

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA DEMENSIA DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MEMORI DI PANTI  
JOMPO BHAKTI ABADI BALIKPAPAN  
TAHUN 2024**



**Oleh:**

**ANGELIN ANASTASYA WOWILING**  
**NIM. P07220121051**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
SAMARINDA**

**2024**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA DEMENSIA DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MEMORI DI PANTI  
JOMPO BHAKTI ABADI BALIKPAPAN**

**TAHUN 2024**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep) Pada Jurusan  
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Oleh:**

**ANGELIN ANASTASYA WOWILING**  
**NIM. P07220121051**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
SAMARINDA**

**2024**

## PERNYATAAN KEASLIAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini sepenuhnya karya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan jiplakan atau kutipan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain. Atas pernyataan ini, saya siap menanggung risiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam Karya Tulis Ilmiah saya ini, atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian Karya Tulis Ilmiah saya ini.

Samarinda, 14 Desember 2023

pernyataan  
  
METERAI  
TEMPER  
KOSALX295105787  
Angelin Anastasya Wowiling  
NIM.P07220121051

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI  
UNTUK DIUJIKAN  
TANGGAL 25 JUNI 2024**

Oleh

Pembimbing Utama



**Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd**  
**NIDN. 4021046802**

Pembimbing Pendamping



**Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep**  
**NIDN. 1110119601**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Ns. Tini, S.Kep., M.Kep**  
**NIP: 1968032919940220091**

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Demensia Masalah  
Keperawatan Gangguan Memori Pada Lansia Di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan

2024

Telah diuji

Pada Tanggal 25 Juni 2024

### PANITIA PENGUJI


Ketua Penguji:

Ns. Lukman Nulhakim, M.Kep  
NIDN. 4020047801

  
(.....)

Penguji Anggota:

1. Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd  
NIDN. 4021046802

  
(.....)

2. Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep  
NIDN. 1110119601

  
(.....)

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep  
NIP. 196803291994022001

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Tini, S.Kep., M.Kep  
NIP. 198107012006042004

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Angelin Anastasya Wowiling
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 07 Januari 2003
4. Suku/Bangsa : Padang-Manado/Indonesia
5. Agama : Islam
6. Alamat : Jl. prajamukti XI No.80 RT.24  
Sepinggian Baru, Kec. Balikpapan  
Selatan
7. Email : [angelinanastasya0762@gmail.com](mailto:angelinanastasya0762@gmail.com)

### B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008-2009 : TK Budi Asi Balikpapan
2. Tahun 2009-2015 : SD Negeri 015 Balikpapan
3. Tahun 2015-2018 : SMP Airlangga Balikpapan
4. Tahun 2018-2021 : SMK Kesehatan Airlangga Balikpapan
5. Tahun 2021-Sekarang : Politeknik Kesehatan Kementerian  
Kesehatan Kalimantan Timur

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur atas kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas berkat rahmatdan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Demensia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Memori di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan". Karya Tulis Ilmiah ini di susun dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Ahli Madya di Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dapat tersusun atas upaya maksimal saya sebagai penulis serta arahan pembimbing dan berbagai pihak yang telah membantu saya dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Sehingga sebagai penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Dr. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep, selaku direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Samarinda Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd selaku Pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, motivasi, petunjuk, dan arahan kepada saya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik



5. Ns. Abd Kadir, M.Kep selaku Pembimbing pendamping yang telah banyak memberikan bimbingan, motivasi, petunjuk, dan arahan sehingga KTI ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah mendidik dan membimbing saya selama masa pendidikan berlangsung.
7. Cinta pertamaku, Ayahanda Alim. M. Yuven Wowiling engkau sudah menjadi ayah yang sangat luar biasa seorang pahlawan yang selalu menjaga keluarga kecilnya. Alhamdulillah penulis sudah berada di tahap menyelesaikan tugas akhir ini sebagian perwujudan terakhir saat engkau bener-bener pergi. Terimakasih sudah mengantarkan penulis sampai di tempat ini. Walaupun saya pada akhirnya berjuang dan sakit memandam semua tanpa engkau temani lagi, seseorang yang engkau manja -manjakan kini sudah merasakan betapa keras nya dunia, maafkan saya jika belum bisa membalas jasmu, namun sekarang saya hanya bisa mendoakan engkau disana walaupun doa yang saya berikan tidak bisa mengurangi rasa kangen yang tak akan habis ini, betapa hancur nya ketika mengingat kejadian waktu siang itu saya mendengar bahwa diri mu sudah tiada lagi, ikhlasku hanya sebuah kata untuk menutupi kerinduanku setelah kepergian mu, bahagia tak sebahagia dulu saat dirimu masih ada, perihal sakitnya biarkan saya bawa sampai kita bertemu, dan terimakasih sudah berhasil membuat saya bangkit dari kata menyerah, ciun dan peluk untuk mu ayah.
8. Pintu surgaku, Ibunda Juraidah yang telah menjadi ibu yang sangat-sangat



luar biasa yang sudah membesarkan, mendidik, dan mendoakan saya sehingga dapat sampai di tahap ini, terimakasih atas segala pengorbanan dan tulus kasih, beliau memang tidak sampai merasakan pendidikan dibangku perkuliahan namun beliau mampu senantiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoakan serta memberikan perhatian dan mendukung hingga penulis mampu menyelesaikan studinya.

9. Kepada Abang-abangku Zainal Martin Wowiling dan Muhammad Andry Wowiling, terimakasih juga atas motivasi dan dukungannya yang telah diberikan kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan sampai seperti yang diharapkan dan tak pernah lupa abangku Alm Stenly seorang yang selalu ada di masa-masa kecilku, penulis yang selalu engkau anggap anak kecil kini sudah sampai tahap ini, terimakasih sudah sempat hadir walau hanya sebentar, saling jaga sama papa di sana ya kak.
10. Teruntuk SSW : ayumi, citra dan reska terimakasih buat kalian sudah menjadi sahabat kecilku sekaligus keluarga, terimakasih sudah memberi semangat kepada penulis dan menemani penulis sampai selesai sidang, dari kalian pun penulis belajar bahwa semua itu ada masanya.
11. Teruntuk sahabat seperjuangan Fitria Sukma Ayu, Andi Annisa Rachmadini, Asma Veni Alviana, Desi Natalia, Nadillah Wijaya, Sherera San Gabrelia dan Alviani Rahmi Putri terimakasih sudah berjuang sama-sama, ingat jangan capek dulu gais wishlist kita wisuda bareng.
12. Rekan-rekan mahasiswa/i Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Angkatan

2021.

13. Terakhir teruntuk saya Angelin Anastasya Wowiling terima kasih atas segala kerja keras dan semangat sehingga tidak pernah menyerah dalam mengerjakan tugas akhir ini walau ada nangis-nangisnya. Semoga saya tetap jadi saya.

Pemilisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan dan saran, serta kritik sangat diharapkan untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala kita kembalikan semua urusan dan semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Allah Subhanahu Wa Ta'la.



Samarinda, 14 Desember 2023

Penulis

## ABSTRAK

### "ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA DEMENSIA DENGAN MASALAH GANGGUAN MEMORI DI PANTI JOMPO BHAKTI ABADI 2024"

Angelin Anastasya <sup>1)</sup>, Asnah <sup>2)</sup>, Abd Kadir <sup>3)</sup>.

Mahasiswa Program Studi D -III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.

**Pendahuluan:** Demensia pada lansia seringkali disertai dengan gangguan memori, yang dapat menurunkan kualitas hidup mereka. Selain intervensi farmakologis, pendekatan non-farmakologis seperti art therapy mewarnai dapat membantu memperbaiki fungsi kognitif dan emosional. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan demensia yang mengalami gangguan memori melalui penerapan art therapy mewarnai.

**Metode:** Studi deskriptif ini melibatkan lansia dengan demensia yang dirawat di panti jompo. Intervensi meliputi sesi art therapy mewarnai yang dilaksanakan secara rutin. Evaluasi dilakukan dengan mengukur perubahan dalam kemampuan memori dan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi, menggunakan skala penilaian kognitif dan emosional.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan peningkatan signifikan dalam kemampuan memori dan penurunan tingkat kecemasan pada lansia setelah mengikuti sesi art therapy mewarnai. Selain itu, aktivitas ini juga meningkatkan suasana hati dan keterlibatan sosial mereka.

**Kesimpulan dan Saran:** Asuhan keperawatan gerontik yang mengintegrasikan art therapy mewarnai efektif dalam memperbaiki gangguan memori dan meningkatkan kesejahteraan emosional pada lansia dengan demensia. Pendekatan ini dapat dijadikan bagian dari intervensi keperawatan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dengan demensia.

**Kata Kunci:** Asuhan keperawatan gerontik, demensia, gangguan memori, art therapy mewarnai, kualitas hidup.

## ABSTRACT

### "GERONTIC NURSING CARE FOR DEMENTIA WITH MEMORY PROBLEMS AT BHAKTI ABADI NURSING HOME 2024"

Angelin Anastasya <sup>1)</sup>, Asnah <sup>2)</sup>, Abd Kadir <sup>3)</sup>.

Students of D-III Nursing Study Program of Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Lecturers of Nursing Department of Poltekkes Kemenkes Kaltim.

**Introduction:** Dementia in the elderly is often accompanied by memory impairment, which can reduce their quality of life. In addition to pharmacological interventions, non-pharmacological approaches such as coloring art therapy can help improve cognitive and emotional function. This study aims to evaluate the effectiveness of gerontic nursing care for elderly people with dementia who experience memory impairment through the application of art therapy coloring.

**Methods:** This descriptive study involved elderly people with dementia who were admitted to a nursing home. Interventions include art therapy coloring sessions that are carried out regularly. Evaluation was conducted by measuring changes in memory ability and anxiety levels before and after the intervention, using cognitive and emotional rating scales.

**Results:** The results showed a significant improvement in memory ability and a decrease in anxiety levels in the elderly after attending art therapy coloring sessions. In addition, this activity also improved their mood and social engagement.

**Conclusions and Suggestions:** Gerontic nursing care that integrates art therapy coloring is effective in improving memory impairment and enhancing emotional well-being in older adults with dementia. This approach can be used as part of nursing interventions to improve the quality of life of older people with dementia.

**Keywords:** Gerontic nursing care, dementia, memory impairment, art therapy coloring, quality of life



## DAFTAR ISI

<b>PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	x
<b>ABSTRACT</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	xvii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Bagi Peneliti.....	6
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian.....	6
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
2.1 Konsep Medis Demensia.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Patofisiologi.....	9
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	10
2.1.6 Klasifikasi.....	12

2.1.7	Pemeriksaan Penunjang .....	12
2.1.8	Komplikasi .....	13
2.1.9	Penatalaksanaan .....	14
2.2	Konsep Dasar Tindakan Art Therapy Mewarnai .....	15
2.2.1	Definisi <i>Art Therapy</i> Mewarnai .....	15
2.2.2	Manfaat <i>Art Therapy</i> Mewarnai .....	16
2.2.3	Rencana Pelaksanaan <i>Art Therapy</i> Mewarnai .....	18
2.2.4	Evaluasi .....	19
2.2.5	Tabel Review .....	20
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik .....	22
2.3.1	Definisi Lansia .....	22
2.3.2	Batasan lansia .....	22
2.3.3	Karakteristik Pada Lansia .....	23
2.3.4	Perubahan Pada Lanjut Usia .....	23
2.3.5	Tipe-tipe Lansia .....	25
2.4	Asuhan Keperawatan Gerontik .....	26
2.4.1	Definisi asuhan keperawatan gerontik .....	26
2.4.2	Fokus Asuhan Keperawatan Gerontik .....	27
2.4.3	Tujuan Asuhan Keperawatan Gerontik .....	28
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Demensia .....	28
2.5.1	Pengkajian Keperawatan .....	28
2.5.2	Diagnosa Keperawatan .....	37
2.5.3	Intervensi Keperawatan .....	44
2.5.4	Implementasi Keperawatan .....	49
2.5.5	Evaluasi Keperawatan .....	49
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>		<b>51</b>
3.1	Rencana Studi Kasus .....	51
3.2	Subyek Penelitian .....	51
3.3	Fokus Studi Kasus .....	51
3.4	Definisi Operasional .....	51
3.5	Instrumen Studi Kasus .....	52



3.6	Metode Pengumpulan Data .....	52
3.7	Langkah Penelitian Studi Kasus.....	53
3.8	Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	53
3.9	Analisis Data.....	53
<b>BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>55</b>
4.1	Hasil studi kasus.....	55
4.1.1	Gambaran Lokasi Studi Kasus .....	55
4.1.2	Data Asuhan Keperawatan.....	55
1.	Pembahasan.....	81
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>90</b>
A.	Kesimpulan .....	90
B.	Saran.....	91

