

BAB 2

TINJAUAN PASTAKA

Konsep Demensia

Defenisi

Demensia adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan kognitif yang awali dengan kemunduran daya ingat sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari (Setiawan, 2019). Demensia merupakan sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguan fungsi kognitif tanpa gangguan kesadaran. Fungsi kognitif yang dapat mempengaruhi demensia adalah intelegensia umum, belajar dan ingatan, bahasa, memecahkan masalah, orientasi, persepsi, perhatian dan konsentrasi, pertimbangan dan kemampuan sosial (Kaplan, 2017). Menurut Sjahrir (2019), demensia terbagi menjadi beberapa jenis yaitu sebagai berikut:

a. Menurut umur :

- 1) Demensia senilis yaitu demensia yang terjadi pada umur > 65 tahun.
- 2) Demensia presenilis yaitu demensia yang terjadi pada umur < 65 tahun.

b. Menurut level kortikal :

1. Demensia kortikal yaitu demensia yang terjadi karena adanya gangguan fungsi luhur, afasia, agnosia dan apraksia

2. Demensia subkortikal yaitu demensia yang terjadi karena adanya gangguan seperti apatis, forgetfull, lamban, adanya gangguan gerak

Etiologi

Menurut Yuli (2019), penyebab penyakit demensia dibagi menjadi 2 macam yaitu sebagai berikut :

1. Demensia Reversible

Demensia reversible dapat disebabkan oleh beberapa factor yaitu sebagai berikut:

- a. Drugs (obat) : obat sedative, obat penenang minor atau mayor, obat antikonvulsan, obat anti hipertensi, dan obat anti aritmia.
- b. Emotional : gangguan emosi misalnya depresi
- c. Metabolic dan endokrin: dapat disebabkan seperti diabetes mellitus, hipoglikemia, gangguan ginjal, gangguan hepar, gangguan tiroid, dan gangguan elektrolit
- d. Eye dan ear : disfungsi mata dan telinga
- e. Nutritional : kekurangan vitamin B6 (pellagra), kekurangan vitamin B1 (sindrom Wernicke), kekurangan vitamin B12 (anemia perniosa) dan kekurangan asam folat
- f. Tumor dan trauma
- g. Infeksi : infeksi seperti ensefalitis oleh virus

h. Arteriosklerosis : komplikasi penyakit arteroskerosis misalnya infark miokard, gagal jantung, dan alcohol 13 Selain itu, keadaan yang secara potensial dapat menyebabkan demensia reversible dan dapat dihentikan seperti intoksikasi (obat termasuk alcohol), infeksi susunan saraf pusat, gangguan metabolic, gangguan vaskuler (demensia multi-infark), hematoma subdural akut/kronis, metastase neoplasma, hidrosefalus yang bertekanan normal dan depresi (pseudo-demensia depresif).

2. Demensia Non Reversible

Demensia non reversible dapat disebabkan oleh beberapa factor yaitu sebagai berikut:

