada dalam kitab suci, hadis, pengetahuan tentang ilmu fiqih, ilmu tauhid dan tasawuf.

e. Dimensi *effect* atau pengalaman

Dimensi pengalaman adalah sejauh mana implikasi kehidupan ajaran agama mempengaruhi perilaku seseorang dalam kehidupan sosial. Misalnya mendermakan harta untuk orang yang sedang sakit, menolong orang, mempererat silaturahmi, dan lain sebagainya.

Menurut Djamaludin Ancok dan Fuad Nashori Suroso (2011) dimensi religiusitas dalam konteks agama islam ada 5 dimensi religiusitas diantaranya:

a. Dimensi aqidah

Dimensi aqidah adalah tingkat keyakinan seorang muslim terhadap kebenaran ajaran agamanya, terutama terhadap ajaran yang bersifat fundamental dan dogmatik. Didalam keberislaman, isi dimensi keimanan menyangkut keyakinan tentang Allah SWT, para malaikat, Nabi dan Rasul, kitab Allah SWT, surga dan neraka, serta qadha dan qadar.

b. Dimensi syariah

Dimensi syariah menunjukkan pada seberapa tingkat kepatuhan muslim dalam mengerjakan kegiatan ritual sebagaimana disuruh dan di ajurkan oleh agamanya. Dalam keberislaman, dimensi peribadatan menyangkut pelaksanaan shalat, puasa, zakat,

haji, membaca Al Quran, doa, dzikir, ibadah kurban, ikhtikaf di masjid dibulan puasa, dan sebagainya.

c. Dimensi akhlak

Dimensi akhlak menunjuk pada seberapa tingkatan muslim berperilaku dimotivasi oleh ajaran ajaran agamanya, bagaimana berealisasi dengan dunianya, terutama dengan manusia lain. Dalam keberislaman, dimensi ini meliputi perilaku uska menolon, bekerja sama, berderma, menyejahterakan dan menumbuh kembangkan orang lain, menegakkan keadilan dan kebenaran, berlaku jujur, memafkan dan lain sebagainya.

d. Dimensi pengetahuan agama

Dimensi pengetahuan agama adalah menunjuk pada beberapa tingkat pengetahuan dan pemahaman muslim terhadap ajaran ajaran agamanya, terutama mengenai ajaran ajaran pokok dari agamanya.

e. Dimensi penghayatan

Dimensi penghayatan adalah menunjuk pada seberapa jauh tingkat muslim dalam merasakan dan mengalami perasaan perasaan dan pengalaman pengalaman religius. Dalam keberislaman, dimensi ini terwujud dalam perasaan dekat atau akrab dengan Allah SWT, perasaan doa doanya sering terkabul, perasaan tentram bahagia karena menuhankan Allah SWT, perasaan bertawakal, perasaan khusuk ketika melaksanakan shalat, perasaan bergetar ketika mendengarkan adzan tau ayat ayat Al Quran, perasaan bersyukur

kepada Allah SWT, perasaan mendapatkan pertolongan atau peringatan dari Allah SWT.

2.3.4 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Religiusitas

Menurut Ireto Fani Reza (2015) faktor faktor yang mempengaruhi religiusitas yaitu sebagai berikut:

a. Faktor intelektual

Pada faktor ini didapatkan melalui proses belajar yang didapatkan manusia. Melalui pengetahuan tentang keagamaan, seseorang individu dapat mempengaruhi dalam hidupnya.

b. Faktor biologis

Pada faktor ini maksudnya, seseorang yang mengalami kondisi psikologis yang didapatkan dari aktivitas keberagamaan. Kondisi psikologis yang dimaksud adalah berupa pengalaman batin ketika menjalankan ritual keagamaan.

c. Faktor sosial

Pada faktor sosial maksudnya keberagamaan dipengaruhi oleh interaksi terhadap sesama manusia, lingkungan, keluarga, dan masyarakat memiliki pengaruh dalam membentuk keberagamaan seseorang.