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Penilaian.....	19
Tabel 2. 2 Review Jurnal Artikel Penelitian.....	20
Tabel 2. 3 Pengkajian Barthel Indeks.....	33
Tabel 2. 4 Pengkajian Skala Jatuh Morse (MFS).....	34
Tabel 2. 5 Hasil penelitian MFS.....	34
Tabel 2. 6 Pengkajian MMSE.....	35
Tabel 2. 7 Pengkajian Psikososial.....	36
Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan.....	44
Tabel 4. 1 Hasil anamnesis identitas Klien dengan Demensia.....	55
Tabel 4. 2 Hasil Anamnesis Status Kesehatan Masa Lalu.....	57
Tabel 4. 3 Hasil pemeriksaan fisik Klien dengan demensia.....	58
Tabel 4. 4 Hasil pengkajian barthel indeks Klien dengan demensia.....	59
Tabel 4. 5 Hasil Pengkajian Status Mental Questioner (SPMSQ).....	60
Tabel 4. 6 Hasil Pengkajian Morse Fall Scale Skala Jatuh.....	61
Tabel 4. 7 Hasil Pengkajian Mini Mental State Exam (MMSE).....	61
Tabel 4. 8 Hasil pengkajian psikososial klien dengan demensia.....	62
Tabel 4. 9 Data Fokus Klien Dengan Demensia.....	63
Tabel 4. 10 Analisa Data Klien Dengan Demensia.....	64
Tabel 4. 11 Daftar Diagnosa keperawatan.....	65
Tabel 4. 12 Rencana keperawatan pada Klien Dengan Demensia.....	67
Tabel 4. 13 Implementasi keperawatan pada Klien Dengan Demensia.....	69

Tabel 4. 14. Evaluasi keperawatan pada Klien Dengan Demensia..... 75



## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathway</i> Demensia.....	10
--	----



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jurnal Penelitian

Lampiran 2 *Informed Consent*

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

Lampiran 4 Dokumentasi

Lampiran 5 SOP Art Therapy

Lampiran 6 Rencana Kegiatan Art Therapy

Lampiran 7 Format Asuhan Keperawatan Gerontik

Lampiran 8 Lembar Observasi Barthel indeks Klien

Lampiran 9 Lembar Observasi Mini Mental State Exam (MMSE)



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Lansia merupakan tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia mencapai usia > 60 tahun keatas. Peningkatan jumlah lansia dapat menyebabkan masalah dalam proses penurunan fungsi berbagai organ seperti jumlah sel, aktivitas, kemampuan mencium, berkurangnya sensitivitas dan nafsu makan sehingga mengalami perubahan struktural, fisiologis, fungsi otak, berfikir dan mudah lupa. Hal ini menimbulkan perubahan fisik dan mental yang kerap disebut gangguan daya ingat berupa demensia (Sunarni, Rosidin dan Sumarna, 2019).

Lansia dapat mengalami penurunan fungsi fisiologis seperti penurunan pada sistem musculoskeletal karena faktor usia. Akibatnya, masalah kesehatan yang terjadi pada lansia salah satunya adalah resiko untuk jatuh. Diperkirakan 684.000 kejadian jatuh fatal terjadi setiap tahun, hal ini menjadikan nya sebagai penyebab utama kedua kematian karena cedera yang tidak disengaja setelah cedera lalu lintas jalan. Lebih dari (60%) kematian terkait jatuh terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, dimana wilayah Pasifik Barat dan Asia Tenggara menyumbang (60%) dari kematian ini. Di semua wilayah di dunia, angka kematian tertinggi di antara lansia di atas usia 60 tahun. Menurut World Health Organization (WHO, 2021).

Demensia merupakan gangguan fungsi intelektual tanpa gangguan fungsi



atau keadaan yang terjadi. Memori, pengetahuan umum, pikiran abstrak, penilaian dan interpretasi atas komunikasi tertulis dan lisan dapat terganggu. Demensia merupakan sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguan fungsi kognitif antara lain intelegensi, belajar, daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi perhatian, konsentrasi dan penyesuaian serta kemampuan bersosialisasi (Corwin, 2019).

Berdasarkan data menurut (WHO) pada tahun 2018 di dunia ada sekitar 50 juta lansia yang menderita demensia, dengan hampir (60%) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Setiap tahun, ada hampir 10 juta kasus baru. Jumlah total lansia penderita demensia di dunia diproyeksikan mencapai 82 juta pada tahun 2030 dan 152 juta pada tahun 2050. Perkiraan prevalensi demensia pada populasi berusia lebih dari 60 tahun dengan waktu tertentu adalah 5%-8%.

Indonesia mengalami peningkatan jumlah penduduk lansia dari 18 juta jiwa (7,56%) pada tahun 2010, menjadi 25,9 juta (9,7%) pada tahun 2019, dan diperkirakan akan terus meningkat di mana pada tahun 2035 menjadi 48,2 juta jiwa (15,77%). Prevalensi data lansia penderita demensia di Indonesia tahun 2019 terdapat 1,2 juta orang yang menderita demensia, diperkirakan menjadi 2 juta jiwa pada tahun 2030 dan 4 juta jiwa penderita demensia pada tahun 2050 (Yayasan Alzheimer Indonesia, 2019). Berdasarkan data prevalensi di Kalimantan Timur pada tahun 2020 terdapat sebanyak (6,22%) atau (3,77%) juta penduduk lansia dan hasil prevalensi data lansia penderita demensia di provinsi Kalimantan Timur terdapat sebanyak (4,02%) (Kemenkes, 2020).

Pada data yang di publikasikan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Kota

Balikpapan pada tahun 2019, kasus demensia pada lansia terdapat sebanyak (4%) untuk kasus lama dan untuk kasus baru belum diketahui (BPS, 2019).

Demensia jika tidak dapat dikontrol dan tidak ditangani dengan benar, maka gangguan memori akan bersifat serius, disertai tanda dan gejala fisik yang semakin jelas berupa tidak mengetahui waktu dan tempat, sulit mengenali keluarga dan teman, peningkatan kebutuhan bantuan dalam perawatan diri, adanya kesulitan dalam berjalan, peningkatan gangguan perilaku dan agresi. Masalah keperawatan utama yang sering muncul pada penderita demensia itu gangguan memori karena proses menua pada lansia atau kondisi klinis terkait lainnya (WHO, 2022).

Peningkatan kejadian demensia dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko, diantaranya adalah faktor genetic, peningkatan usia seseorang (di atas 65 tahun), adanya penyakit tertentu, lingkungan dan tingkat pendidikan yang rendah (Setiawan, Bidjuni, & Karundeng, 2014). Demensia tidak dapat disembuhkan, pengobatan demensia hanya mengurangi tanda dan gejala serta mengoptimalkan.

Upaya yang perlu dilakukan untuk mengatasi penurunan daya ingat atau demensia pada lansia adalah dengan terapi kognitif/ latihan memori untuk stimulasi otak. Terapi kognitif berfokus pada masalah, orientasi pada tujuan, kondisi dan waktu saat itu. Terapi ini memandang individu sebagai pembuat keputusan dan dapat dikemas dalam terapi aktivitas kelompok (Savitra, 2020).

Perawat berperan penting dalam penanganan lansia dengan demensia, upaya yang dapat diberikan perawat yaitu memberikan teknik perawatan yang membantu meningkatkan daya ingat. Mereka membutuhkan perawatan secara

personal dengan waktu dan pengawasan lebih lama untuk bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, perawatan demensia perlu.

Art therapy adalah bentuk psikoterapi yang menggunakan media seni, material seni dengan pembuatan karya seni untuk berkomunikasi. Media seni dapat berupa pensil, kapur berwarna, cat warna, potongan kertas dan tanah liat (Adriani & Satiadarma, 2011). Sedangkan menurut Mukhtar & Hadjam (2006) Art Therapy adalah suatu proses terapeutik yang menggunakan media gambar atau lukisan sebagai alat asesmen dan intervensinya. Penggunaan aktivitas menggambar atau melukis sebagai suatu terapi didasarkan pada asumsi bahwa gambar merupakan bentuk komunikasi yang dengannya individu jarang melakukan resistensi, bahkan memberikan cara untuk mengekspresikan pikiran dan perasaannya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan pengurus yang ada di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan pada tahun 2023 didapatkan jumlah lansia sebanyak 19 orang, dengan jenis kelamin laki-laki 10 orang dan perempuan sebanyak 9 orang. Dari laporan diatas, prevalensi demensia pada lanjut usia di panti tersebut didapatkan sebanyak (50%) dari 19 orang lansia yang mengalami kasus tersebut.

Berdasarkan dengan uraian diatas maka peneliti ingin mendapatkan gambaran pelaksanaan dalam "Asuhan keperawatan pada lansia dengan Demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi".

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini



adalah bagaimana asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Selatan Tahun 2024.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini di bedakan menjadi dua yaitu sebagai berikut:

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mendeskripsikan Asuhan keperawatan pada lansia dengan Demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Tahun 2024.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Selatan Tahun 2024.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Selatan Tahun 2024.
- c. Menyusun Intervensi keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Selatan Tahun 2024.
- d. Melakukan Implementasi keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Tahun 2024.
- e. Mengevaluasi Asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Selatan Tahun 2024.
- f. Melaksanakan Pendokumentasi Asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Tahun 2024.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Bagi Peneliti**

Hasil ini diharapkan dapat menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Tahun 2024.

### **1.4.2 Bagi Tempat Penelitian**

Hasil ini diharapkan dapat melakukan ilmu keperawatan dan sebagai masukan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dengan asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Tahun 2024.

### **1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil ini diharapkan dapat menambah wawasan terutama manfaat dan dapat menjadi dasar asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan Tahun 2024.

## **BAB 2**

### **TINJUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Medis Demensia**

##### **2.1.1. Definisi**

Demensia merupakan gangguan fungsi intelektual tanpa gangguan fungsi atau keadaan yang terjadi. Memori, pengetahuan umum, pikiran abstrak, penilaian dan interpretasi atas komunikasi tertulis dan lisan dapat terganggu.

Demensia merupakan sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguan fungsi kognitif antara lain intelegensi, belajar, daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi perhatian, konsentrasi dan penyesuaian serta kemampuan bersosialisasi (Corwin, 2019).

Demensia umumnya terjadi pada lansia yang berusia  $\pm$  65 tahun. Resiko demensia meningkat secara signifikan seiring dengan bertambahnya usia (Sumarni Nina, 2021).

Demensia menurut dunia sindrom biasanya bersifat kronis atau progresif yang mengarah pada penurunan fungsi kognitif (yaitu kemampuan untuk memproses pikiran) melebihi apa yang mungkin diharapkan dari konsekuensi biasa dari penuaan biologis. Ia mempengaruhi memori, pemikiran, orientasi, pemahaman, perhitungan, kapasitas belajar, bahasa, dan penilaian kesadaran tidak terpengaruh. Penurunan fungsi kognitif umumnya disertai, dan terkadang didahului oleh perubahan suasana hati, kontrol emosi perilaku, atau motivasi demensia diakibatkan oleh berbagai penyakit dan cedera yang terutama atau sekunder



mempengaruhi otak, seperti penyakit Alzheimer atau stroke (WHO, 2022).

### 2.1.2 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 pernisiiosa) dan kekurangan asam folat.
- f. Tumor dan trauma.
- g. Infeksi infeksi seperti ensefalitis oleh virus.
- h. Arterosklerosis komplikasi penyakit arterosklerosis misalnya infark miokard, gagal jantung, dan alcohol

#### 2. Demensia Non Reversible

- a. Penyakit degeneratif. Misalnya penyakit alzheimer, penyakit

huntington, kelumpuhan supranuklear progresif, penyakit parkinson.

- b. Penyakit vaskuler: Misalnya penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi-infarct), embolisme serebral, arteritis, anoksia sekunder akibat henti jantung, gagal jantung.
- c. Demensia traumatic: Misalnya perlukaan kranio-serebral, demensia pugilistik.
- d. Infeksi: Misalnya sindrom defisiensi imun didapat (AIDS), infeksi oportunistik, demensia pasca ensefalitis

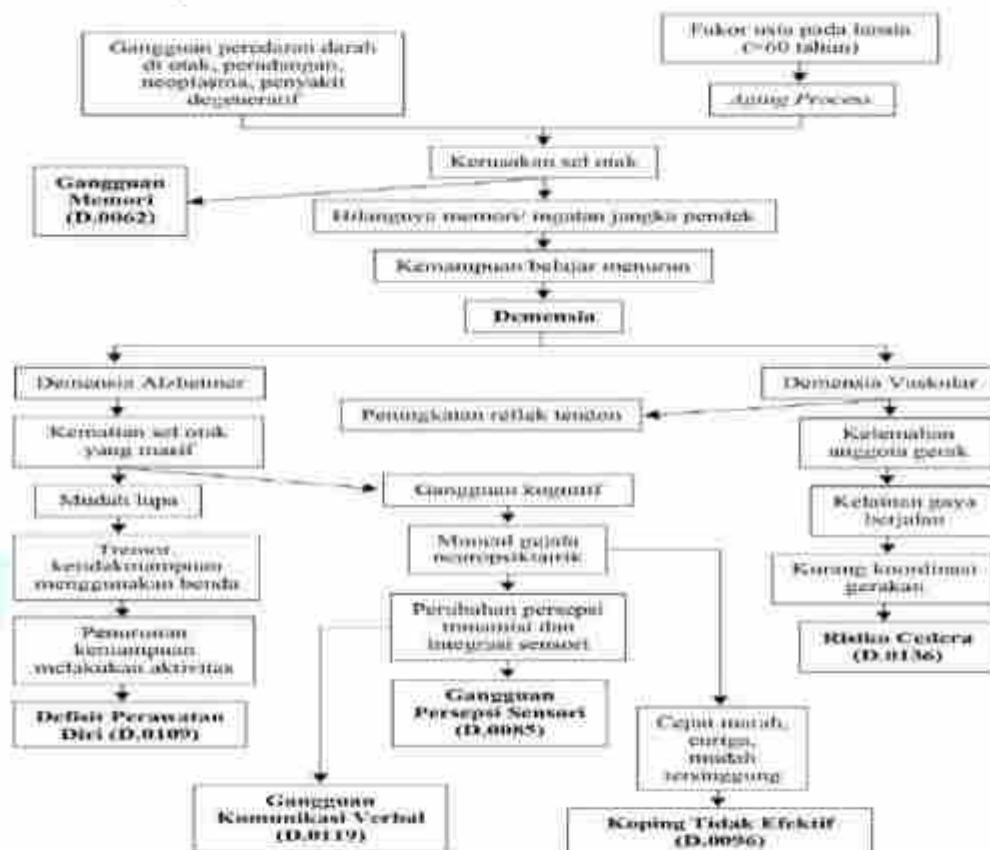
### 2.1.3 Patofisiologi

Proses menua tidak dengan sendirinya menyebabkan terjadinya demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan saraf pusat yaitu berat otak akan menurun sebanyak sekitar 10% pada penuaan antara umur 30 sampai 70 tahun. Berbagai faktor etiologi yang telah disebutkan diatas merupakan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi sel-sel neuron korteks serebri. Penyakit degeneratif pada otak, gangguan vaskular dan penyakit lainnya, gangguan nutrisi, metabolik dan toksisitas secara langsung maupun tak langsung dapat menyebabkan sel neuron mengalami kerusakan melalui mekanisme iskemia, infarct, inflamasi, deposisi protein abnormal sehingga jumlah neuron menurun dan mengganggu fungsi dari area kortikal ataupun subkortika.

