

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN LANJUT USIA DENGAN DEMENSIA PADA *HOME CARE*

Kushariyadi

Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang
Jl. Bendungan Sutami 188A Malang 65145
e-mail: kushariyadi@gmail.com blog: kushariyadi.blogspot.com

ABSTRAK

Perawatan klien lanjut usia (lansia) dianggap sebagai area berteknologi rendah, bukan salah satu area praktik keperawatan bergengsi. Terdapat keraguan bahwa klien lansia dengan demensia merupakan kekhawatiran utama dalam penyediaan pelayanan asuhan keperawatan lanjut (*home care*). Bahwa seiring dengan semakin lanjutnya usia, mental serta kecakapan fisik melambat sampai beberapa tingkat, sehingga lansia distigmatisasi sebagai bagian bawah dalam kelompok sosial dan kebutuhan khusus mereka kurang dikenali, sehingga perawatan *home care* tidak maksimal. Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan perawatan terhadap lansia berupa *home care* untuk mempertahankan individualitas dan pemberdayaan dengan menggunakan metode proses keperawatan (pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana, tindakan, dan evaluasi) yang dikonsentrasikan untuk mengukur efek kerusakan dalam kemampuan untuk berkomunikasi, mobilisasi, dan terlibat dalam aktivitas sosial. Tindakan keperawatan selanjutnya berfokus pada memfasilitasi adaptasi individu guna mengembalikan kesejahteraan dan kemandirian. Saran yang dapat diberikan adalah menyiapkan dan mendukung kebutuhan yang diperlukan untuk para lansia dengan demensia. Kemungkinan strategi untuk dukungan yang lebih efektif meliputi asuhan keperawatan dalam merawat lansia dengan demensia, dan meningkatkan kerja sama antar perawat lansia.

Kata kunci: asuhan keperawatan lansia, demensia, *home care*

ABSTRACT

Treatment of client elderly considered to be technological area lower, is not one the area of practice prestigious treatment. There are doubt that client of elderly with demensia is especial

care in ready service of treatment home care. That along with progressively continue age him, bouncing and also efficiency of tardy physical until some storey levels, so that distigmatisasi elderly as underside in social group and special requirement of them less recognize, so that treatment of care home not maximal. This case study aim to to give treatment to elderly in the form of care home to maintain enableness and individualitas by using treatment process (study, treatment diagnosa, plan, action, and evaluation) what isn't it to measure damage effect in ability to communicate, mobilization, and got mixed up with social activity. Treatment action here in after focus at individual adaptation facility to return independence and prosperity. Suggestion able to be given to prepare and support needed to requirement all elderly with demensia. Possibility of strategy for more effective support cover treatment upbringing in taking care of lansia with demensia, and improve same job between nurse of elderly.

Keywords: gerontology nursing care, dementia, home care

LATAR BELAKANG

Fakta di masa lalu, merawat klien lanjut usia (lansia) dianggap sebagai area berteknologi rendah, dijelaskan sebagai area yang bukan salah satu area praktik keperawatan bergengsi (Basford, 2006). Terdapat keraguan bahwa klien lansia dengan demensia merupakan kekhawatiran utama dalam penyediaan pelayanan asuhan keperawatan lanjut (*home care*). Bahwa seiring dengan semakin lanjutnya usia, mental serta kecakapan fisik melambat sampai beberapa tingkat, sehingga lansia distigmatisasi sebagai bagian bawah dalam kelompok sosial dan kebutuhan khusus mereka kurang dikenali, sehingga perawatan *home care* tidak maksimal (Larsson, 2007).

Sensus penduduk tahun 1901, menemukan kurang dari dua juta masyarakat Inggris berusia lebih dari 65 tahun. Pada 1989, diperkirakan jumlah penduduk lansia sekitar sembilan juta. Walaupun lansia yang lebih muda (65-75 tahun) secara statistik menunjukkan sikap yang tetap mandiri, terdapat peningkatan signifikan pada lansia yang lebih tua (75 tahun ke atas) yang menyebabkan kesulitan tertentu bagi penyedia perencanaan kesehatan dan perawatan sosial. Pada 1991, bahwa 44% penduduk lansia berusia lebih dari 75 tahun. Diperkirakan pada 2041 proporsi penduduk lansia yang lebih tua akan melebihi 50%. Dalam istilah lain, diprediksi bahwa antara 1991 dan 2011 jumlah lansia akan meningkat sampai sekitar 700.000 dan sekitar 75% terdiri dari lansia yang berusia lebih dari 75 tahun (OPCS, 1991). Antara 60% dan 75% lansia penghuni panti jompo menderita beberapa bentuk demensia (Stockslager, 2007).