d. Faktor pelaksanaan ritual keagamaan

Pada faktor ini maksudnya keberagamaan seseorang dipengaruhi oleh ketekunan dalam menjalankan ritual keagamaan.

e. faktor genetik-biologis

Keberagamaan seseorang dipengaruhi oleh “fitrah” manusia yang selalu ingin dekat dengan Tuhan Nya. Dalam artian bahwa seseorang mengalami suatu kesulitan, maka usaha saja tidak cukup, tetapi diperlukan kekuatan lain yang dapat membantu permasalahan yang dihadapi, agama dapat berfungsi sebagai solusi permasalahan yang terjadi.

Menurut Jalaludin (2012) perilaku keagamaan terbentuk oleh 2 faktor yaitu:

1. Faktor intern

Faktor intern termuat dalam aspek kejiwaan manusia seperti naluri, akal, perasaan, maupun kehendak. Dalam hal ini, manusia sudah memiliki potensi dalam beragama. Secara garis besar faktor intern ini meliputi faktor hereditas, tingkat usia, kepribadian dan kondisi jiwa seseorang.

a. Faktor Hereditas

Jiwa keagamaan memang tidak secara langsung menjadi faktor bawaan yang diwariskan secara turun menurun, namun terbentuk dari berbagai unsur kejiwaan lain seperti: kognitif, afektif, dan konatif.

b. Tingkat Usia

Faktor tingkat usia bukan satu satunya sebagai penentu dalam perkembangan jiwa keagamaan seseorang. Namun, dapat dilihat dari adanya perbedaan agama pada tingkat usia yang berbeda.

c. Kepribadian

Kepribadian dibentuk antara unsure hereditas dan lingkungan dan ini menjadi ciri khas pada diri seseorang. Kepribadian disebut sebagai jati diri seseorang yang menampilkan perbedaan ciri ciri individu dengan individu yang lainnya. Perbedaan inilah yang berpengaruh terhadap perkembangan aspek kejiwaan termasuk jiwa keagamaan.

d. Kondisi Jiwa Seseorang

Gangguan kejiwaan ditimbulkan oleh konflik yang tertekan di alam ketidaksadaran manusia. Konflik ini akan menjadi sumber gejala awal yang abnormal. Kemudian, hubungannya dengan jiwa keagamaan bahwa seseorang yang mengidap schizophrenia akan mengisolasi diri dari kehidupan sosial serta persepsinya tentang agama juga akan dipengaruhi oleh halusinasi.

2. Faktor Ekstern

Faktor ekstern merupakan dorongan untuk beragama karena faktor luar dirinya. Hal ini meliputi: lingkungan keluarga, lingkungan institusi, dan lingkungan masyarakat.

a. Lingkungan Keluarga

Keluarga merupakan satuan sosial yang paling sederhana dan terdiri dari ayah, ibu, anak. Bagi anak-anak, keluarga adalah lingkungan sosial pertama yang dikenalnya. Oleh karena itu orang tua sangat berpengaruh terhadap perkembangan jiwa keagamaan

anak. Keluarga juga dinilai sebagai faktor yang paling dominan dalam meletakkan dasar bagi perkembangan jiwa keagamaan.

b. Lingkungan Institusi

Institusi yang ikut berpengaruh dalam perkembangan jiwa keagamaan berupa institusi formal seperti sekolah maupun yang nonformal seperti berbagai perkumpulan atau organisasi.

c. Lingkungan Masyarakat

Lingkungan masyarakat dapat berpengaruh terhadap perkembangan jiwa keagamaan seseorang. Pada umumnya kehidupan dalam bermasyarakat dibatasi oleh berbagai norma dan nilai-nilai yang didukung warganya. Karena itu, setiap warga berusaha untuk menyesuaikan sikap dan perilaku dengan norma dan nilai-nilai yang ada.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien yang sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) (Carpenito, 2009).