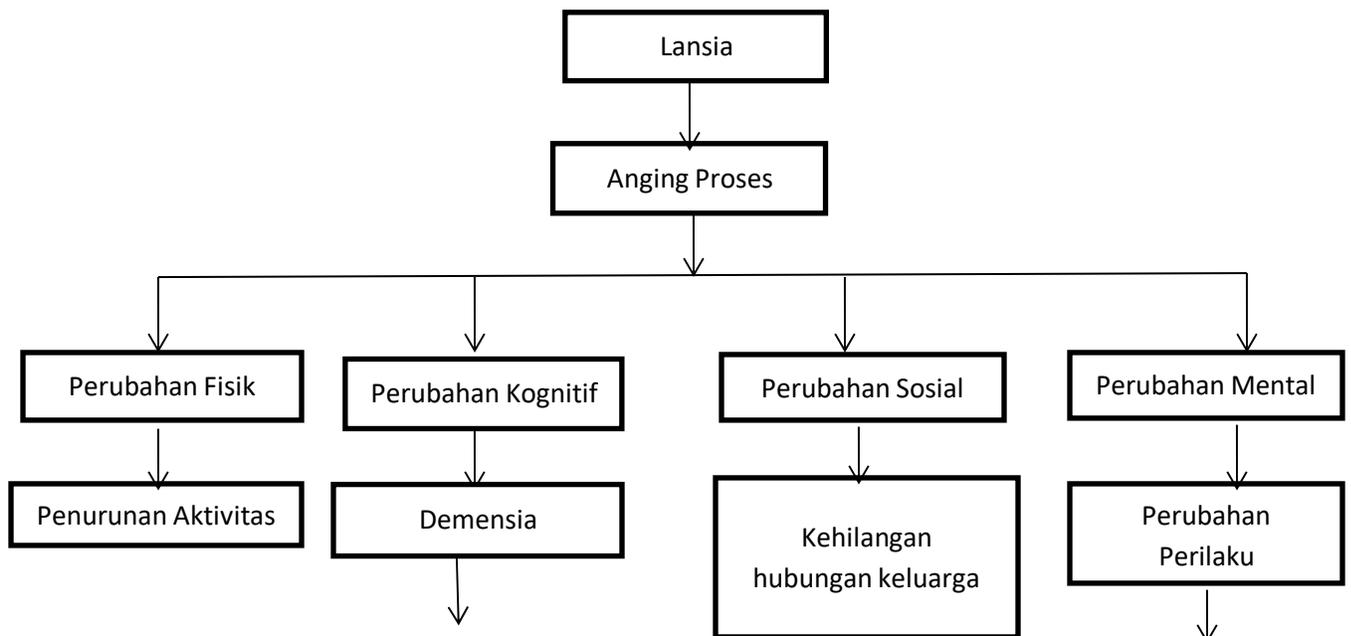
- a. Penyakit degeneratif : penyakit degeneratif seperti penyakit Alzheimer, penyakit pick, penyakit huntigon, kelumpuhan supranuklear progresif dan penyakit Parkinson
- b. Penyakit vaskuler : penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi-infark), embolisme serebral, arteritis, anoksia sekunder akibat henti jantung, dan gagal jantung akibat indikasi karbon monoksida
- c. Demensia traumatic : seperti perlukan kranio-serebral, semensia pugilistika
- d. Infeksi : HIV/AIDS, infeksi oportunistik, demensia pasca ensefalitis