Bahwa tingkat kerusakan jaringan otak meningkat melalui kombinasi dari pengurangan sejumlah darah teroksigenasi yang mencapai daerah otak, dan efek proses penuaan pada organ lain dan pada sistem tubuh. Efek kondisi yang dapat dipantau ini adalah kehilangan keterampilan sehari-hari seperti mandi, makan dan minum, berpakaian, dan eliminasi, serta rasa frustrasi akibat kehilangan kepercayaan diri dan harga diri yang dapat digabungkan dengan cara perawat memperlakukan klien lansia (Kitson, 1990).

Salah satu upaya perawatan terhadap lansia berupa *home care* untuk mempertahankan individualitas dan pemberdayaan karena perawatan tersebut adalah tentang pemberian asuhan spesial untuk memenuhi kebutuhan spesial. Sehingga ketergantungan permanen pada lansia dapat dikurangi. Pengkajian keperawatan untuk kelompok klien ini perlu dikonsentrasikan pada mengukur efek kerusakan dalam kemampuan untuk berkomunikasi, mobilisasi, dan terlibat dalam aktivitas sosial. Intervensi keperawatan selanjutnya harus berfokus pada memfasilitasi adaptasi individu guna mengembalikan kesejahteraan dan kemandirian (Basford, 2006).

METODE

Asuhan Keperawatan

Strategi komunikasi:

1. Dekati klien dari depan, jangan dari belakang untuk mencegah respons terkejut.
2. Orientasi dan perkenalkan diri kepada klien dengan tepat.
3. Berbicara dengan perlahan, tenang, dan tidak

terburu-buru.

4. Bantah klien secara perlahan tentang kesalahan persepsinya setelah terjalin hubungan saling percaya.
5. Gunakan sentuhan yang bijaksana, dan minta ijin sebelum menyentuh klien.
6. Perinci setiap perintah menjadi langkah-langkah sederhana yang dapat dicapai.
7. Perhatikan saat klien menggunakan konfabulasi (suka mengarang hal-hal yang tak bisa diingatnya/membual).
8. Buat pernyataan yang spesifik dan terfokus (misal: "Anda perlu menggunakan jaket Anda"), jangan diberikan secara abstrak.
9. Berkomunikasi secara nonverbal jika klien sudah kehilangan penggunaan bahasa.

Diagnosa keperawatan: risiko terhadap trauma/cedera.

Tujuan khusus 1: klien dan anggota keluarga akan mengamankan segala bentuk bahaya yang mungkin terjadi di dalam lingkungan rumah.

Kriteria hasil (*nursing out come*):

1. Dapat beradaptasi dengan lingkungan untuk mengurangi risiko trauma/cedera.
2. Tidak mengalami trauma/cedera.

Intervensi:

1. Ciptakan agar lingkungan aman dengan cara menyimpan semua benda yang berpotensi berbahaya.

Rasional: penatalaksanaan lingkungan merupakan prioritas utama jika klien berada di lingkungan komunitas dalam waktu yang lama.

2. Identifikasi tempat yang aman bagi klien di dalam rumah, dan pertahankan supaya tempat tersebut tetap aman bebas dari bahaya.

Rasional: keamanan ditingkatkan dengan cara menyimpan benda-benda yang dapat menimbulkan bahaya yang ada di lingkungan rumah.

3. Simpan semua benda yang berbahaya ke dalam tempat yang aman, terkunci dan diberi label.

Rasional: tindakan ini mencegah klien supaya tidak menggunakan atau kontak dengan benda berbahaya tersebut, misalnya zat toksik.

4. Simpan semua obat-obatan yang tidak diresepkan, seperti aspirin, obat batuk, dan semua obat yang sudah kadaluarsa atau potensial berbahaya,

misalnya obat tidur dan narkotik.

Rasional: tindakan ini mencegah klien supaya tidak memiliki akses dengan obat-obatan yang berpotensi berbahaya, mengkonsumsinya secara sembarangan dan tidak benar, serta menggunakannya untuk bunuh diri.