Di samping itu, kadar neurotransmitter di otak yang diperlukan untuk proses konduksi saraf juga akan berkurang. Hal ini akan menimbulkan gangguan fungsi kognitif (daya ingat, daya pikir dan belajar), gangguan sensorium (perhatian, kesadaran), persepsi, isi pikir, emosi dan mood. Fungsi yang mengalami gangguan

tergantung lokasi area yang terkena (kortikal atau subkortikal) atau penyebabnya, karena manifestasinya dapat berbeda. Keadaan patologis dari hal tersebut akan memicu keadaan konfusio akut demensia (Maghifuroh, 2023).

#### 2.1.4 Pathway



Sumber : Turah Putra (2019) dalam Sariliti, M & Hamawongari, D (2020)

**Bagan 2.1**  
**Pathway Demensia**

#### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Asrori dan Putri (2014), menyebutkan ada beberapa tanda dan gejala yang dialami pada demensia antara lain:

##### a. Kehilangan memori

Tanda awal yang dialami lansia yang menderita demensia adalah lupa tentang informasi yang baru didapat atau dipelajari, itu merupakan hal biasa

yang dialami lansia yang menderita demensia.

b. Kesulitan dalam melakukan rutinitas pekerjaan

Lansia yang menderita demensia akan sering kesulitan untuk menyelesaikan rutinitas pekerjaan sehari-hari. Lansia yang mengalami demensia terutama alzheimer mungkin tidak mengerti tentang langkah-langkah dari mempersiapkan aktivitas sehari-hari.

c. Masalah dengan bahasa

Lansia yang mengalami demensia akan kesulitan dalam mengelolah kata yang tepat, mengeluarkan kata-kata yang tidak biasa dan seringkali membuat kalimat yang sulit untuk dimengerti orang lain.

d. Disorientasi waktu dan tempat

Mungkin hal biasa ketika orang yang tidak mempunyai penyakit demensia lupa dengan hari atau dimana dia berada, namun dengan lansia yang mengalami demensia akan lupa dengan jalan, lupa dengan dimana mereka berada dan bagaimana mereka bisa sampai ditempat itu, serta tidak mengetahui bagaimana kembali kerumah.

e. Tidak dapat mengambil keputusan

Lansia yang mengalami demensia tidak dapat mengambil keputusan yang sempurna dalam setiap waktu seperti memakai pakaian tanpa melihat cuaca atau salah memakai pakaian, tidak dapat mengolah keuangan.

f. Perubahan suasana hati dan kepribadian

Lansia yang mengalami demensia dapat menunjukkan perubahan perasaan dengan sangat cepat, misalnya menangis dan marah tanpa alasan yang jelas.



Kepribadian yang dialami lansia dengan demensia dapat mengalami banyak perubahan kepribadian, misalnya ketakutan, curiga yang berlebihan, menjadi sangat bingung dan kefergantungan pada anggota keluarga.

#### **2.1.6 Klasifikasi**

Menurut WHO (1998) Batasan usia lanjut meliputi (dalam Wijayanti, Kuswati, Sumedi, 2015):

- a. Usia pertengahan (middle age) yaitu usia 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (elderly) yaitu antara 60-74 tahun
- c. Lanjut usia tua (old) yaitu antara 75-90 tahun
- d. Lanjut usia sangat tua (very old) yaitu diatas 90 tahun.

#### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Untari, Novijayanti & Sugihartiningsih (2019) pada lansia pemeriksaan dilakukan dapat dimulai dengan pemeriksaan sederhana hingga yang paling seksama sebagaimana berikut:

- a. Lansia mengeluh mengalami gangguan ingatan, daya pikir. Misalnya, kurang lancar berbicara, sulit menentukan kata-kata yang tepat (fungsi eksekutif yang terganggu).
- b. Menanyakan riwayat keluhan dari keluarga atau relasi yang terdekat maupun yang terpercaya.
- c. Pemeriksaan skrining neuropsikologis/kognitif mini mental state examination (MMSE), skrining 7 menit. Tes ini yang paling sering dipakai mencakup tes orientasi, perhatian, bahasa, memori dan keterampilan visual pasial. Pemeriksaan ini mempunyai skor maksimal 30,



Jika mempunyai skor  $\leq 24$ , pasien dapat dikatakan gangguan kognitif/demensia.

- d. Diagnostic medis lainnya, meliputi:
  - 1) CT Scan dan Magnetic Resonance Imaging (MRI)
  - 2) Positron Emission Tomography (PET)
  - 3) Single Photo Emission Computed Tomography (SPECT)
- e. Pemeriksaan neurologic lengkap, Pemeriksaan laboratorium darah dan radiologi.
- f. Pemeriksaan EEG, walaupun tidak memberi gambaran spesifik demensia.

#### 2.1.8 Komplikasi

Menurut Untari, Novijayanti & Sugihartiningsih (2019), Apabila demensia tidak ditangani maka gejala yang ditimbulkan akan memberat seperti:

- a. Ketidakmandirian dan inaktif yang total.
- b. Tidak mengenali lagi anggota keluarga (disorientasi personal).
- c. Sukar memahami dan menilai peristiwa.
- d. Tidak mampu menemukan jalan di sekitar rumah sendiri.
- e. Kesulitan berjalan.
- f. Mengalami inkontinensia (berkemih atau defekasi)
- g. Menunjukkan perilaku tidak wajar di masyarakat.
- h. Akhirnya bergantung pada kursi roda/ tempat tidur.
- i. Gangguan psikologis yang sering terlihat adalah depresi, ansietas, tidak dapat diam, apatis, dan paranoid.

### 2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien demensia menurut Aspiani (2014) sebagai berikut:

#### a. Farmakoterapi:

1. Untuk mengobati demensia alzheimer digunakan obat-obatan antikolinesterase seperti donepezil, rivastigmine, glantamine, memantin.
2. Demensia vaskuler membutuhkan obat-obatan anti platelet seperti aspirin, ticlopidine, clopidogrel untuk melancarkan aliran darah ke otak sehingga memperbaiki gangguan kognitif. Demensia karena stroke yang berturut-turut tidak dapat diobati, tetapi perkembangannya bisa diperlambat atau bahkan dihentikan dengan mengobati tekanan darah tinggi atau kecing manis yang berhubungan dengan stroke.
3. Jika hilangnya ingatan disebabkan oleh depresi, diberikan obat anti-depresi seperti Sertraline dan Citalopram.
4. Untuk mengendalikan agitasi dan perilaku yang meledak-ledak, yang bisa menyertai demensia stadium lanjut, sering digunakan antipsikotik (misalnya Haloperidol, Quetiaone dan Risperidone).

#### b. Dukungan atau peran keluarga

Mempertahankan lingkungan yang familiar akan membantu penderita tetap memiliki orientasi. Kalender yang besar, cahaya yang terang, jam dinding dengan angka angka.

#### c. Terapi Simtomatik

Memurut Erwanto & Kurniasih (2018) Penderita penyakit demensia dapat

diberikan terapi simptomatika yaitu terapi rekreasi dan aktifitas dimana upaya yang dapat dilakukan dengan memberikan terapi brain gym. Brain gym ini berupa senam otak dengan melibatkan petugas untuk mengajarkan gerakan-gerakan mudah pada pasien demensia.

## **2.2 Konsep Dasar Tindakan Art Therapy Mewarnai**

### **2.2.1 Definisi *Art Therapy* Mewarnai**

Kegiatan mewarnai merupakan kegiatan yang menyenangkan dan dapat dilakukan oleh siapapun sekalipun individu tersebut tidak dapat menggambar atau mewarnai (Murdiyanti, 2019). Melalui media gambar, individu akan memahami persepsi dan perasaan yang terjadi pada dirinya dan membantu individu untuk menggali cara menyelesaikan masalah serta menemukan harapan untuk membantu hidup menjadi lebih baik (Pranata & Fari, 2020).

Terapi seni ini dapat diartikan sebagai suatu kegiatan yang membantu seseorang dalam mengekspresikan diri, meningkatkan keterampilan *coping* individu, mengelola stress, memperkuat rasa percaya diri dan memenuhi kebutuhan emosional (Malchiodi, 2013). Teknik pemberian terapi mewarnai dilakukan dengan cara lansia memberikan warna pada lembar mewarnai dengan crayon selama 60 menit.

Art therapy seperti mewarnai membuat aktivitas otak lebih aktif. Kegiatan terapi seni yang dilakukan untuk lansia perlu diawali dengan kuis atau pertanyaan yang berkaitan dengan orientasi waktu, orang maupun tempat (Putri, Nurrachmah, Gayatri, 2012). Menurut Susanto (2012) menyatakan bahwa warna hijau dapat meningkatkan retensi short term memory lansia sebesar 18,4% pada lansia dengan

demensia. Kesimpulan yang didapatkan dari hasil penelitian dan beberapa referensi tersebut adalah terapi seni memungkinkan dapat memperbaiki nilai kognitif lansia dengan memperhatikan tingkat keparahannya. Terapi seni dapat digabungkan dengan terapi lainnya yang memicu aktivitas otak.

Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terapi mewarnai pada lansia dengan demensia efektif meningkatkan point fungsi kognitif pada lansia dengan demensia akan tetapi membutuhkan konsistensi terapi secara berulang serta waktu yang lama untuk dapat mencegah tingkat keparahan demensia.

### **2.2.2 Manfaat *Art Therapy* Mewarnai**

Menurut Mukhtar & Hadjam (2006) aktivitas mewarnai dapat menimbulkan perasaan tertarik dan menyenangkan pada individu serta merangsang partisipasi mereka karena dalam proses terapi ini individu melakukan sesuatu dan tidak hanya terlibat dalam pembicaraan. Fungsi menggambar atau mewarnai adalah sebagai berikut

1. Secara Fisik
  - a. Membantu koordinasi mata dan tangan, aktivitas tangan akan membantu pengembangan rasa (perasaan), ketangkasan/ketrampilan tangan, ketelitian dan gengaman tangan.
  - b. Membantu proses pengontrolan tangan dan jari, eksplorasi jari dan menggerakannya, keterampilan dan ketelitian, melatih otot-otot tangan.
2. Secara Sensori
  - a. Membantu fokus stimulasi sensori, memproses penglihatan visual dan



perhatian, kelengkapan feedback sensori.

- b. Membantu fokus perhatian visual dan memproses, menstimulasi ujung-ujung jari, visual sensori feedback, responsi terhadap input sensori.

### 3. Secara Komunikasi

- a. Membantu visualisasi perasaan dan ide-ide, proses ekspresi verbal, memberikan jalan untuk proses ekspresi diri melalui warna dan gambar visual, mempromosikan hubungan dan interaksi dengan teman-teman sebaya lainnya.
- b. Membantu pengembangan non verbal ekspresi, emosi, ide dan pesan yang ingin disampaikan, diskusi verbal tentang hasil karyanya, kesempatan untuk menyampaikan ekspresi verbalnya secara spontan.

### 4. Secara Kognitif

- a. Membantu stimulasi mental dan fokus, kemampuan pemecahan masalah dan pengorganisasian ide-ide, perhatian terhadap detail dan kreativitas.
- b. Membantu stimulasi mental, kemampuan penyelesaian masalah (contoh dalam pemilihan warna) dan kreativitas.