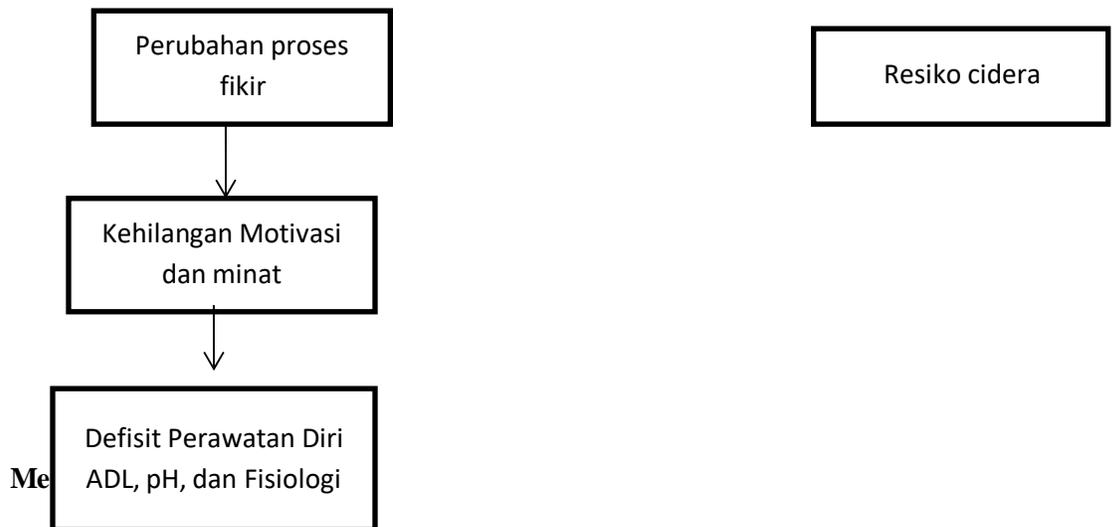
Patofisiologi

Perjalanan penyakit hingga munculnya sindrom demensia dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti penggunaan obat, gangguan emosional, gangguan metabolisme dan endokrin, disfungsi mata dan telinga, ketidakseimbangan nutrisi, tumor dan trauma, infeksi dan gangguan vaskuler. Selain itu demensia juga dapat disebabkan oleh berbagai penyakit Huntington, HIV/AIDS, vaskuler, body lewy dan demensia frontotemporal (Yuli, 2019). Penyakit Alzheimer merupakan penyebab demensia pertama yang paling banyak terjadi, Dr. Alois Alzheimer pertama kali mendeskripsikan bahwa terdapat dua struktur abnormal yang ditemukan pada otak mayat penderita Alzheimer. Kedua struktur abnormal tersebut ialah plak amiloid dan kekusutan neurofibril. Selain itu, terjadi pula penurunan neurotransmitter tertentu, terutama asetil kolin. Bagian otak yang terkena penyakit Alzheimer terutama pada korteks serebri dan hipokampus. Kedua bagian otak tersebut merupakan bagian penting dalam fungsi kognitif dan memori. Adanya plak amiloid menjadi penghambat komunikasi antara sel-sel otak sehingga terjadi perlambatan baik dalam menerima maupun menyampaikan pesan. Mekanisme patologis yang mendasari penyakit Alzheimer adalah terputusnya hubungan antara bagian-bagian korteks akibat hilangnya neuron piramidal berukuran medium yang berfungsi sebagai penghubung bagian-bagian tersebut, dan digantikan oleh lesi-lesi degeneratif yang bersifat toksik terhadap sel-sel neuron terutama pada daerah hipokampus,

korteks dan ganglia basalis. Hilangnya neuron-neuron yang bersifat kolinergik menyebabkan menurunnya kadar asetil kolin di otak. Otak menjadi atropi dengan sulkus yang melebar dan terdapat perluasan ventrikel-ventrikel serebral. Pada tipe selanjutnya yaitu demensia multi-infarak adalah penyebab demensia kedua yang paling banyak terjadi. Pasien-pasien penderita penyakit serebrovaskuler memiliki resiko tinggi untuk mengalami demensia. Hal ini terjadi karena penyakit serebrovaskuler dapat berkembang menjadi infark multiple di otak yang akhirnya akan mengganggu fungsi otak. Namun tidak semua orang yang menderita infark serebri multiple mengalami demensia (Stanley & Beare, 2017). Beberapa penyakit lainnya seperti Parkinson juga dapat mengalami demensia. Waktu yang lama dan tingkat yang semakin parah meningkatkan resiko terjadinya demensia pada penyakit Parkinson (Wulandari, 2019).

Pathway





Menurut (Yuli, 2019) bahwa lansia yang mengalami demensia juga akan mengalami keadaan yang sama seperti orang depresi yaitu akan mengalami deficit aktivitas kehidupan sehari-hari, gejala yang sering menyertai demensia terbagi menjadi 3 jenis yaitu gejala awal, gejala lanjut, dan gejala umum. Gejala awal lansia yang menderita demensia akan mengalami kinerja mental menurun fatigue, mudah lupa dan gagal dalam tugas yang diberikan. Gejala lanjut demensia yang akan dialami lansia yaitu gangguan kognitif, gangguan efektif dan gangguan perilaku. Gejala umum pada lansia yang mengalami demensia yaitu mudah lupa, aktifitas sehari-hari terganggu, disorientasi, cepat marah, kurang konsentrasi dan mengalami resiko jatuh

Konsep Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian/berhias, makan, dan BAB/ BAK . Jika

kondisi defisit perawatan diri berlanjut maka bisa menimbulkan dampak baik secara fisik maupun psikologis. bahwa ketika seseorang tidak lagi mampu merawat dirinya sendiri secara mandiri, dapat menyebabkan rasa rendah diri, menjadi tergantung pada caregiver dalam kehidupan sehari-hari dan hal itu dapat menjadi titik kritis dalam kehidupan lansia. (Fitria, 2017).

Etiologi

Ada faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan mandi yaitu :

1. Citra tubuh Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.
2. Status sosial ekonomi Mandi memerlukan alat dan bahan seperti sabun, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
3. Pengetahuan Pengetahuan tentang kebutuhan mandi sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.
4. Variabel kebudayaan Disebagian masyarakat jika individu sakit tidak boleh dimandikan.
5. Kondisi fisik Pada keadaan tertentu atau sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan memerlukan bantuan.