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian ini adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien (Carpenito, 2009).

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi dan data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan menurut Effendy (1995, dalam Dermawan 2012).

Pengkajian dalam asuhan keperawatan lansia meliputi:

I. Identitas klien

a. Lansia

Meliputi nama, alamat, jenis kelamin, umur, status, agama, suku, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal sekarang, lama tinggal.

b. Penanggung jawab

Meliputi: nama, alamat, hubungan dengan lansia, nomer telepon

II. Riwayat Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

Keluhan yang dirasakan lansia saat ini, faktor pencetusnya, waktu timbul keluhan, kondisi yang memperingan dan memperberat keluhan serta upaya apa yang telah dilakukan lansia untuk mengatasi keluhannya saat ini.

B. Masalah kesehatan kronis

Pengkajian masalah kesehatan kronis bertujuan untuk mengidentifikasi kesehatan pasien 3 bulan terakhir. Dalam masalah kesehatan kronis yang perlu dikaji adalah:

- a. Fungsi penglihatan meliputi penglihatan kabur, mata berair, nyeri pada mata.
- b. Fungsi pendengaran meliputi pendengaran berkurang atau telinga berdenging.
- c. Fungsi paru (pernafasan) meliputi batuk lama disertai keringat malam, sesak nafas, berdahak atau sputum.
- d. Fungsi jantung meliputi jantung berdebar debar, cepat lelah, nyeri dada.
- e. Fungsi pencernaan meliputi mual atau muntah, nyeri ulu hati, makan dan minum berlebihan, perubahan BAB (mencret atau sembelit).
- f. Fungsi pergerakan meliputi nyeri kaki saat berjalan, nyeri pinggang atau tulang belakang, nyeri persendian atau bengkak.
- g. Fungsi persyarafan meliputi lumpuh atau kelemahan pada kaki atau tangan, kehilangan rasa, gemetar atau tremor, nyeri atau pegal pada daerah tungkuk.
- h. Fungsi saluran perkemihan meliputi BAK berlebihan, sering BAK malam hari, tidak mampu mengontrol BAK.

C. Riwayat kesehatan masa lalu

Penyakit yang pernah diderita lansia dahulu, riwayat dirawat di rumah sakit, riwayat pemakaian obat serta riwayat alergi (obat, makanan, debu, dan lain lain).

D. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit yang pernah diderita keluarga, adakah penyakit menurun atau menular dari keluarga, serta genogram (silsilah keluarga).

III. Status fisiologis

A. Pola kebiasaan sehari-hari

Dalam pola kebiasaan sehari hari yang dikaji meliputi:

- a. Nutrisi (jenis makanan, frekuensi makan, kebiasaan makan, makana yang disukai, makanan yang tidak disukai, pantangan makanan, dan keluhan makanan).
- b. Eliminasi (frekuensi, konsistensi, kebiasaan, keluhan dalam BAB dan BAK).
- c. Istirahat atau tidur (frekuensi tidur, lama tidur, kebiasaan tidur, keluhan tidur, serta riwayat penggunaan obat tidur).
- d. Aktivitas sehari-hari (kegiatan yang dilakukan sehari hari, kebiasaan dalam mengisi waktu luang).
- e. Personal hygiene (kebiasaan mandi, kebiasaan gosok gigi, kebiasaan cuci rambut, kebiasaan gunting kuku).
- f. Reproduksi dan seksual

B. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik adalah proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh guna menentukan ada atau tidaknya penyakit yang didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium. Cara pendekatan sistematis yang dapat digunakan perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan dari ujung rambut samapi

ujung kaki (*head to toe*) dan pendekatan sistem tubuh (*review of system*).

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan empat metode. Yakni inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi.