### 5. Secara Sosial dan Emosional

- a. Membantu melepaskan perasaan tegang dan mengurangi kecemasan, pemrosesan kepercayaan diri, memfasilitasi identifikasi emosi dan ekspresi serta kesadaran akan individualistis dan kemukakan.
- b. Membantu kepercayaan diri dan rasa dapat menyelesaikan sebuah



tugas/pekerjaan, sosialisai dan pembicaraan dengan teman lainnya, keluarga dan terapis, membantu kesabaran, menyesuaikan tindakan dan perasaan dalam sebuah ekspresi gambar.

### **2.2.3 Rencana Pelaksanaan *Art Therapy* Mewarnai**

Intervensi melalui art therapy pada partisipan dilakukan sebanyak 6 hari pada tanggal 21 mei 2024 – 26 mei 2024. Rencana pelaksanaan latihan art therapy diuraikan sebagai berikut yaitu:

#### **1. Sasaran**

Art Therapy ini akan diberikan kepada lansia dengan demensia mulai dari sangat ringan sampai dengan sedang dan dapat mengikuti kegiatan dengan baik. Apabila selama lansia melakukan art therapy merasa kelelahan, maka art therapy ini wajib dihentikan

#### **2. Tempat/Waktu**

Tempat pelaksanaan: Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan

Waktu : Selasa 21 mei 2024 – minggu 26 mei 2024

#### **3. Persiapan Alat**

Alat yang dibutuhkan selama art therapy menggambar adalah meja, kursi, kertas gambar, pensil gambar, pensil warna, crayon, spidol dancat air.

#### **4. Tata Tertib Pelaksanaan**

- a. Lansia yang telah di pilih dan bersedia menjadi responden dan telah dilakukan randomisasi untuk menjadi kelompok intervensi wajib mengikuti art therapy mewarnai sesuai jadwal yang telah ditetapkan.
- b. Art Therapy mewarnai terdiri dari 4 sesi yaitu sesi pertama pengenalan

dan penjelasan (10 menit). Sesi kedua, lansia diminta untuk menggambar bentuk sesuai contoh digambar (15 menit). Sesi ketiga, lansia diminta mewarnai bebas dengan berdasarkan bentuk yang telah dibuat tadi (60 menit), dan sesi keempat, sesi diskusi dimana lansia diminta menceritakan tentang gambar yang telah dibuatnya tersebut (15 menit).

#### 2.2.4 Evaluasi

**Tabel 2. 1**  
**Penilaian**

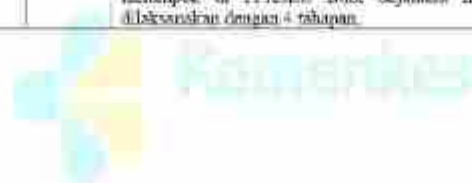
No	Aspek Yang Dinilai	Lansia	
		Ya	Tidak
1	Sesi Perkenalan dan penjelasan		
	a. Responden mendengarkan perkenalan peneliti		
	b. Responden mengerti tujuan <i>art therapy</i> menggambar/ mewarnai		
	c. Responden mengerti prosedur pelaksanaan <i>art therapy</i> menggambar/ mewarnai		
	d. Responden mendapatkan bahan-bahan <i>art therapy</i> menggambar/ mewarnai		
2	Sesi Menggambar dan mewarnai		
	a. Responden mendapatkan kertas gambar dan pewarna (pensil warna, spidol, crayon, cat air)		
	b. Responden mampu menggambar berdasarkan pada contoh gambar yang telah dibuat dengan pensil gambar		
	c. Responden mampu mewarnai gambarnya dengan rapi (tidak melebihi batas garis)		
3	Sesi Diskusi		
	- Responden mampu menceritakan sesuai dengan gambar yang telah dibuatnya		

## 2.2.5 Tabel Review

**Tabel 2. 2**  
**Review Jurnal Artikel Penelitian**

Nama peneliti	Tahun	Metode penelitian	Bentuk intervensi	Hasil penelitian
Noor Rochmah Ida Ayu TP, dkk	2019	Penelitian ini merupakan penelitian quasi experimental untuk mengetahui perubahan fungsi kognitif pada lansia setelah diberikan terapi warna mandala. Subjek penelitian meliputi 17 lansia yang terdiagnosis memiliki gangguan fungsi kognitif dalam berbagai tingkat keparahan. Penelitian dilakukan di Posyandu Lansia Desa Tardakanti, kecamatan Keselom. Subjek penelitian dibatasi pada lansia yang tidak memiliki riwayat menggunakan obat-obatan terlarang ataupun alkohol yang dapat mempengaruhi kesehatan otak dan dalam kondisi sadar. Pengumpulan data dilakukan melalui pengukuran fungsi kognitif dengan menggunakan instrumen MMSE.	Pemberian terapi warna dan peningkatan fungsi kognitif pada lansia dengan demensia	Hasil penelitian didapatkan bahwa lebih dari separuh subyek penelitian berada pada rentang umur 60-74 tahun dengan dominasi jenis kelamin perempuan dan tidak sekolah. Subjek penelitian didominasi oleh lansia yang tidak sekolah atau tidak lulus sekolah dasar. Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terapi mewarnai Mandala pada lansia dengan demensia efektif meningkatkan poin fungsi kognitif pada lansia dengan Demensia akan tetapi membutuhkan konsistensi terapi secara beriringan serta waktu yang lama untuk dapat mencapai tingkat keparahan Demensia.
Triah Kusumah dan SunWilyanti	2017	Metode penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini adalah narasi yaitu uraian laporan terhadap suatu masalah penting dalam kasus yang dipilih yaitu uraian keperventian pada lansia dengan gangguan memori. Kriteria responden dalam studi kasus ini yaitu lansia dengan usia >60 tahun yang mengalami gangguan memori beresida menjadi responden. Lansia diintervensi selama 2 minggu dengan pemberian intervensi keparawatan berupa terapi menggambar dan senam otak dengan bentuk	Terapi menggambar dan senam otak sebagai intervensi terhadap fungsi kognitif pada lansia dengan demensia.	Hasil pengkajian awal menunjukkan subjek studi kasus berjenis kelamin perempuan, mengalami sering mengalami lupa terhadap tanggal, waktu, dan melakukan barang. Hasil pretest menggunakan instrumen Mini-Mental State Examination (MMSE) didapatkan skor 22 yang menunjukkan klien dalam kategori kerusakan kognitif ringan. Penurunan fungsi kognitif akhirnya disebabkan oleh gangguan pada sistem saraf pusat dan sering kali terjadi

Nama peneliti	Tahun	Metode penelitian	Bentuk intervensi	Hasil penelitian
		1 kali/hari selama 20-30 menit. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah lembar Mini Mental State Examination (MMSE).		mengalami gangguan kognitif seperti disorientasi waktu, tempat, orang, dan tidak mudah menerima hal baru. (Rendi & Fadillah, 2020)
Nural Rizka Rizkiyanti, dkk	2023	Metode pemecahan masalah yang diterapkan adalah dengan menggunakan kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok Terapan "Terapi Seni Mewarnai Pada Lansia" di PPRSU Budi Sejilitera yang dilaksanakan selama 1 hari pada hari jumat 3 November 2023 di PPRSU Budi Sejilitera Kabupaten Kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok di PPRSU Budi Sejilitera ini dilaksanakan dengan 4 tahapan:	Terapi aktivitas kelompok terapan "terapi seni mewarnai pada lansia"	Hasil kegiatan terapi aktivitas kelompok di PPRSU Budi Sejilitera Bannabaru hasil diskusi yang mereka ungkapkan setelah melakukan kegiatan mewarna adalah: 1. Dapat mengisi waktu luang untuk lansia 2. Melalui gerak tangan (gerak motorik) 3. Fungsi Kognitif Pada Lansia



## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik**

### **2.3.1 Definisi Lansia**

Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun keatas baik pria maupun wanita, yang masih aktif beraktivitas dan bekerja ataupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri sehingga bergantung kepada orang lain untuk menjalani hidupnya (Tamher, 2019). Menurut (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang memiliki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut aging proses atau proses penuaan.

Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok-kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut aging process (Cunningham & Brookbank, 1988 dalam Sarida et all, 2020).

### **2.3.2 Batasan lansia**

Di Indonesia lanjut usia adalah usia 60 tahun keatas. Beberapa pendapat para ahli tentang batasan usia adalah sebagai berikut:

1. Menurut World Health Organization (WHO), ada empat tahapan yaitu: Usia pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun; Lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun; Lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun; dan Usia sangat tua (very old) usia > 90 tahun.
2. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih



dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan).

### 2.3.3 Karakteristik Pada Lansia

Menurut Depkes RI (2019) klasifikasi lansia terdiri dari:

- a. Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- b. Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- d. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

### 2.3.4 Perubahan Pada Lanjut Usia

Menurut Potter & Perry (2013) proses menua mengakibatkan terjadinya banyak perubahan pada lansia yang meliputi:

#### 1. Perubahan fisiologis

Kesehatan pada lansia umumnya bergantung pada persepsi pribadi atas kemampuan fungsi tubuhnya. Lansia yang memiliki kegiatan harian atau rutin biasanya menganggap dirinya sehat, sedangkan lansia yang memiliki gangguan fisik, emosi, atau sosial yang menghambat kegiatan akan menganggap dirinya sakit.

Perubahan fisiologis pada lansia beberapa diantaranya, kulit kering, penipisan rambut, penurunan pendengaran, penurunan refleks batuk, pengeluaran lender, penurunan curah jantung dan sebagainya. Perubahan

tersebut tidak bersifat patologis, tetapi dapat membuat lansia lebih rentan terhadap beberapa penyakit. Perubahan tubuh terus menerus terjadi seiring bertambahnya usia dan dipengaruhi kondisi kesehatan, gaya hidup, stressor, dan lingkungan.

## 2. Perubahan fungsional

Penurunan fungsi yang terjadi pada lansia biasanya berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahannya yang akan memengaruhi kemampuan fungsional dan kesejahteraan seorang lansia.

Status fungsional lansia merujuk pada kemampuan dan perilaku aman dalam aktivitas harian activity of daily living (ADL). ADL sangat penting untuk menentukan kemandirian lansia. Perubahan yang mendadak dalam ADL merupakan tanda penyakit akut atau perburukan masalah kesehatan.

## 3. Perubahan kognitif

Perubahan struktur dan fisiologis otak yang dihubungkan dengan gangguan kognitif (penurunan jumlah sel dan perubahan kadar neurotransmitter) terjadi pada lansia yang mengalami gangguan kognitif maupun tidak mengalami gangguan kognitif. Gejala gangguan kognitif seperti disorientasi, kehilangan keterampilan berbahasa dan berhitung, serta penilaian yang buruk bukan merupakan proses penuaan yang normal.

## 4. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial selama proses penuaan akan melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan. Semakin panjang usia seseorang,

maka akan semakin banyak pula transisi dan kehilangan yang harus dihadapi.

Menurut Ratnawati (2017) perubahan psikososial erat kaitannya dengan keterbatasan produktivitas kerjanya. Oleh karena itu, lansia yang memasuki masa-masa pensiun akan mengalami kehilangan-kehilangan sebagai berikut:

- a. Kehilangan pedapatan berkurang (finansial).
- b. Kehilangan status
- c. Kehilangan teman / kenalan atau relasi
- d. Kehilangan pekerjaan/kegiatan.

### 2.3.5 Tipe-tipe Lansia

Ada beberapa tipe yaitu:

#### a. Tipe arif bijaksana

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

#### b. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan. Tipe tidak puas. Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengekritik dan banyak tuntutan.

c. Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu Nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan kegiatan apa saja.

d. Tipe Bingung

Keget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh Tipe lain dari lansia yaitu tipe optimis, tipe konstruktif, tipe independent (ketergantungan), tipe defensive (bertahan), tipe militan dan serius, tipe pemarah/frustasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci terhadap diri sendiri) (Siregar et al., 2020).

## 2.4 Asuhan Keperawatan Gerontik

### 2.4.1 Definisi asuhan keperawatan gerontik

Keperawatan gerontik atau keperawatan gerontologi merupakan spesialis keperawatan lanjut usia yang menjalankan peran dan tanggung jawab terhadap tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan ilmu pengetahuan, keahlian, keterampilan, teknologi dan seni dalam merawat untuk meningkatkan fungsi optimal lanjut usia secara komprehensif.

Keperawatan gerontik adalah suatu bentuk praktek keperawatan profesional yang ditujukan pada lansia baik sebat maupun sakit yang bersifat komprehensif terdiri dari bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Maunaturrohmah & Yuswatiningsih, 2018).



## 2.4.2 Fokus Asuhan Keperawatan Gerontik

### 1. Peningkatan Kesehatan (health Promotion)

Upaya yang dilakukan adalah memelihara kesehatan dan mengoptimalkan kondisi lansia dengan menjaga perilaku yang sehat. Contohnya adalah memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang pada lansia, perilaku hidup bersih dan sehat serta manfaat olah raga.

### 2. Pencegahan penyakit (preventif)

Upaya untuk mencegah terjadinya penyakit karena proses penuaan dengan melakukan pemeriksaan secara berkala untuk mendeteksi sedini mungkin terjadinya penyakit, contohnya adalah pemeriksaan tekanan darah, gula darah, kolesterol secara berkala, menjaga pola makan, contohnya makan 3 kali sehari dengan jarak 6 jam, jumlah porsi makanan tidak terlalu banyak mengandung karbohidrat (nasi, jagung, ubi) dan mengatur aktifitas dan istirahat, misalnya tidur selama 6-8 jam/24 jam.