5. Beri label pada ruangan dan pintu, dengan menggunakan nama atau sebuah gambar benda.

Rasional: hal ini memberikan suatu panduan ke lingkungan untuk klien yang mengalami gangguan kognitif.

6. Pasang pagar pengaman, dan perlengkapan pengaman lain, di tempat tidur, kursi dan pintu.

Rasional: perlengkapan pengaman dapat mencegah terjatuh, dan memungkinkan intervensi yang sesuai.

Tujuan khusus 2: klien berpartisipasi dalam aktivitas kegiatan sehari-hari (ADL) yang menyenangkan dengan pengawasan yang ketat.

Kriteria hasil (*nursing outcome*):

1. Meningkatkan tingkat aktivitas.
2. Keluarga mengenali potensial di lingkungan dan mengidentifikasi tahap-tahap untuk memperbaikinya.

Intervensi:

1. Dampingi klien selama ambulasi, dan bawa klien ke luar ruangan untuk olah raga jika memungkinkan.

Rasional: ambulasi dan olah raga meningkatkan sirkulasi dan kesejateraan seluruh kondisi fisik.

2. Beritahu tempat lain (kantor polisi, rumah sakit, lingkungan rumah sekitar) yang tepat yang mungkin akan klien datangi ketika berjalan-jalan.

Rasional: terbentuknya kesadaran masyarakat mengenai kecenderungan klien untuk berjalan-jalan akan membantu meningkatkan keamanan klien untuk kembali.

3. Minta klien untuk mengenakan tanda pengenalan medis, jika memungkinkan.

Rasional: identifikasi yang mudah dikenal sangat penting untuk keamanan klien.

4. Jika klien merokok, awasi secara ketat dan larang klien untuk memiliki korek api.

Rasional: hal ini menghilangkan kemungkinan timbulnya luka bakar atau kebakaran.

5. Minimalkan dan awasi secara ketat setiap pengolahan makanan atau minuman.

Rasional: karena terdapat gangguan daya nilai, klien dapat melukai dirinya sendiri jika diijinkan untuk menggunakan benda-benda tajam dan perlengkapan memasak.

Diagnosa keperawatan: defisit perawatan diri.

Tujuan khusus 1: klien memaksimalkan partisipasi dalam aktivitas personal hygiene, ke toilet, dan aktivitas perawatan diri.

Kriteria hasil (*nursing outcome*):

1. Mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan.
2. Mampu melakukan aktivitas personal hygiene sesuai dengan tingkat kemampuan.
3. Mampu melakukan aktivitas ke toilet sesuai dengan tingkat kemampuan.

Intervensi:

1. Identifikasi kesulitan dalam melakukan aktivitas perawatan diri (perawatan rambut/kuku/kulit, berpakaian, berdandan), personal hygiene (mandi dan menggosok gigi), dan toileting (eliminasi urin dan alvi), seperti keterbatasan gerak fisik, apatis/depresi, dan penurunan kognitif.

Rasional: memahami penyebab yang memengaruhi intervensi. Masalah dapat diminimalkan dengan menyesuaikan atau memerlukan konsultasi dari ahli lain.

2. Identifikasi kebutuhan perawatan diri (perawatan rambut/kuku/kulit, berpakaian, berdandan), personal hygiene (mandi dan menggosok gigi), dan toileting (eliminasi urin dan alvi), dan berikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rasional: Seiring perkembangan penyakit, kebutuhan perawatan diri, personal hygiene, dan toileting dilupakan. Panas (misal infeksi, penyakit gusi, dan penampilan kusut) terjadi saat klien/perawat terintimidasi dengan memelihara masalah yang ada.

3. Dorong klien untuk melaksanakan aktivitas perawatan diri (perawatan rambut/kuku/kulit, berpakaian, berdandan) dan personal hygiene (mandi dan menggosok gigi), dan toileting (eliminasi urin dan alvi) yang dapat dilakukan dengan aman, mandiri dan tanpa mengeluarkan banyak energi.

Rasional: partisipasi dalam aktivitas perawatan diri dan personal hygiene akan meningkatkan harga diri dan mempertahankan tonus kelompok-kelompok otot.

4. Miliki perlengkapan khusus, seperti tempat duduk toilet yang dapat ditinggikan atau pagar pengaman.

Rasional: ketersediaan perlengkapan khusus meningkatkan performansi aktivitas mandi dan ke toilet.