1. Inspeksi

Secara sederhana inspeksi didefinisikan sebagai kegiatan melihat atau memperhatikan secara seksama status kesehatan klien,

2. Auskultasi

Auskultasi adalah langkah pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop yang memungkinkan pemeriksa mendengarkan bunyi keluar dari tubuh pasien. Auskultasi dilakukan untuk mendapatkan data tentang kondisi jantung, paru, dan saluran pencernaan.

3. Perkusi

Perkusi atau periksa ketuk adalah jenis pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk secara pelan jari tengah menggunakan jari yang lain untuk menentukan posisi, ukuran, dan konsistensi struktur suatu organ.

4. Palpasi

Palpasi atau periksa raba adalah jenis pemeriksaan fisik dengan cara meraba atau merasakan kulit klien untuk mengetahui struktur yang ada dibawah kulit.

Pemeriksaan fisik meliputi:

- a. Tanda tanda vital dan status gizi (suhu, tekanan darah, nadi, respirasi, berat badan, tinggi badan, IMT).

- b. Kepala: perubahan yang umum ditemukan pada lansia adalah penipisan rambut.
- c. Mata: penurunan daya akomodasi mata, penurunan adaptasi terang-gelap, lensa mata menguning, perubahan persepsi warna, peningkatan sensitivitas terhadap cahaya.
- d. Hidung: kemampuan menghidu biasanya menurun.
- e. Mulut: kemampuan mengecap biasanya menurun, serta kehilangan gigi.
- f. Telinga: yang umum terjadi pada lansia adalah gangguan dalam pendengaran, penumpukan serumen, terutama pada buntuti atau suara-suara yang tinggi.
- g. Leher: ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- h. Dada: penurunan kapasitas paru (pelebaran diameter dada), peningkatan kekakuan dinding dada, peningkatan inspeksi nafas.
- i. Payudara: yang umum terjadi di payudara akan mengalami penyusutan seiring bertambahnya usia.
- j. Abdomen: ada atau tidaknya pembesaran dibagian abdomen.
- k. Genitalia: yang umum terjadi pada lansia adalah pembesaran kelenjar prostat, dan penurunan kapasitas kandung kemih.
- l. Ekstermitas: pada lansia terjadi kelemahan karena penurunan masa kekuatan otot, serta perubahan pada sendi.
- m. Integument: hilangnya elastisitas kulit pada lansia (kendur, keriput, kering, dan mudah luka).

IV. Status Kognitif

Dalam pengkajian ini menggunakan pengkajian MMSE (Mini Mental Status Examination) yang bertujuan untuk mengidentifikasi daya ingat pasien. Pertanyaan yang perlu diajukan dalam pengkajian ini adalah tahun berapa sekarang?, musim apa sekarang?, tanggal berapa sekarang?, hari apa sekarang?, bulan apa sekarang?, di Negara mana anda tinggal?, di Provinsi mana sekarang anda tinggal?, di Kabupaten mana sekarang anda tinggal?, di Kecamatan mana sekarang anda tinggal?, di Desa mana anda tinggal?.

V. Status Psikososial dan Spiritual

A. Psikologis (persepsi lansia terhadap proses menua, harapan lansia terhadap proses menua, status depresi).

B. Sosial (dukungan keluarga).

C. Spiritual

Pengkajian spiritual terfokus pada kegiatan keagamaan yang dilakukan sesuai dengan keyakinan keagamaan, terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan, misalnya pengajian, penyantunan anak miskin dan lain lain. Konsep keyakinan tentang kematian, dan upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan spiritual.

VI. Pengkajian Lingkungan Tempat Tinggal (kebersihan dan kerapian lingkungan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran).

VII. Informasi tambahan

2.4.2 Analisa Data

Tipe-tipe data menurut Setiadi (2012) adalah sebagai berikut:

a. Data subjektif

Data subjektif adalah deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan dan ide tentang status kesehatannya. Sumber data lain dapat diperoleh dari keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya.

b. Data objektif

Data objektif adalah hasil observasi atau pengukuran dari status kesehatan pasien.