### 3. Mengoptimalkan fungsi mental

Upaya yang dilakukan dengan bimbingan rohani, diberikan ceramah agama, sholat berjamaah, senam Gerak Latih Otak (GLO) dan melakukan terapi aktivitas kelompok, misalnya mendengarkan musik bersama lansia lain dan menebak judul lagunya.

### 4. Mengatasi gangguan kesehatan yang umum

Melakukan upaya kerjasama dengan tim medis untuk pengobatan pada penyakit yang diderita lansia, terutama lansia yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit, misalnya pada saat kegiatan posyandu lansia.



### **2.4.3 Tujuan Asuhan Keperawatan Gerontik**

1. Lanjut usia dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dan produktif.
2. Mempertahankan kesehatan serta kemampuan lansia seoptimal mungkin.
3. Membantu mempertahankan dan meningkatkan semangat hidup lansia (*Life Support*).
4. Menolong dan merawat klien lanjut usia yang menderita penyakit (kronis atau akut).
5. Memelihara kemandirian lansia yang sakit seoptimal mungkin.

## **2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Demensia**

### **2.5.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnose, penetapan kekuatan, dan kebutuhan promosi Kesehatan lansia (Setianingrum, 2021). Adapun faktor yang mempengaruhi pengkajian pada lansia yaitu interelasi adanya penyakit dan ketidakmampuan status fungsional.

1. Pengkajian yang harus dilakukan terutama pada lansia yaitu:
  - a) Identitas, meliputi: nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, alamat sebelum tinggal di panti, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan penanggung jawab.
  - b) Riwayat masuk panti: menjelaskan mengapa memilih tinggal di panti dan bagaimana prosesnya sehingga dapat bertempat tinggal di panti.

- c) Riwayat keluarga: menggambarkan silsilah (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)
- d) Riwayat pekerjaan: menjelaskan status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, dan sumber-sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.
- e) Riwayat lingkup hidup, meliputi: tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal di rumah, derajat privasi, alamat, dan nomor telepon.
- f) Riwayat rekreasi meliputi: hoby/minat, keanggotaan organisasi, dan liburan.
- g) Sumber/ sistem pendukung: sumber pendukung adalah anggota atau staf pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat atau klinik.
- h) Deskripsi harian khusus kebiasaan ritual tidur: menjelaskan kegiatan yang dilakukan sebelum tidur. Pada pasien lansia dengan hipertensi mengalami susah tidur sehingga dilakukan ritual atau pun aktivitas sebelum tidur.
- i) Status kesehatan saat ini, meliputi: status kesehatan umum selama setahun yang lalu, status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu, keluhan-keluhan kesehatan utama, serta pengetahuan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan.
- j) Obat-obatan: menjelaskan obat yang telah dikonsumsi, bagaimana mengonsumsinya, atas nama dokter siapa yang menginstruksikan dan tanggal resep.

- k) Status imunisasi: mengkaji status imunisasi klien pada waktu dahulu
- l) Nutrisi: menilai apakah ada perubahan nutrisi dalam makan dan minum, pola konsumsi makanan dan riwayat peningkatan berat badan. Biasanya pasien dengan hipertensi perlu memenuhi kandungan nutrisi seperti karbohidrat, protein, mineral, air, lemak, dan serat. Tetapi diet rendah garam juga berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pada klien.

## 2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menentukan tanda klinis dari penyakit dengan teknis inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi.

- a. Pada pemeriksaan kepala dan leher: meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warna rambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva dan sklera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, tekanan bola mata, cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung, dan septum nasi, menilai ukuran telinga, ketegangan telinga, kebersihan lubang telinga, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum dan orofaring, posisi trakea, tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis serta denyut nadi karotis. Pada pemeriksaan payudara meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (warna kemerahan pada mammae, oedema, papilla mammae menonjol atau tidak, hiperpigmentasi areola mammae, apakah ada pengeluaran cairan pada puting susu), palpasi (menilai apakah ada benjolan, pembesaran

kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri tekan).

- b. Pada pemeriksaan thoraks: meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk dada, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas), palpasi (penilaian vocal premitus), perkusi (menilai bunyi perkusi apakah terdapat kelainan), dan auskultasi (penilaian suara nafas dan adanya suara nafas tambahan).
- c. Pada pemeriksaan jantung: meliputi inspeksi dan palpasi (mengamati adatidaknya pulsasi serta ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (mendengar bunyi jantung, bunyijantung tambahan, ada atau tidak bising/murmur)
- d. Pada pemeriksaan abdomen: meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk abdomen, benjolan/massa, bayangan pembuluh darah, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen), auskultasi(bising usus atau peristalik usus dengan nilai normal 5-35 kali/menit), palpasi (terdapat nyeri tekan, benjolan/masa, benjolan/massa, pembesaran hepar dan lien) dan perkusi (penilaian suara abdomen serta pemeriksaan asites).
- e. Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya: meliputi area pubis, meatus uretra, anus serta perineum terdapat kelainan atau tidak. Pada pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan ekstremitas, kesimetrisan cara berjalan.
- f. Pemeriksaan integument meliputi: kebersihan, kehangatan, warna,



turgor kulit, tekstur kulit, kelembaban serta kelainan pada kulit serta terdapat lesi atau tidak.

- g. Pada pemeriksaan neurologis: meliputi pemeriksaan tingkatan kesadaran (GCS), pemeriksaan saraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan reflex.

### 3. Pemeriksaan Penunjang

- a. CT Scan
- b. MRI
- c. *Positron Emission Tomography* (PET)
- d. *Single Photo Emission Computed Tomography* (SPECT)
- e. Pemeriksaan neurologi lengkap
- f. Pemeriksaan laboratorium darah dan radiologi
- g. Pemeriksaan EEG, walaupun tidak memberi gambaran spesifik demensia.
- h. Pemeriksaan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM IV)
- i. Pemeriksaan kriteria *National Institute of Neurological and Communicative Disorder Association* (NINCDS-ADRDA)

Hal yang perlu diperhatikan pada saat melakukan pengkajian kepada lansia adalah sebagai berikut:

- a. Perubahan fisik, terdapat wawancara dan pemeriksaan fisik berupa pengkajian sistem persyarafan, mata, pendengaran, kardiovaskuler, sistem gastrointestinal, sistem genitourinarius, sistem integument dan sistem



- musculoskeletal.
- b. Perubahan psikologis
- c. Perubahan sosial ekonomi
- d. Perubahan spiritual
- e. Pengkajian Khusus Pada Lansia
- f. Pengkajian status fungsional dengan pemeriksaan Barthel Indeks

**Tabel 2. 3**  
**Pengkajian Barthel Indeks**

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1.	Makan	5	10
2.	Minum	5	10
3.	Pindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5 – 10	15
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh)	5	10
6.	Mandi	0	5
7.	Berjalan dipermukaan datar	10	15
8.	Naik turun tangga	5	10
9.	Berpakaian	5	10
10.	Kontrol bowel	5	10
11.	Kontrol bladder	5	10
12.	Olahraga atau latihan	5	10
13.	Rekreasi atau pemanfaatan waktu luang	5	10
	<b>Total</b>		<b>100</b>

Penilaian:

$\geq 60$  : Ketergantungan total

65 – 125 : Ketergantungan sebagian

$\geq 130$  : Mandiri

g. *Morse Fall Scale* (MFS) / Skala jatuh dari morse

**Tabel 2. 4**  
**Pengkajian Skala Jatuh Morse (MFS)**


No.	Pengkajian	Skala	Nilai
1.	Riwayat jatuh: Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak: 0 Ya: 25	
2.	Diagnosa sekunder Apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak: 0 Ya: 15	
3.	Alat bantu jalan: a. Bed rest/dibantu perawat b. Kruk/tongkat/walker c. Berpegangan pada benda disekitar (kursi, lemari, meja)	0 15 30	
4.	Terapi intravena: Apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak: 0 Ya: 10	
5.	Gaya berjalan/cara berpindah: a. Normal/bedrest/mobilisasi (tidak dapat bergerak sendiri) b. Lemah (tidak bertenaga) c. Gangguan/tidak normal (pincang, diseret)	0 10 20	
6.	Status mental: a. Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri b. Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	0 15	
		<b>Total skala</b>	

**Tabel 2. 5**  
**Hasil penelitian MFS**

Tingkat resiko	Skor MFS	Tindakan
Tidak ada resiko	0 – 24	Perawatan dasar
Resiko rendah	25 -50	Intervensi pencegahan resiko jatuh standar
Resiko tinggi	$\geq 51$	Intervensi pencegahan resiko jatuh tinggi

## h. Mini Mental State Exam (MMSE)

**Tabel 2. 6**  
**Pengkajian MMSE**

Nilai Maksimum	Pasien	Pertanyaan
<b>Orientasi</b> 5		Tahap musim, tanggal, hari, bulan apa sekarang? Dimana kita (negara, provinsi, kota) di RS mana? Ruangan apa?
<b>Registrasi</b> 5  3		Sebutkan 3 objek (buku, pulpen, kalender) 1 detik uruk mengatakan masing-masing objek. tanyakan pada lansia 3 objek setelah anda katakan.  Berikan poin untuk jawaban benar, ulangi sampai lansia mempelajari ke 3 nya dan jumlahkan skor yang telah dicapai
<b>Perhatian dan kalkulasi</b> 5		Pilihlah kata dengan 5 huruf, misal kata "Indah" berhenti setelah 3 huruf, beri 1 point tiap jawaban benar.  Kemudian dilanjutkan, apakah lansia masih ingat huruf lanjutnya atau disuruh mengeja terbalik kata "indah" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan)
<b>Mengingat</b> 3		Minta untuk mengulang ke 3 objek diatas. Berikan 1 point untuk jawaban benar.
<b>Bahasa</b> 2  1  3  1  1		Sebutkan nama benda yang ditunjukkan (buku, pulpen)  Mengulangi kata/rangkaian kata (tanda anda)  Melakukan perintah (ambil kertas dengan tangan kanan, lipatlah menjadi 2 dan letakkan di meja. Membaca dan melakukan perintah (angkatlah tangan kiri anda).  Menulis sebuah kalimat (spontan)  Meniru gambar dibawah  
<b>Total = 30</b>		

Keterangan:

> 24 : Askep kognitif baik

18– 23 : Probable gangguan Kognitif

≤ 17 : Definite gangguan kognitif

- i. Pengkajian Psikososial: Pengkajian ini menggunakan skala depresi geriatric bentuk singkat dari Yesavage (1983):

**Tabel 2. 7**  
**Pengkajian Psikososial**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?		✓
2.	Sudah kah anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda?	✓	
3.	Apakah anda merasa bahwa hidup anda kosong?	✓	
4.	Apakah anda sering bosan?	✓	
5.	Apakah anda sudah mempunyai semangat yang baik seperti waktu?		✓
6.	Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda?	✓	
7.	Apakah anda merasa Bahagia di setiap waktu?		✓
8.	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah pada malam hari daripada pergi dan melakukan sesuatu yang baru?	✓	
9.	Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya?	✓	
10.	Apakah anda berpikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini?		✓
11.	Apakah anda merasa saya (perawat) sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang?	✓	
12.	Apakah anda merasa penuh berenergi semangat?		✓
13.	Apakah anda berpikir bahwa situasi anda tak ada harapan?	✓	
14.	Apakah anda berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada anda?	✓	

Keterangan:

Skor: hitung jumlah jawaban yang sesuai indikasi (tanda "V") setiap jawaban yang sesuai diberi nilai 1 poin. Skor 5-9 menunjukkan kemungkinan depresi dan Skor 10 atau lebih menunjukkan depresi.

### 2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian yang telah dikumpulkan kemudian digunakan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi pada klien khususnya lansia baik itu aktual, risiko, maupun potensial. Masalah yang terjadi pada klien dirumuskan dalam bentuk diagnosa keperawatan dengan menggunakan panduan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Dalam tinjauan teori, diagnosa yang dapat muncul pada lansia dengan demensia, sebagai berikut:

a. Gangguan memori (D.0062):

Ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku.

Penyebab:

- a. Ketidakadekuatan stimulasi intelektual
- b. Gangguan sirkulasi ke otak
- c. Gangguan volume cairan dan/ atau elektrolit
- d. Proses penuaan
- e. Hipoksia
- f. Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- g. Efek agen farmakologis
- h. Penyalahgunaan zat
- i. Faktor psikologis
- j. Distraksi lingkungan.