Klasifikasi Perawatan Diri

Klasifikasi perawatan diri terdiri dari :

1. Kurang perawatan diri mandi : Gangguan kemampuan untuk melakukan kebersihan mandi

2. Kurang perawatan diri : berpakaian Gangguan kemampuan untuk berpakaian.
3. Kurang perawatan diri : makan Gangguan kemampuan untuk makan sendiri
4. Kurang perawatan diri : toileting Gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas toiletingsendiri

Manifestasi Klinis

Menurut Depkes (2018), manifestasi klien dengan gangguan perawatan diri adalah:

1. Fisik
 - a. Kulit kepala kotor dan rambut kusam,acak-acakan.
 - b. Hidung kotor dan telinga juga kotor.
 - c. Gigi kotor disertai mulut bau.
 - d. Kulit kusam dan tidak terawat.
 - e. Kuku panjang dan tidak terawatt.
 - f. Badan kotor,bau dan pakaian kotor.
 - g. Penampilan tidak rapi.
2. Psikologi
 - a. Malas, tidak ada inisiatif.
 - b. Menarik diri, isolasi diri.
 - c. Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.
3. Sosial
 - a. Interaksi kurang.

- b. Kegiatan kurang.
- c. Tidak mampu berperilaku sesuai normal.
- d. Cara makan tidak teratur.
- e. BAB/BAK disembarangan tempat.

Dampak Defisit Perawatan Diri

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan karena tidak terjaganya kebersihan diri , dan gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit dll

2. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan kebersihan diri ialah kebutuhan rasa nyaman,kebutuhan di cintai dan kebutuhan harga diri.

Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep asuhan keperawatan menurut Yuli (2019) meliputi 5 tahap yaitu sebagai berikut:

Pengkajian

1. Identitas

Identitas klien yang bisa dikaji pada penyakit demensia adalah usia, karena banyaknya klien lansia yang mengalami demensia

a. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan masalah psikososial seperti penyakit demensia adalah penurunan daya ingat, mudah lupa dan mengalami disorientasi waktu dan tempat.

b. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai keadaan klien saat ini mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dilakukan pengkajian. Gejala awal lansia yang menderita demensia akan mengalami kinerja mental menurun, patique, mudah lupa dan gagal dalam tugas yang berikan. Gejala lanjut demensia yang akan dialami lansia yaitu gangguan kognitif, gangguan efektif dan gangguan perilaku. Gejala umum pada lansia yang mengalami demensia yaitu mudah lupa, aktifitas sehari-hari terganggu, disorientasi, cepat marah, kurang konsentrasi dan mengalami resiko jatuh.

c. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat adanya masalah psikososial sebelumnya dan bagaimana penanganannya.

d. Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang mengalami gangguan psikologi seperti yang di alami klien atau adanya penyakit genetic yang mempengaruhi psikososial.

e. Pemeriksaan fisiik

1. Keadaan umum Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan psikososial demensia biasanya lemah
2. Kesadaran Kesadaran klien biasanya composmentis
3. Tanda-tanda vital :
 - a) Suhu dalam batas normal (37°C)
 - b) Nadi normal (N:70-82 x/menit)
 - c) Tekanan darah meningkat atau menurun
 - d) Pernafasan biasanya mengalami normal atau meningkat
- f. Pemeriksaan Refiew Of System (ROS)
- g. Pola fungsi kesehatan

Menurut Yuli (2019) yang perlu dikaji adalah aktifitas apa saja yang bisa dilakukan sehubungan dengan adanya masalah psikososial demensia:

 - Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat Klien mengalami gangguan persepsi, klien mengalami gangguan dalam memelihara dan menangani masalah kesehatannya
 - Pola nutrisi Klien dapat mengalami makan berlebih/kurang karena kadang lupa apakah sudah makan atau belum
 - Pola eliminasi Tidak ada masalah terkait dengan pola eliminasi
 - Pola tidur dan istirahat Biasannya klien dengan masalah psikososial demensia akan mengalami insomnia.

- Pola aktifitas dan istirahat Klien mengalami gangguan dalam memenuhi aktifitas sehari-hari karena penurunan minat. Pengkajian kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan aktifitas hari-hari dalam menggunakan indeks KATZ.
- Pola hubungan dan peran Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan.
- Pola sensori dan kognitif Klien mengalami kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan minat dan motivasi, mudah lupa, gagal dalam melaksanakan tugas, cepat marah disorientasi. Untuk mengetahui aspek kognitif dari status mental pasien dapat menggunakan table mini mental state examination (MMSE)
- Pola persepsi dan konsep diri Klien dengan demensia umumnya mengalami gangguan persepsi, tidak mengalami gangguan konsep diri. Untuk mengkaji tingkat depresi klien dapat menggunakan table inventaris depresi back (IDB) atau geriatric depression scale (GDS)
- Pola seksual dan reproduksi Klien mengalami penurunan minat terhadap pemenuhan kebutuhan seksual.