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) yang dikutip oleh Nursalam (2011), diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respon individu (klien dan masyarakat) tentang masalah kesehatan aktual atau potensial meliputi tanda gejala yang dialami oleh klien. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat, dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan menurut Gardon (1982, dalam Dermawan, 2012). Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat, tegas, dan jelas tentang respon klien terhadap masalah kesehatan atau penyakit tertentu yang aktual dan potensial karena

ketidaktahuan, ketidakmampuan, atau ketidakmauan klien mengatasinya sendiri yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk mengatasinya (Ali, 2009).

Tipe-tipe diagnosa keperawatan menurut Carpenito (2009) sebagai berikut:

1. Diagnosa Keperawatan Aktual

Diagnosa keperawatan aktual adalah diagnosa menjelaskan masalah yang nyata terjadi saat ini. Pada diagnosa keperawatan aktual batasan karakteristiknya adalah tanda dan gejala yang bila terlihat dalam waktu yang sama mewakili diagnosa keperawatan. Batasan karakteristiknya dibedakan menjadi karakteristik mayor dan minor. Mayor setidaknya satu tanda harus ada validasi untuk diagnosa, minor mendukung bukti boleh tidak ada.

2. Diagnosa Keperawatan Resiko

Diagnosa keperawatan resiko adalah keputusan klinis yang divalidasi oleh faktor resiko. Tidak terdapat tanda dan gejala mayor.

3. Diagnosa Keperawatan Potensial

Diagnosa keperawatan potensial adalah diagnosa yang didasarkan pada kondisi sehat klien untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi.

4. Diagnosa Keperawatan Kemungkinan

Diagnosa keperawatan kemungkinan adalah pernyataan tentang masalah yang diduga akan terjadi, masih memerlukan tambahan.

5. Diagnosa Keperawatan sindrom

Diagnosa keperawatan sindrom adalah sekelompok atau kumpulan dari beberapa diagnosa keperawatan yang terjadi secara bersamaan yang memiliki penyebab tunggal.

Diagnosa keperawatan masalah spiritual menurut NANDA international 2015-2017 yaitu:

1. Kesiapan meningkatkan religiusitas

Definisinya adalah suatu pola kesadaran terhadap keyakinan agama dan atau alat partisipasi dalam ritual tradisi keyakinan yang dapat di tingkatkan.

Batasan karakteristiknya: menyatakan keinginan meningkatkan hubungan dengan seseorang pemimpin agama, menyatakan keinginan meningkatkan kebiasaan religius yang dahulu dijalankan, menyatakan keinginan memaafkan, menyatakan keinginan meningkatkan partisipasi dalam pengalaman religius.

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahapan dimana perawat menetapkan tujuan keperawatan, penetapan kriteria hasil, penetapan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien untuk memecahkan masalah yang dialami klien (Hutahaean, 2010).