Tanda dan Gejala



a. Mayor

1. Subjektif: 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.
2. Objektif: tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya

b. Minor

1. Subjektif: lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan, Merasa mudah lupa
2. Objektif: tidak tersedia.

b. Defisit Perawatan diri (D.0109):

Tidak mampu melakukan/menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab:

- 1) Gangguan musculoskeletal
- 2) Gangguan neuromuscular
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

Tanda dan Gejala

a. Mayor

- 1) Subjektif: menolak melakukan perawatan diri
- 2) Objektif: tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan,

berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

b. Minor

- 1) Subjektif: tidak tersedia
- 2) Objektif: tidak tersedia

c. Gangguan persepsi sensorial (D.0085)

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal/ eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

Penyebab:

- 1) Gangguan penglihatan
- 2) Gangguan pendengaran
- 3) Gangguan penciuman
- 4) Gangguan perabaan
- 5) Hipoksia serebral
- 6) Penyalahgunaan zat
- 7) Usia lanjut
- 8) Pemajanan toksin lingkungan

Tanda dan gejala

a. Mayor

- 1) Subjektif: mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecapan
- 2) Objektif: distorsi sensorial, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat/ mendengar/mengecap atau mencium sesuatu.

b. Minor

- 1) Subjektif: menyatakan kesal
- 2) Objektif: menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu/tempat/orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar mandir, bicara sendiri.

d. Gangguan komunikasi verbal (D.0119):

Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Penyebab:

- 1) Penurunan sirkulasi serebral
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Gangguan pendengaran
- 4) Gangguan muskuloskeletal
- 5) Kelainan palatum
- 6) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- 7) Hambatan individu (mis. Ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, harga diri rendah, gangguan emosi)
- 8) Hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

Tanda dan gejala

a. Mayor

- 1) Subjektif: tidak tersedia

2) Objektif: tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai.

b. Minor

1) Subjektif: tidak tersedia

2) Objektif: afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit/tidak mampu menggunakan ekspresi wajah/ tubuh, sulit Menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang/ruang/waktu, defisit penglihatan, delusi.

e. Koping tidak efektif (D.0096):

Ketidakmampuan menilai dan merespons stresor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah.

Penyebab:

- 1) Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
- 2) Ketidakadekuatan sistem pendukung
- 3) Ketidakadekuatan strategi koping
- 4) Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan
- 5) Ketidak cukupan persiapan untuk menghadapi stressor
- 6) Disfungsi sistem keluarga
- 7) Krisis situasional dan maturasional
- 8) Kerentanan personalitas
- 9) Ketidakpastian

## Tanda dan Gejala

### a. Mayor

- 1) Subjektif: mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah
- 2) Objektif: tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan, menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai.

### b. Minor

- 1) Subjektif tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, kekhawatiran kronis.
- 2) Objektif: penyalahgunaan zat, memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri, perilaku tidak asertif, partisipasi sosial kurang.

### f. Risiko cedera (D.0136):

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

#### Faktor resiko:

- a) Eksternal: Terpapar pathogen; Terpapar zat kimia toksik; Terpapar agen nosocomial; dan Ketidak amanan transportasi.
- b) Internal: ketidak normalan profil darah, perubahan orientasi afektif, perubahan sensasi, disfungsi autoimun, disfungsi biokimia, hipoksia jaringan, kegagalan mekanisme pertahanan tubuh, kegagalan mekanisme pertahanan tubuh malnutrisi, perubahan fungsi psikomotor dan kognitif

### g. Risiko jatuh



Faktor risiko adalah kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan pasien mengalami masalah Kesehatan.

Penyebab :

- a. Usia  $\geq$  65 tahun (pada dewasa) atau  $\leq$  2 tahun (pada anak)
- b. Riwayat jatuh
- c. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
- d. Penggunaan alat bantu berjalan
- e. Penurunan tingkat kesadaran
- f. Perubahan fungsi kognitif
- g. Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)
- h. Kondisi pasca operasi
- i. Hipotensi ortostatik
- j. Perubahan kadar glukosa darah
- k. Anemia
- l. Kekuatan otot menurun
- m. Gangguan pendengaran
- n. Gangguan keseimbangan
- o. Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
- p. Neuropati
- q. Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)

### 2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia. Ada 2 langkah dalam tahap intervensi yaitu menetapkan tujuan dan kriteria hasil dengan menggunakan panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) serta mengidentifikasi tindakan yang akan dilakukan dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

**Tabel 2. 8**  
**Intervensi Keperawatan**

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	<b>Gangguan memori (D.0062)</b>	<p><b>Memori (L.09079)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan memori meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kemampuan mem pelajari hal baru meningkat</li> <li>2. Verbalisasi kemampuan meng ingat informasi faktual meningkat</li> <li>3. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan meningkat</li> <li>4. Verbalisasi mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwa meningkat</li> <li>5. Melakukan kemampuan yang dipelajari meningkat.</li> <li>6. Verbalisasi pengalaman lupamenurun</li> <li>7. Verbalisasi lupa jadwal menurun</li> <li>8. Verbalisasi mudah lupa menurun</li> </ol>	<p><b>Latihan memori (1.06188)</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 identifikasi masalah yang dialami</li> <li>1.2 Identifikasi kesalahan terhadap orientasi</li> <li>1.3 Monitor perilaku dan perubahan memori</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien</li> <li>1.5 Koreksi kesalahan orientasi</li> <li>1.6 Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu</li> <li>1.7 Fasilitasi kemampuan Konsentrasi (senam otak)</li> <li>1.8 Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (seperti menany akan kembali nama petugas)</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.9 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			1.10 Ajarkan teknik memori yang tepat <b>Kolaborasi:</b> 1.11 Rujuk pada terapi okupasi, jika perlu
2	<b>Defisit perawatan diri (D.0109)</b>	<b>Perawatan diri (L.11103)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 7. Mempertahankan kebersihan diri dan mulut meningkat	<b>Dukungan perawatan diri(L.11348)</b> <b>Observasi:</b> 2.1 identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan dirisesuai usia 2.2 Monitor tingkat kemandirian 2.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan <b>Terapeutik:</b> 2.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2.5 Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat, gigi, dan sabun mandi) 2.6 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 2.8 Fasilitasi kemandirian. 2.9 Bmtu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 2.10Jadwalkan rutinitas perawatan diri <b>Edukasi:</b> 2.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
3.	<b>Gangguan persepsi sensori (D.0085)</b>	<b>Persepsi sensori(L.09083)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan meningkat 2. Verbalisasi melihat bayangan 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman pengecapan meningkat 4. Distorsi sensori meningkat 5. Perilaku halusinas	<b>Manajemen demensia (I.09286)Observasi:</b> 3.1 Identifikasi riwayat fisik, sosial, psikologis, dan kebiasaan 3.2 Identifikasi pola aktivitas (mis. Tidur, minum obat, eliminasi, asupan oral, perawatan) <b>Terapeutik:</b> 3.3 Sediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten, dan rendah stimulus (mis. Musik tenang, dekorasi sederhana, pencahayaan memadai, makan bersama pasien lain)

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		menurun 6. Menarik diri menurun 7. Melampi menurun 8. Curiga menurun 9. Mondar mandir menurun 10. Respons sesuai stimulus membaik 11. Konsentrasi membaik orientasi membaik	3.4 Orientasikan waktu, tempat dan orang 3.5 Gunakan distraksi untuk mengatasi masalah perilaku 3.6 Fasilitasi orientasi dengan simbol-simbol (mis. Dekorasi papan petunjuk, foto di beri nama huruf besar) 3.7 Libatkan kegiatan sesuai kemampuan kognitif dan minat <b>Edukasi:</b> 3.8 Anjurkan memperbanyak istirahat
4.	<b>Gangguan komunikasi verbal (D.0119)</b>	<b>Komunikasi verbal (L.13118)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Afasia menurun 6. Disfasia menurun Apraksia menurun 7. Dislaksia menurun 8. Disartria menurun 9. Afonia menurun 10. Dislalia menurun 11. Pelo menurun 12. Gagap menurun 13. Respons perilaku membaik 14. Pemahaman Komunikasi membaik Komunikasi verbal	<b>Promosi komunikasi: defisitbicara (L.13492)</b> <b>Observasi:</b> 4.1 Monitor kecepatan, tekanan kuantitas, volume, dan diksi bicara 4.2 Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa) 4.3 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4.4 Identifikasi perilakuemosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <b>Terapeutik:</b> 4.5 Gunakan metodekomunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar, dan huruf, isyarat tangan dan computer) 4.6 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan, dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus bicaralah dengan perlahan sambil men ghindari teriakgunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 4.7 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 4.8 Ulangi apa yang disampaikan pasien



No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			4.9 Berikan dukungan psikologis <b>Edukasi:</b> 4.10 Anjurkan berbicara perlahan 4.11 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <b>Kolaborasi:</b> 4.12 Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapi
5	<b>Koping tidak efektif (D.0096)</b>	<b>Status koping (L.09086)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan status koping membaik dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat 2. Perilaku koping adaptif meningkat 3. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat 4. Verbalisasi pengakuan masalah meningkat 5. Verbalisasi pengakuan masalah meningkat 6. Verbalisasi kelemahan diri meningkat 7. Perilaku asertif meningkat 8. Tanggung jawab diri meningkat 9. Orientasi realitas meningkat 10. Minat mengikuti perawatan/pengobatan meningkat 11. Kemampuan membina hubungan meningkat 12. Verbalisasi menyalahkan orang lain menurun 13. Verbalisasi rasionalisasi kegagalan menurun 14. Hipersensitif terhadap kritik menurun 15. Perilaku penyalahgunaan zat menurun 16. Perilaku manipulasi 17. Perilaku permusuhan menurun 18. Perilaku superior	<b>Manajemen mood (I.09289) Observasi:</b> 5.1 Identifikasi mood (mis. Tanda, gejala, riwayat Penyakit) 5.2 Identifikasi risiko keselamatan diri atau orang lain
6	<b>Resiko cedera (D.0136)</b>	<b>Tingkat cedera (L.14136)</b> Setelah dilakukan asuhan	<b>Manajemen lingkungan keselamatan (I.14513)</b>



No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		<p>keperawatan, diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleransi aktivitas meningkat</li> <li>2. Nafsu makan meningkat</li> <li>3. Toleransi makanan meningkat</li> <li>4. Kejadian cedera menurun</li> <li>5. Luka/lecet menurun</li> <li>6. Ketegangan otot menurun</li> <li>7. Fraktur menurun</li> <li>8. Perdarahan menurun</li> <li>9. Ekspresi wajah kesakitan menurun</li> <li>10. Agitasi menurun</li> <li>11. Iritabilitas menurun</li> <li>12. Gangguan mobilitas menurun</li> <li>13. Gangguan kognitif menurun</li> <li>14. Tekanan darah membaik</li> <li>15. Frekuensi nadi membaik</li> <li>16. Frekuensi nafas membaik</li> <li>17. Denyut jantung apica 1 membaik</li> <li>18. Denyut jantung radialis membaik</li> </ol> <p>Pola istirahat/tidur membaik</p>	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. Kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku)</li> <li>6.2 Monitor perubahan status keselamatan lingkungan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.3 Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. Fisik, biologis, dan kimia), jika memungkinkan)</li> <li>6.4 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko</li> <li>6.5 Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. pegangan tangan)</li> <li>6.6 Gunakan perangkat Pelindung (mis. Pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)</li> <li>6.7 Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis. Tumbal)</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.8 Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan.</li> </ol>
7.	Resiko jatuh d/d kekuatan otot menurun	<p><b>Tingkatan jatuh (L.14138)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan di harapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berdiri menurun.</li> <li>2. Jatuh saat berjalan menurun.</li> <li>3. Jatuh saat naik tangga menurun.</li> <li>4. Jatuh saat dikamar mandi menurun.</li> <li>5. Jatuh saat membungkuk menurun.</li> </ol>	<p><b>Pencegahan jatuh ( L.14540)</b> <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (misal usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).</li> <li>2.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang).</li> <li>2.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu.</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.4 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</li> <li>2.5 Orientasikan ruangan pada</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			klien <b>Edukasi :</b> 2.6 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. 2.7 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

*Sumber: Tim Pokja DPP PPNI, 2018*

#### 2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat oleh untuk mencapai hasil yang efektif dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan dan keterampilan dan pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang diberikan baik mutunya. Dengan demikian rencana yang telah ditentukan tercapai.

#### 2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan poses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi itu sendiri. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif.

1. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan. Dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan.
2. Evaluasi formatif atau disebut juga evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan.
3. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP:
  - S:** *Subjective* yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien.

**O:** *Objective* yaitu data yang di observasi oleh perawat atau keluarga.

**A:** *Analisis* yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif.

**P:** *Planning* yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.



## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Rencana Studi Kasus**

Penelitian ini ialah penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah pada asuhan keperawatan gerontik dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan gerontik yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

#### **3.2 Subyek Penelitian**

Partisipan penelitian keperawatan ini merupakan lansia yang sedang menjalampelayanan di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan. Kriteria sampel dalam penelitian ini meliputi:

1. Subyek adalah seorang lansia baik laki-laki maupun perempuan.
2. Lansia dengan diagnosa demensia.
3. Lansia berumur > 60 tahun.
4. Lansia bersedia bersedia menjadi responden.

#### **3.3 Fokus Studi Kasus**

Studi kasus ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan pada 1 pasien/klien dengan menekankan pada prosedur intervensi melakukan seni kerajinan Art Therapy/Mewarnai dalam mengatasi gangguan memori.