5. Dorong klien untuk mengenakan pakaian yang rapi dan nyaman.

Rasional: klien perlu mempertahankan sensasi diri yang positif.

6. Bantu klien mengenakan pakaian yang rapi dan indah.

Rasional: meningkatkan kepercayaan untuk hidup.

7. Sediakan pakaian yang mudah digunakan, misalnya pakaian dengan karet pinggang dan perekat (velkro).

Rasional: pakaian yang mudah digunakan memfasilitasi kemandirian dalam berpakaian.

8. Gabungkan kegiatan harian ke dalam jadwal aktivitas. Ubah waktu untuk berpakaian atau kebersihan klien jika masalah meningkat.

Rasional: mempertahankan kebutuhan rutin, mencegah kebingungan yang semakin memburuk dan meningkatkan partisipasi klien.

Tujuan khusus 2: klien mempertahankan jadwal tidur, istirahat dan aktivitas yang cukup.

Kriteria hasil (*nursing out come*):

1. Memahami faktor penyebab gangguan tidur.
2. Mampu menciptakan pola tidur yang adekuat.
3. Tampak atau melaporkan dapat beristirahat yang cukup.

Intervensi:

1. Buat jadwal aktivitas yang mencakup periode istirahat setelah melaksanakan aktivitas.

Rasional: hal ini penting untuk mencegah klien dari kelelahan.

2. Jangan menganjurkan klien tidur siang apabila berakibat efek negative terhadap tidur pada malam hari.

Rasional: irama sirkadian (siklus tidur-bangun) yang tersinkronisasi disebabkan oleh tidur siang yang singkat.

3. Tentukan kebiasaan dan rutinitas waktu tidur malam dengan kebiasaan klien (misalnya dengan memberi susu hangat).

Rasional: mengubah pola yang sudah terbiasa dari

asupan makan klien pada malam hari terbukti mengganggu tidur.

4. Memberikan lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan tidur, seperti mematikan lampu, ventilasi ruang adekuat, suhu yang sesuai, dan menghindari kebisingan.

Rasional: hambatan kortikal pada formasi retikular akan berkurang selama tidur, meningkatkan respon otomatis, karenanya respons kardiovaskular terhadap suara meningkat selama tidur.

5. Pantau toleransi aktivitas klien dengan memberikan kegiatan sesuai kemampuan, jika mungkin buat program olahraga harian.

Rasional: olahraga mempunyai efek kardiovaskular yang positif dan meningkatkan kesehatan emosi.

6. Beri kesempatan pada klien untuk ikut serta dalam aktivitas sosial yang sederhana dan sudah dikenal serta aktivitas yang berorientasi pada tugas, seperti saling membantu dalam melakukan tugas dalam keluarga.

Rasional: partisipasi dalam aktivitas meningkatkan sosialisasi, orientasi, dan kesenangan.

7. Tentukan bagaimana pengaruh olahraga, jam istirahat, dan aktivitas terhadap kemampuan tidur klien.

Rasional: dengan memantau pola istirahat tidur, perawat dapat menentukan kondisi terbaik untuk meningkatkan tidur.

8. Anjurkan klien tidur menggunakan kaos kaki atau pakain tertentu.

Rasional: memberikan keamanan, mengubah, mengurangi pemberontakan dan memudahkan beristirahat.

9. Buat jadwal tidur secara teratur.

Rasional: penguatan bahwa saatnya tidur dan mempertahankan kestabilan lingkungan.

Diagnosa keperawatan: ketegangan pemberi asuhan.

Tujuan khusus 1: anggota keluarga mendiskusikan perasaan konflik dan perasaan ambivalen tentang klien.

Kriteria hasil (*nursing out come*):

1. Mampu mengungkapkan perasaan konflik tentang klien.
2. Mampu menggunakan mekanisme koping yang adaptif.

Intervensi:

1. Bantu anggota keluarga untuk mengidentifikasi dan mendiskusikan perasaan mereka mengenai situasi.

Rasional: hal ini wajar bagi orang untuk merasa bingung, takut, merasa bersalah, dan berduka cita jika salah satu anggota keluarga didiagnosis menderita penyakit Alzheimer.

2. Diskusikan situasi yang secara khusus membuat stres orang yang merawat klien, misalnya mengatasi sikap kecurigaan, kecemasan, dan perilaku bermusuhan dari klien.

Rasional: mengajarkan pada keluarga cara menangani perilaku yang membuat stres ini akan meningkatkan pengendalian situasi.