Diagnosa Keperawatan

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis ditandai dengan pola mandi yang tidak teratur, kebiasaan mandi yang tidak baik seperti lupa menggosok gigi, lupa membersihkan badan dengan sabun, lupa membawa handuk dan pakaian bersih.
2. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan ketidakmampuan untuk mempelajari atau merentensi keterampilan atau informasi baru, ketidakmampuan untuk mengingat kembali informasi factual, ketidakmampuan untuk mengingat kembali peristiwa baru atau lampau

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa	Gejala dan tanda mayor	Gejala dan tanda minor
1.	Defisit perawatan diri	Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> • Menolak melakukan perawatan diri Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mampu mandi/mengenakai pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri • Minat melakukan perawatan diri kurang 	Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> • (tidak tersedia) Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • (tidak tersedia)
2	Gangguan memori	Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa • Tidak mampu mempelajari keterampilan baru • Tidak mampu mengingat informasi faktual • Tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan • Tidak mampu mengingat peristiwa Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mampu melakukan kemampuan yang 	Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> • Lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan • Merasa mudah lupa Objektif: (tidak tersedia)

dipelajari sebelumnya

Rencana keperawatan

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana tindakan	Rasional
1	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam Diharapkan : perawatan diri Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi 2. Kemampuan mengenakan pakaian 3. Kemampuan makan 4. Kemampuan ke toilet 5. Verbalisasi keinginan meakukan perawatan diri 6. Minat melakukan perawatan diri 7. Mempertahankan kebersihan diri 8. Mempertahankan kebersihan mulut	SIKI : -dukungan perawatan diri Observasi: - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias Terapeutik: - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Siapkan keperluan pribadi - Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	-mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - memonitor tingkat kemandirian - mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias - menyediakan lingkungan yang terapeutik - menyiapkan keperluan pribadi - mendamping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - menjadwalkan rutinitas perawatan diri - menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
2	Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam Diharapkan : Dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi	Observasi: - Identifikasi masalah memori yang dialami - Identifikasi kesalahan terhadap	-mengidentifikasi masalah memori yang dialami - memonitor perilaku dan perubahan memori selama terapi

		kemampuan mempelajari hal baru 2. Verbalisasi kemampuan mengingat informasi factual 3. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan 4. Verbalisasi kemampuan	orientasi - Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi Terapeutik: - Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien - Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan - Koreksi kesalahan orientasi - Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu - Fasilitasi tugas pembelajaran - Fasilitasi kemampuan konsentrasi - Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi Edukasi: - Jelaskan tujuan dan prosedur latihan - Ajarkan teknik memori yang tepat Kolaborasi - Rujuk pada terapi okupasi	- merencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien - mengstimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan - memfasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu - memfasilitasi kemampuan konsentrasi - mengstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi - menjelaskan tujuan dan prosedur latihan - mengajarkan teknik memori yang tepat
--	--	---	--	---

Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah wujud pelaksanaan tindakan dari perencanaan yang telah dibuat. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan (potter dan perry, 2018)

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana keperawatan, dan penatalaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan. Tipe evaluasi dibagi menjadi 2 yaitu evaluasi formatif atau sumatif.

Evaluasi formatif merefleksikan observasi perawat dan analisis terhadap klien terhadap respon langsung pada intervensi keperawatan. Evaluasi sumatif merefleksikan rekapitulasi dan sinopsi observasi dan analisis mengenai status kesehatan klien terhadap waktu.

Pernyataan-pernyataan ini menguraikan kemajuan terhadap pencapaian kondisi yang dijelaskan dalam hasil yang diharapkan, Ada beberapa bentuk format dokumentasi yang dapat digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah pasien antara lain:

a. SOAP

Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien

S : subjective adalah pernyataan untuk keluhan dari pasien

O : objective adalah data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga

A : analisis adalah kesimpulan dari objektif dan subjektif

P : planning adalah rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan

analisis 35

b. SOAPIER

Format SOAPIER lebih tepat digunakan apa bila rencana pasien ada yang akan dirubah dan proses evaluasi mulai dilakukan

S : subjective adalah pernyataan atau keluhan pasien

O : objective ada data yang diobservasi

A : analisis adalah kesimpulan berdasarkan data objektif dan subjektif

P : planning adalah apa yang dilakukan terhadap masalah

I : implementation adalah bagaimana dilakukan

E :evaluation adalah respons pasien terhadap tindakan keperawatan

R : revised adalah apakah rencana keperawatan akan dirubah.