#### **3.4 Definisi Operasional**

Demensia adalah sindrom yang mencirikan berbagai gangguan fungsi



kognitif dan memori, termasuk intelegensi, belajar, daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi perhatian, konsentrasi, penyesuaian, serta kemampuan bersosialisasi. Untuk mengatasi pasien demensia, salah satu langkah yang diperlukan adalah melakukan pemeriksaan skrining neuropsikologis/kognitif menggunakan Mini Mental State Examination (MMSE). Interpretasi skor MMSE adalah sebagai berikut: Skor 24-30 menunjukkan fungsi kognitif normal, skor 19-23 mengindikasikan demensia ringan, skor 13-18 menandakan demensia sedang, dan skor 0-12 diartikan sebagai demensia berat.

Proses asuhan keperawatan gerontik pada lansia yang mengalami demensia melibatkan langkah-langkah yang dilakukan secara langsung terhadap klien yang mengalami masalah demensia. Tindakan asuhan keperawatan ini fokus pada klien dengan gangguan kognitif atau memori, mencakup pengkajian umum dan khusus pada lansia serta pemeriksaan fisik. Standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI), standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI), implementasi, dan evaluasi digunakan untuk mengatasi masalah yang dihadapi oleh lansia dengan demensia.

### **3.5 Instrumen Studi Kasus**

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

### **3.6 Metode Pengumpulan Data**

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan:



1. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesa berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga, dan lainnya. Sumber data bisa didapat dari klien, pengurus panti ataupun perawat.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi dan pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi mengukur tanda-tanda vital.

3. Observasi dan pemeriksaan fisik

Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan kuesioner).

### **3.7 Langkah Penelitian Studi Kasus**

Penelitian studi kasus diawali dengan penyusunan usulan penelitian dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh penguji maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek penelitian.

### **3.8 Lokasi Dan Waktu Penelitian**

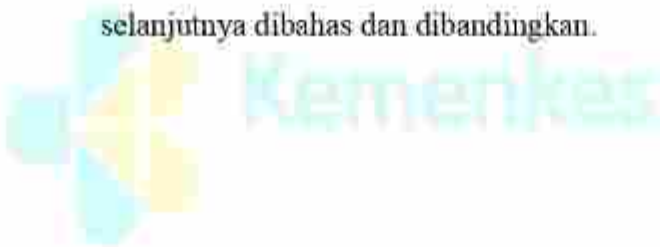
Studi kasus ini dilakukan di Panti Jompo Bhakti Abadi Kota Balikpapan dan sasaramnya adalah lausia. Lama waktu penelitian dapat disesuaikan dengan target keberhasilan dari tindakan, dilakukan selama 7 hari (dengan 5-6x kunjungan).

### **3.9 Analisis Data**

Dalam studi kasus, pengolahan data dilakukan dengan menerapkan aturan-

aturan yang disesuaikan dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan. Dalam proses analisis data, data yang terkumpul dikaitkan dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk mencapai kesimpulan dalam menilai masalah keperawatan. Metode analisis data melibatkan:

- a. Data dikumpulkan melalui pengkajian klien menggunakan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan dokumentasi.
- b. Data yang diperoleh dari pengkajian dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, setelah itu dilakukan perbandingan.
- c. Penyajian data yang dilakukan dengan menggunakan tabel.
- d. Kesimpulan, penulis akan menarik kesimpulan setelah data disajikan, selanjutnya dibahas dan dibandingkan.



## BAB 4

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian mengenai asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan 2024. Berikut adapun uraikan hasil penelitian yaitu:

#### 4.1 Hasil studi kasus

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan yang terletak di Jalan Sosial 7, RT. 35, No. 10, Kelurahan Sepinggian, Kecamatan Balikpapan Selatan, Kota Balikpapan, Kalimantan Timur, Kode Pos 76116. Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan terdiri dari 3 asrama, yaitu 2 asrama laki-laki dan 1 asrama perempuan, tiap asrama tersedia 10 kasur dengan fasilitas kamar mandi di dalamnya, bangunan panti jompo bersifat permanen, lantai dilapisi keramik, dan lingkungan panti yang berada di sekitar rumah warga.

##### 4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

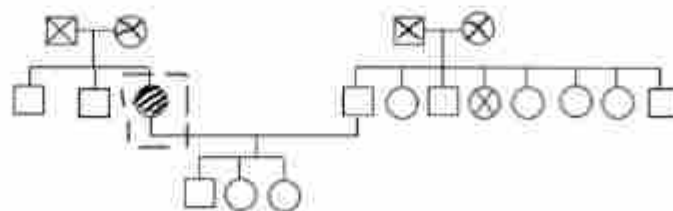
###### 1. Pengkajian

**Tabel 4. 1 Hasil anamnesis identitas Klien dengan Demensia di Panti Jompo Balikpapan tahun 2024**

Identitas	Hasil
Nama	Ny. K
Umur	60 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Pendidikan terakhir	SMA
Pekerjaan sebelumnya	Jalan jalan
Alamat sebelum di panti	-
Tanggal masuk panti	April , 2024
Tanggal pengkajian	20 Mei , 2024
Kamar	Asrama 1
Penanggung jawab	Diri sendiri

Identitas	Hasil
Pekerjaan penanggung jawab	-
Sumber informasi	Klien dan kepala panti jompo
Riwayat masuk panti	Klien datang sendiri ke panti jompo
Proses masuk panti	klien datang sendiri ke panti jompo di karenakan kondisi klien menurun,tidak ada biaya hidup ,tidak ada yang mengurus nya, klien telah tinggal dengan orang lain tetapi klien diusir. Keluarga dan anak-anak tidak mau mengurus diri nya .

### Genogram



### Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ◌ (diagonal lines) : Klien yang mengidap demensia
- - - : Tinggal serumah

Berdasarkan tabel 4.1 di atas, didapatkan hasil anamnesa data diri pada klien dengan diagnosa demensia, dan diperoleh dari klien sendiri dan pemilik panti jompo. Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 20 Mei 2024. Hasil pengkajian ditemukan klien berusia 60 tahun, lalu masuk panti jompo pada tahun 2024, adapun alasan karena kondisi klien menurun, tidak ada biaya hidup, tidak ada yang mengurus klien karena klien telah tinggal dengan orang lain tetapi klien di usir. Keluarga dan anak-anaknya tidak ingin mengurus klien sehingga saudara klien pergi ke panti jompo.



**Tabel 4. 2**  
**Hasil Anamnesis Status Kesehatan Masa Lalu Klien Dengan Demensia Di**  
**Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan Tahun 2024**

<b>Hasil Anamnesis Status Kesehatan Masa Lalu</b>	
Riwayat pekerjaan	Sebelum masuk panti jompo klien bekerja sebagai pedagang jualan makanan .
Riwayat lingkungan hidup	Klien tinggal di Panti Jompo Bhakti Abadi yang beralamat di Jl. Sosial 7, RT. 35, No. 10, Sepinggai. Klien menempati kamar asrama 1, khusus untuk lansia perempuan yang telah terisi 8 orang lansia perempuan.
Riwayat rekreasi	Untuk mengisi waktu luang klien memilih untuk berolahraga ringan dan menonton tv.
Deskripsi hari khusus kebiasaan ritual sebelum tidur	Sebelum tidur klien membersihkan diri, membersihkan tempat tidur, dan membaca doa sebelum tidur dan bersholawat. Klien tidur dengan waktu $\pm$ 8 jam lamanya.
Status kesehatan saat ini	Akhir-akhir ini klien tidak mengingat status kesehatan dan mempunyai riwayat asam lambung yang di ketahui pada saat kunjungan di pantu jompo. Klien mengeluh asam lambungnya suka kumat dan pusing bahkan sering/ mudah lupa. Klien memahami kondisi fisik yang menurun dan mudah lupa karena faktor bertambahnya usia.
Obat-obatan dan dosis	Klien tidak mengonsumsi obat apapun
Status imunisasi	Sewaktu kecil klien diimunisasi tetanus, difteri, namun tidak diimunisasi influenza, pneumoni dikarenakan orang tua klien tidak tau. Klien tidak memiliki alergi obat dan makanan.
Nutrisi	Klien makan tiga kali sehari dengan satu porsi nasi dan lauk pauk. Klien mampu makan sendiri, tidak ada kesulitan dalam mengunyah makanan dan makanan selalu dihabiskan. Klien tidak mengalami peningkatan/penurunan BB.
Status kesehatan masa lalu	Klien tidak mengingat penyakit yang dialami semasa kecil. Akhir-akhir ini klien tidak mengalami penyakit kronis, tidak pernah masuk rumah sakit dan tidak ada riwayat operasi.
Riwayat psikososial	Selama pengkajian klien menunjukkan sikap kooperatif, perilaku baik dan menghibur diri dengan cara berinteraksi dengan teman sekamar.
Riwayat spiritual	Klien merupakan sosok yang agamis, klien ibadah penuh 5 waktu, klien beribadah semampunya saja.

Berdasarkan tabel 4.2 diatas, hasil anamnesa status kesehatan masa lalu pada klien ditemukan bahwa klien bekerja sebagai pedagang jualan makanan, Untuk mengisi waktu luang klien memilih untuk berolahraga ringan dan menonton tv. Sebelum tidur klien membersihkan diri, membersihkan tempat tidur, dan membaca doa sebelum tidur dan bersholawat. Klien tidur dengan waktu  $\pm$  8 jam



lamanya. Akhir-akhir ini klien tidak mengingat status kesehatan dan mempunyai riwayat asam lambung yang diketahui pada saat kunjungan di panti jompo. Klien mengeluh asam lambung nya suka kumat dan pusing bahkan sering/mudah lupa. Klien memahami kondisi fisik yang menurun dan mudah lupa karena faktor bertambahnya usia, klien tidak mengonsumsi obat apapun. Klien tidak pernah mengalami penyakit kronis sebelumnya dan tidak pernah mengikuti tindakan operasi apapun. Pada riwayat spiritual, klien hanya beribadah semampunya.

**Tabel 4.3**  
**Hasil pemeriksaan fisik Klien dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan 2024**

Pemeriksaan Fisik	Hasil
Umum	Klien sering mengalami kelelahan dan nyeri akibat berjalan jauh namun tidak menimbulkan perubahan tanda – tanda vital.
Integumen	Tekstur kulit klien mengendur, rambut klien beruban dan kuku menjadi keras.
Hemopoetik	Klien tidak mengalami perdarahan/memar abnormal, anemia, pembengkakan kelenjar limfa ataupun riwayat transfusi darah sebelumnya.
Kepala	Klien mengatakan jarang merasakan pusing dan tidak memiliki riwayat trauma kepala masa lalu.
Mata	Klien mengatakan penglihatan sedikit kabur, klien memakai kacamata, dan tidak ada nyeri, bengkak maupun air mata berlebih.
Telinga	Klien mengalami perubahan pendengaran, namun tidak ada infeksi, vertigo, maupun tinitus.
Hidung	Klien tidak mengalami mimisan, mendengkur, alergi, infeksi dan tidak mengalami nyeri pada sinus.
Mulut dan tenggorokan	Klien tidak mengalami sakit tenggorokan, perubahan suara, kesulitan menelan, riwayat infeksi, tidak menggunakan gigi palsu dan rutin menggosok gigi 2-3x dalam sehari.
Leher	Klien tidak mengalami nyeri, kekakuan, benjolan dan kaku pada leher.
Payudara	Klien tidak memiliki benjolan, bengkak dan tidak mengalami nyeri.
Pernafasan	Klien tidak mengalami batuk, nyeri dada, sesak nafas, tidak ada bunyi nafas tambahan, ataupun asma.
Kardiovaskuler	Klien mengatakan sering mengalami kesemutan pada kaki kanan. Klien tidak mengalami nyeri dada, sesak napas.
Gastrointestinal	Klien mengatakan sering nyeri ulu hati dan mual jika terlambat makan, tidak mengalami kesulitan dalam menelan, muntah, perubahan kebiasaan defekasi, diare, dan konstipasi. Klien BAB 1x dalam 1-2 hari.
Perkemihan	Klien mengatakan tidak mengalami nyeri saat berkemih.

Pemeriksaan Fisik	Hasil
	disuria, hematuria, poliuria, oliguria, nokturia, batu kemih dan infeksi.
Genetalia	Tidak terdapat luka pada genetalia klien, tidak terdapat nyeri dan infeksi.
Muskuloskeletal	Klien mengatakan mengalami nyeri pada sendi lutut, klien juga mengalami kekakuan dan kelemahan otot pada kakinya sehingga kaki klien selah dalam posisi lurus sulit untuk ditekuk.
Persyarafan	Klien mengalami sakit kepala dan masalah memori. Klien tidak mengalami kejang.
Endokrin	Klien mengalami perubahan pada kulit menjadi keriput dan rambut beruban.

Berdasarkan tabel 4.3 diatas, pemeriksaan fisik pada klien ditemukan pada persyarafan klien mengalami sakit kepala dan masalah memori. Klien sering mengalami kelelahan dan nyeri akibat berjalan jauh namun tidak menimbulkan perubahan tanda-tanda vital.