3. Didik anggota keluarga tentang cara mengatasi penurunan kemampuan pada klien.

Rasional: pengetahuan dan kemampuan mengatasi situasi, mengurangi rasa kecemasan dan perasaan tidak berdaya.

4. Atur pelaksanaan terapi keluarga untuk menghindari situasi stres yang akan berkembang menjadi sebuah krisis.

Rasional: sebuah keluarga yang berada dalam krisis atau sedang di ambang krisis memerlukan bantuan yang akan memprakarsai perilaku koping.

5. Diskusikan dengan keluarga tentang kebutuhan untuk memperoleh konsultasi pelayanan kesehatan jika kondisi klien semakin menurun.

Rasional: perencanaan akan memberi waktu bagi keluarga untuk mendiskusikan serangkaian tindakan terbaik yang harus dilaksanakan karena kebutuhan klien akan perawatan semakin meningkat.

Tujuan khusus 2: keluarga mengembangkan jaringan sumber dan mengetahui cara mengakses sumber-sumber komunitas untuk memperoleh dukungan dan bimbingan.

Kriteria hasil (*nursing out come*):

1. Keluarga mendapatkan sumber-sumber pendukung dan bimbingan pelayanan kesehatan.

Intervensi:

1. Diskusikan sumber-sumber yang diperlukan untuk menyediakan perawatan yang aman dan cukup.

Rasional: sumber daya manusia dan dana harus dianggarkan dan disediakan sebelum perawatan yang efektif dapat dimulai.

2. Rumuskan suatu rencana untuk memperoleh bantuan dari anggota keluarga yang lain, tetangga, dan teman-teman jika diperlukan.

Rasional: pendelegasian tugas dan tanggung jawab mengurangi energi yang dikeluarkan oleh perawat klien serta mengurangi tingkat ansietas.

3. Bicarakan dengan pemberi perawatan klien mengenai kebutuhan untuk membuat sebuah rencana guna mempertahankan kesejahteraan klien, termasuk waktu istirahat, olahraga, dan rekreasi.

Rasional: pemberi perawatan perlu mengetahui bahwa stresor dan tekanan-tekanan yang terjadi setiap hari meningkatkan kerentanan mereka terhadap penyakit.

4. Ajarkan pemberi perawatan tentang cara menghindari stres dan demonstrasikan keterampilan menangani stres.

Rasional: pemberi perawatan harus tahu cara mengelola stresor dan mencegah agar mereka tidak mengalami kelelahan akibat pekerjaan dan tanggung jawab yang berlebihan.

5. Buat rencana perawatan alternatif untuk klien.

Rasional: rencana pendukung darurat harus tersedia di tempat sehingga mereka dapat dimobilisasi jika kebutuhan terjadi.

6. Dapatkan sebuah daftar referensi pelayanan medis yang tersedia, khususnya perawatan kesehatan di rumah dan respite care.

Rasional: kemampuan keluarga untuk mengakses pelayanan yang penting akan memungkinkan klien tetap berada dalam komunitas dan menunda kebutuhan akan pelebagaan.

Terapi:

Penangan medis untuk demensia bersifat paliatif dan suportif. Pengobatan diberikan untuk membantu mengatasi kecemasan, depresi, perilaku agresif, dan perilaku paranoid, juga untuk menggantikan neurokimia di otak. Terapi kelompok didasarkan bahwa perawatan harus meningkatkan tingkat fungsi tertinggi yang mungkin dapat dicapai klien. Tujuan utama terapi adalah perawatan diri dan hubungan dengan lingkungan sosial dan keluarga.

Terapi medis:

1. Lakukan pemeriksaan fisik dan uji diagnostik untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab demensia.
2. Tangani semua masalah fisiologis secara medis.
3. Berdasarkan gejalanya, tangani depresi, ansietas,

dan insomnia.

4. Pertahankan kesehatan fisik dan dukung tingkat fungsi yang optimal.
5. Antidepresan trisiklik dapat digunakan untuk mengobati depresi.
6. Antipsikotik, seperti haloperidol (Haldol) dan risperidon (Resperdal), dapat digunakan dalam dosis rendah untuk mengobati ansietas dan agitasi.
7. Vasodilator sering digunakan untuk meningkatkan sirkulasi otak dan meningkatkan kognisi.
8. Takrin (Cognex) dan donepezil (Aricept) menghalangi penguraian asetilkolin dan berguna dalam memperlambat progresi gejala pada klien yang memiliki penyakit Alzheimer tahap awal atau sedang.
9. Pengobatan yang merangsang kerja neurotransmitter sedang diteliti.