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
1	<p data-bbox="384 461 699 533">Kesiapan meningkatkan religiusitas</p> <p data-bbox="384 566 496 600">Definisi:</p> <p data-bbox="384 633 699 1037">Suatu pola mengalami dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, seni, musik, literatur, alam, dan/atau kekuatan yang lebih besar daripada diri sendiri yang dapat diperkuat.</p> <p data-bbox="384 1070 663 1104">Batasan karakteristik:</p> <ol data-bbox="384 1137 699 1980" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="384 1137 699 1205">1. Hubungan dengan diri sendiri <ol data-bbox="440 1216 699 1798" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 1216 699 1350">a. Mengungkapkan keinginan meningkatkan penerimaan <li data-bbox="440 1361 699 1496">b. Mengungkapkan keinginan meningkatkan kesenangan <li data-bbox="440 1507 699 1641">c. Menyatakan keinginan meningkatkan makna hidup <li data-bbox="440 1653 699 1798">d. Menyatakan keinginan meningkatkan tujuan hidup <li data-bbox="384 1809 699 1877">2. Hubungan dengan orang lain <ol data-bbox="440 1888 699 1980" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 1888 699 1980">a. Mengungkapkan keinginan meningkatkan 	<p data-bbox="743 461 1118 618">Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan kesiapan religiusitas meningkat</p> <p data-bbox="743 663 911 696">Kriteria hasil:</p> <ol data-bbox="783 730 1118 1205" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="783 730 1078 763">a. Kualitas keyakinan <li data-bbox="783 775 1094 808">b. Perasaan kedamaian <li data-bbox="783 819 1094 853">c. Kemampuan berdoa <li data-bbox="783 864 999 898">d. Kemampuan beribadah <li data-bbox="783 909 1118 1055">e. Berpartisipasi dalam perjalanan dan upacara/tata cara spiritual <li data-bbox="783 1066 1118 1205">f. Berinteraksi dengan orang lain untuk berbagi ide, perasaan dan keyakinan 	<ol data-bbox="1158 461 1557 1928" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1158 461 1557 528">1. Peningkatan ritual keagamaan <ol data-bbox="1206 539 1557 1704" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1206 539 1557 752">a. Identifikasi keinginan pasien terhadap ekspresi keagamaan (misalnya, meyalakan lilin, berpuasa, upacara penyunatan) <li data-bbox="1206 763 1557 1010">b. Dukung penggunaan dan berpartisipasi dalam ritual keagamaan yang biasa dilakukan atau praktik ritual yang tidak mengganggu kesehatan <li data-bbox="1206 1021 1557 1155">c. Berikan rekaman video atau audio tentang pelayanan keagamaan, jika tersedia <li data-bbox="1206 1167 1557 1267">d. Perlakukan individu dengan rasa hormat dan bermatabat <li data-bbox="1206 1279 1557 1447">e. Berikan kesempatan untuk mendiskusikan berbagai sistem kepercayaan dan pandangan dunia <li data-bbox="1206 1458 1557 1704">f. Bantu dengan modifikasi untuk acara ritual dalam rangka memenuhi kebutuhan kebutuhan karena ketidakmampuan atau sakit <li data-bbox="1158 1715 1557 1928">2. Dukungan spiritual <ol data-bbox="1206 1749 1557 1928" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1206 1749 1557 1928">a. Gunakan komunikasi terapeutik dalam membangun hubungan saling percaya dan caring

-
- memaafkan orang lain
 - b. Mengungkapkan keinginan meningkatkan interaksi dengan orang terdekat
 - 3. Hubungan dengan seni, musik, literatur, alam
 - a. Mengungkapkan keinginan meningkatkan energi kreatif
 - b. Mengungkapkan keinginan meningkatkan bacaan spiritual
 - 4. Hubungan dengan kekuatan yang lebih besar dari sendiri
 - a. Mengungkapkan keinginan meningkatkan partisipasi dalam aktivitas religius
 - b. Mengungkapkan keinginan meningkatkan berdo'a
- b. Perlakukan individu dengan rasa hormat dan bermatabat
 - c. Dengarkan perasaan klien
 - d. Fasilitasi individu terkait dengan penggunaan meditasi, berdo'a, sembahyang dan ritual keagamaan lainnya
 - e. Dengarkan komunikasi klien dengan hati hati dan kembangkan perasaan mengenai waktu berdo'a maupun waktu ritual spiritual klien
-

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Implementasi atau pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Rohmah N & Walid S, 2012).

McSherry (2010) mengatakan bahwa dalam implementasi perawat harus peduli, penuh kasih, gembira, ramah dalam berinteraksi, dan menghargai privasi.

2.4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2009).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP (Dinarti *et al*, 2009).

S: Data subjektif, yaitu pernyataan atau keluhan pasien.