Terapi kelompok:

1. Tingkatkan orientasi ke lingkungan, dan diskusikan secara singkat peristiwa-peristiwa terkait yang baru saja terjadi.
2. Diskusikan keadaan di sini dan saat ini untuk periode waktu yang singkat.
3. Dorong terapi mengenang, yang berfokus pada berbagai pengalaman tentang memori masa lalu.
4. Batasi pembicaraan pada hal-hal yang sudah dikenal dan bermakna untuk memberi penguatan pada realita dan mendorong klien untuk berpartisipasi.
5. Bantu para partisipan untuk berbicara mengenai masa lalu mereka sebagai cara untuk meningkatkan harga diri.
6. Dorong klien untuk berbicara dengan orang lain.

Terapi di keluarga:

1. Sediakan informasi dan dukungan emosional untuk keluarga selama tiga fase demensia.
2. Bantu keluarga untuk membentuk jaringan pendukung sosial.
3. Ajarkan kepada keluarga cara menangani atau memperjuangkan kebutuhan perawatan diri klien.
4. Identifikasikan sumber-sumber komunitas, layanan keperawatan dan layanan pembantu rumah tangga yang terampil, serta kelompok pendukung untuk pemberi perawatan dan anggota keluarga yang lain.
5. Evaluasi lingkungan rumah, dan bantu keluarga untuk menciptakan perubahan yang penting bagi

keamanan.

6. Dorong anggota keluarga untuk menyatakan secara verbal perasaan, kekhawatiran, dan rasa frustrasi mereka berkenaan dengan situasi yang mereka hadapi.
7. Bantu anggota keluarga untuk mengantisipasi rasa berduka karena kehilangan orang yang mereka cintai.

KESIMPULAN DAN SARAN

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia berupa home care untuk mempertahankan individualitas dan pemberdayaan dengan menggunakan proses keperawatan (pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana, tindakan, dan evaluasi) yang dikonsentrasikan untuk mengukur efek kerusakan dalam kemampuan untuk berkomunikasi, mobilisasi, dan terlibat dalam aktivitas sosial. Tindakan keperawatan selanjutnya berfokus pada memfasilitasi adaptasi individu guna mengembalikan kesejahteraan dan kemandirian

Saran yang dapat diberikan adalah menyiapkan dan mendukung kebutuhan yang diperlukan untuk para lansia dengan demensia. Kemungkinan strategi untuk dukungan yang lebih efektif meliputi asuhan keperawatan dalam merawat lansia dengan demensia, dan meningkatkan kerja sama antar perawat lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Basford, L. 2006. Teori dan Praktik Keperawatan: Pendekatan Integral pada Asuhan Pasien. Jakarta: EGC.
- Carpenito, L.J. 1997. Diagnosa Keperawatan. Buku Saku. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Carpenito, L.J. 1999. Rencana Asuhan & Dokumentasi Keperawatan. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Copel, L.C. 2007. Kesehatan Jiwa dan Psikiatri. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Doenges, M.E. 1999. Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Kim, M.J. 1994. Diagnosa Keperawatan. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Kitson, A. 1990. The Dialectics of Dementia, With Particular Reference to Alzheimer's Disease. Ageing and Society. 10.

- Kushariyadi. 2010. Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia. Jakarta: Salemba Medika.
- Larsson, I.E., Sahlstein, M.J.M., Sjostrom, B., Lindencrona, C.S.C., & plos, K.A.E. 2007. Patient Participation in Nursing Care From a Patient Perspective: a Grounded Theory Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21.
- Nursalam., Pariani, S. 2001. Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan. Jakarta: Sagung Seto.
- Nursalam. 2003. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Office of Population Censuses and Surveys (OPCS). 1991. 1989 Base National Populations Projections. Series 2. No. 17. London, HMSO.
- Reichman, W., Carosella, N. 1997. Residen Bagian Psikiatri (UCLA). Buku Saku Psikiatri. Jakarta: EGC.
- Stockslager, J.L., Schaeffer, L. 2007. Buku Saku Asuhan Keperawatan Geriatrik. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W., Sundeen, S.J. 1998. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 3. Jakarta: EGC.