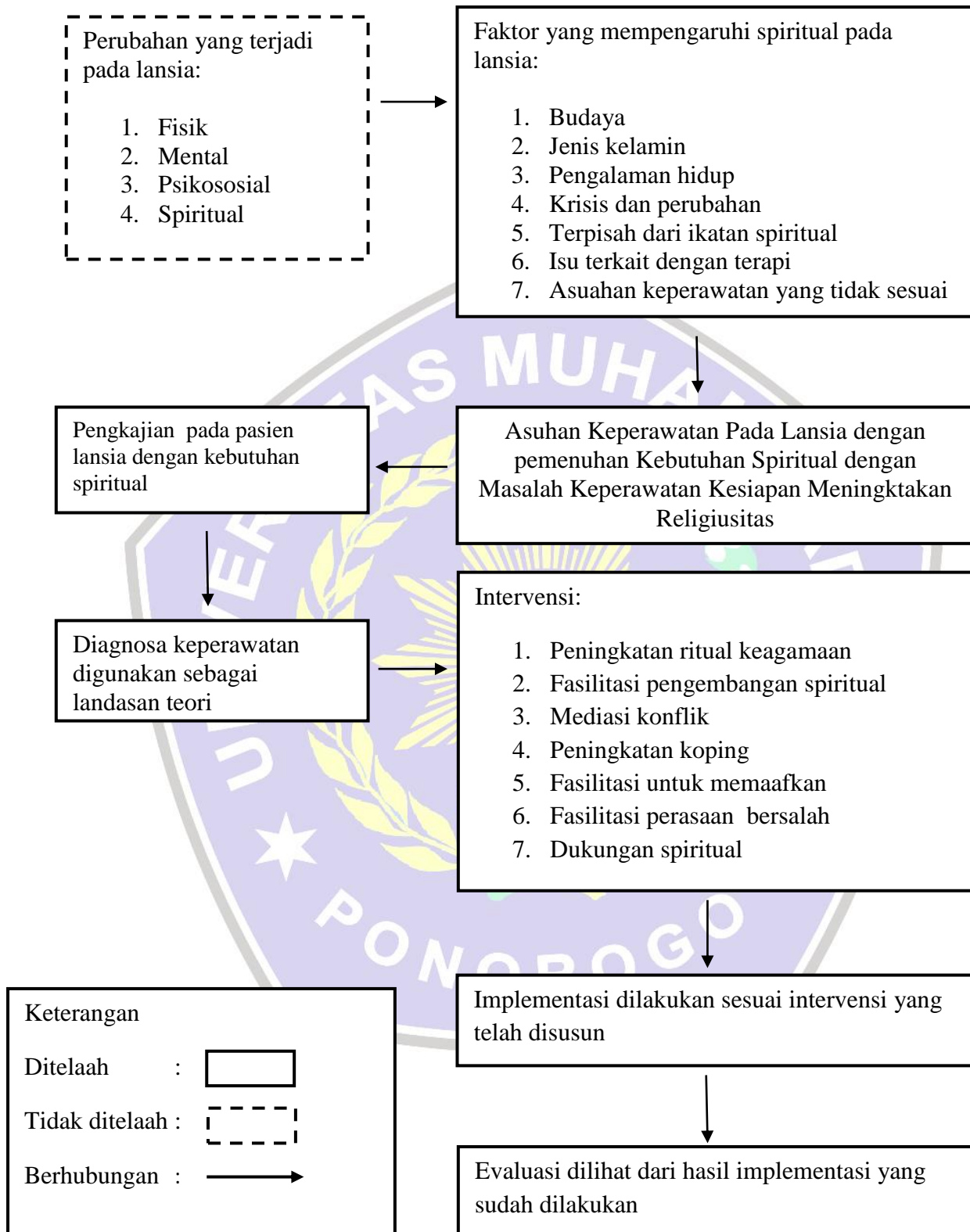
O: Data objektif, yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit klien (meliputi data fisiologis dan informasi dari pemeriksaan tenaga kesehatan).

A: Analis, yaitu analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan data objektif.

P: Perencanaan, yaitu pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal.



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.1 Hubungan antar konsep