**Tabel 4. 4**  
**Hasil pengkajian barthel indeks Klien dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan tahun 2024**

Pengkajian Status Fungsional (Modifikasi Dari Barthel Indeks)				
No	Kriteria	Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10✓	3x sehari satu porsi nasi dan lauk pauk dan selalu habis.
2	Minum	5	10✓	= 8 gelas air putih dalam sehari.
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15✓	Klien menggunakan tongkat sebagai penyangga saat jalan.
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5✓	2-3x dalam sehari.
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10✓	Klien mampu melakukan personal hygiene.
6	Mandi	5	15✓	2x dalam sehari.
7	Jalan di permukaan datar	0	5✓	Klien mampu berjalan di permukaan datar.
8	Naik turun tangga	5	10✓	Klien mampu naik turun tangga sendiri.
9	Mengenakan pakaian	5	10✓	Klien mampu mengenakan pakaian sendiri.
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10✓	1-2x dalam sehari Konsistensi lunak
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10✓	5-6x dalam sehari

Pengkajian Status Fungsional (Modifikasi Dari Barthel Indeks)				
No	Kriteria	Bantuan	Mandiri	Keterangan
				Kuning jernih
12	Olahraga atau Latihan	5	10✓	1x setiap pagi hari, selama 15-20 menit
13	Rekreasi atau pematapan waktu luang	5	10✓	Menonton TV, berolahraga ringan dan mengobrol dengan teman panti lainnya.
Keterangan			Nilai	
≥ 130 : Mandiri			130 : Mandiri	
65-125 : Ketergantungan Sebagian				
≤ 60 : Ketergantungan Total				

Berdasarkan tabel 4.4 diatas, data dari pengkajian status fungsional (*barthel* indeks) didapatkan nilai 130 poin dengan kategori mandiri.

**Tabel 4. 5**  
**Hasil Pengkajian Status Mental Quesioner (SPMSQ) Klien demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan tahun 2024**

Benar	Salah	No	Pertanyaan
	✓	01	Tanggal berapa hari ini?
✓		02	Hari apa sekarang?
✓		03	Apa nama tempat ini?
	✓	04	Dimana alamat anda?
	✓	05	Berapa umur anda?
✓		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
	✓	07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
	✓	08	Siapa presiden indonesia sebelumnya?
✓		09	Siapa nama ibu anda?
	✓	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiapangka baru, semua secara menurun
<b>Jumlah: 4</b>	<b>Jumlah: 6</b>		<b>Kerusakan Intelektual Sedang</b>

Keterangan:

0-3 : Fungsi Intelektual Utuh

4-5 : Kerusakan Intelektual Ringan

6-8 : Kerusakan Intelektual Sedang

9-10 : Kerusakan Intelektual Berat



Berdasarkan tabel 4.5 di atas, data dari pengkajian status mental gerontik Short Portable Mental Status Quisioner (SPMSQ) terdapat kesenjangan pada klien didapatkan nilai benar 4 dan salah 6 dengan kategori kerusakan intelektual sedang.

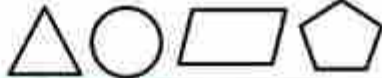
**Tabel 4. 6**  
**Hasil Pengkajian Morse Fall Scale Skala Jatuh Klien Dengan Demensia Di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan Tahun 2024**

Pengkajian Skala Jatuh		
Pengkajian	Skala	Nilai
Riwayat jatuh: apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak 0 Ya 25✓	25
Diagnosa sekunder: apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak 0 Ya 15✓	15
Alat bantu jalan: a) bedrest/dibantu perawat b) kruk/tongkat/walker c) berpegangan pada benda sekitar (kursi, lemari, meja)	0 15✓ 30	15
Terapi intravena: apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak 0✓ Ya 20	0
Gaya berjalan/cara berpindah: a) normal/bedrest immobile (tidak dapat bergerak sendiri) b) lemah (tidak bertenaga) c) gangguan tidak normal (pincang/diseret)	0✓ 10 20	0
Status mental: a) lansia menyadari kondisi dirinya sendiri b) lansia mengalami keterbatas daya ingat	0✓ 15	0
<b>Total skala</b>		<b>55</b> <b>Resiko Jatuh tinggi</b>

Berdasarkan tabel 4.6 diatas, data pengkajian skala jatuh didapatkan total skala jatuh 30 poin dengan kategori resiko jatuh rendah.

**Tabel 4. 7**  
**Hasil Pengkajian Mini Mental State Exam (MMSE) Klien Dengan Demensia Di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan Tahun 2024**

Pengkajian Mini Mental State Exam (MMSE)		
Nilai Maksimum	Klien	Pertanyaan
Orientasi		
5	1	Tahun, bulan, tanggal, hari, apa sekarang
5	3	Dimana kita (negara bagian, wilayah, kota) ?
Registrasi		
3	2	Nama 3 objek (1 detik untuk mengatakan masing-masing) tanyakan pada lansia ke 3 objek setelah anda katakan. Beri poin untuk jawaban benar.

Pengkajian Mini Mental State Exam (MMSE)		
Nilai Maksimum	Klien	Pertanyaan
		ulangi sampai lansia mempelajari ke 3 nya dan jumlahkan skor yang telah dicapai.
Perhatian dan Kalkulasi		
5	3	Pilihlah kata dengan 7 huruf, misal kata "panduan", berhenti setelah 5 huruf, beri 1 poin tiap jawaban benar, kemudian dilanjutkan, apakah lansia masih ingat huruf lanjutannya.
Meuingat		
3	3	Minta untuk mengulangi ke 3 objek diatas, beri 1 poin untuk tiap jawaban benar.
Baltasa		
2	2	Sebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, arloji).
1	0	Mengulang kata/rangkaian kata (tanpa kalau, dan, atau, tetapi).
3	3	Melakukan perintah (ambil kertas dengan tangan kanan, lipatliah menjadi 2 dan letakkan di meja).
1	1	Membaca dan melakukan perintah (angkatlah tangan kiri anda).
1	1	Memlis sebuah kalimat (spontan).
1	1	Meniru gambar dibawah ini
		
Keterangan >24: Aspek kognitif baik 18-23: Probable gangguan kognitif < 17: Definite	20	<b>Probable gangguan kognitif</b> <b>Skor diinterpretasikan demensia ringan</b>

Berdasarkan tabel 4.7 diatas, data dari pengkajian status mental *Mini Mental State Exam* (MMSE) didapatkan nilai 20 poin, klien termasuk kedalam lansia yang memiliki kategori aspek kognitif gangguan kognitif.

**Tabel 4. 8**  
**Hasil pengkajian psikososial klien dengan demensia di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan tahun 2024**

Pengkajian Psikososial			
No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?		✓
2	Sudahkan anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda?	✓	
3	Apakah anda merasa hidup anda kosong?	✓	
4	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap waktu?		✓
5	Apakah anda takut sesuatu terjadi pada anda?	✓	



Pengkajian Psikososial			
No	Pertanyaan	Ya	Tidak
6	Apakah anda merasa bahagia setiap waktu?		✓
7	Apakah anda sering bosan?	✓	
8	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah pada malam hari daripada pergi dan melakukan sesuatu yang baru?	✓	
9	Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan anda daripada yang lain?	✓	
10	Apakah anda berpikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini?		✓
11	Apakah anda merasa saya (perawat) sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang?		✓
12	Apakah anda merasa penuh berenergi dan semangat?		✓
13	Apakah anda berpikir bahwa situasi anda tak ada harapan?	✓	
14	Apakah anda berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada anda?	✓	
<b>Jumlah</b>		<b>8, Kemungkinan Depresi</b>	

Keterangan:

5-9 : Menunjukkan kemungkinan depresi

> 10 : Menunjukkan depresi

Berdasarkan tabel 4.8 diatas, data dari pengkajian status psikososial klien didapatkan nilai 8 poin dengan kategori kemungkinan depresi.

**Tabel 4.9**  
**Data Fokus Klien Dengan Demensia Di Panti Jompo Bhakti Abadi**  
**Balikipapan Tahun 2024**

Tanggal	Data Subjektif
Selasa 21 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sering lupa</li> <li>- Klien mengatakan tidak mampu mengingat peristiwa yang lalu</li> <li>- Klien mengatakan sering lupa tanggal dan hari</li> <li>- Klien mengatakan lupa usia nya sekarang</li> <li>- Klien merasakan diri nya mudah lupa</li> <li>- Klien mengatakan sulit tidur pada saat malam hari</li> <li>- Kepala panti mengatakan klien pernah terjatuh pada saat berjalan</li> <li>- Klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan / ingin jatuh.</li> <li>- Kepala panti mengatakan klien ada riwayat jatuh 3 bulan terakhir ini</li> <li>- Klien mengatakan tidak ingin melakukan perawatan diri</li> <li>- Klien mengatakan jarang mandi, mandi hanya 1x terkadang tidak mandi</li> </ul>
Tanggal	Data Objektif
Selasa 21 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV:</li> <li>  Tekanan darah 120/ 80 mmHg</li> <li>  Nadi : 89x/mnt</li> <li>  Suhu : 36,2°C</li> </ul>

	Respirasi : 20x/mnt - Klien tampak tidak mampu menjawab pertanyaan karena klien lupa - Klien tampak sering lupa dengan hal-hal yang baru saja di lakukan. - Nilai pengkajian MMSE klien: 20 poin Probable gangguan kognitif skor di interpretasikan demensia ringan - Nilai pengkajian SPMSQ klien: 6 poin Kerusakan intelektual sedang - Jumlah skala jatuh <i>Morse Fall Scale</i> adalah 55 poin resiko jatuh tinggi. - Klien tampak suka beraktifitas di sekitaran panti jompo - Klien tampak berpegangan pada saat berjalan - Klien tampak kurang berminat untuk melakukan perawatan diri. - Kuku klien tampak panjang ( ujung kuku berwarna hitam, kotor dan tidak di potong)
--	--

**Tabel 4. 10**  
**Analisa Data Klien Dengan Demensia Di Panti Jompo Bhakti Abadi**  
**Balikipapan Tahun 2024**

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<b>DS:</b> - Klien mengatakan sering lupa - Klien mengatakan tidak mampu mengingat peristiwa yang lalu - Klien mengatakan sering lupa tanggal dan hari - Klien mengatakan lupa usianya sekarang - Klien merasakan dirinya mudah lupa <b>DO :</b> - TTV : Tekanan darah 120/ 80 mmHg Nadi : 89x/mnt Suhu : 36,2°C Respirasi : 20x/mnt - Klien tampak sering lupa dengan hal – hal yang baru saja di lakukan. - Nilai pengkajian MMSE klien: 20 poin Probable gangguan kognitif skor di interpretasikan demensia ringan - Nilai pengkajian SPMSQ klien: 6 poin Kersakan intelektual sedang	Proses penuaan	Gangguan memori
	<b>DS:</b> - Klien mengatakan tidak ingin melakukan perawatan diri - Klien merasa dirinya sudah bersih	Penurunan motivasi/ minat	Defisit perawatan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jarang mandi, mandi hanya 1x terkadang tidak mandi</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kurang berminat untuk melakukan perawatan diri</li> <li>- Kuku klien tampak panjang (ujung kuku berwarna hitam, kotor dan tidak di potong).</li> <li>- Mukosa bibir tampak kering.</li> </ul>		
2	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala panti mengatakan klien pernah terjatuh pada saat berjalan</li> <li>- Klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan/ingin jatuh</li> <li>- Kepala panti mengatakan klien ada riwayat jatuh 3 bulan terakhir ini.</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah skala jatuh <i>Morse Fall Scale</i> adalah 55 poin resiko jatuh tinggi.</li> <li>- Klien tampak tidak menggunakan sandal pada saat berjalan.</li> </ul>	Usia $\geq$ 65 tahun	Risiko jatuh

Berdasarkan pada tabel 4.10 di atas pada analisa data klien didapatkan beberapa keluhan subjektif dan objektif sehingga muncul 3 masalah keperawatan.

**Tabel 4. 11**  
**Daftar Diagnosa keperawatan Berdasarkan Prioritas Klien Dengan Demensia Di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan Tahun 2024**

No	Klien	
	Hari / tanggal di temukan	Diagnosa keperawatan
1.	Selasa / 21 mei 2024          08.00	Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan (D.0062) Batasan karakteristik : <b>Gajala tanda mayor :</b> <b>DS :</b> a. Klien mengatakan tidak mampu mengingat peristiwa yang lalu b. Klien mengatakan sering lupa tanggal dan hari c. Klien mengatakan lupa usia nya sekarang d. Klien merasakan diri nya mudah lupa <b>DO :</b> a. TTV : Tekanan darah 120/80 mmHg

No	Klien	
	Hari / tanggal di temukan	Diagnosa keperawatan
		<p>Nadi : 89x/mnt            Suhu : 36,2°C            Respirasi : 20x/mnt</p> <p>b. Klien tampak tidak mampu menjawab pertanyaan karena klien lupa            c. Klien tampak sering lupa dengan hal – hal yang baru saja di lakukan.</p> <p><b>Gejala tanda minor :</b>            DS :            a. Klien merasa sering lupa            DO :            a. Nilai pengkajian MMSE klien: 20 poin Probable gangguan kognitif skor di interpretasikan demensia ringan            b. Nilai pengkajian SPMSQ klien: 6 poin Kerusakan intelektual sedang</p>
2	Selasa / 21 mei 2024  08.00	<p>Dfisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi dan minat (D.0109)            Batasan karakteristik :  <b>Gejala tanda mayor :</b>            DS:            a. klien mengatakan tidak ingin melakukan perawatan diri            DO:            a. klien tampak kurang berminat untuk melakukan perawatan diri  <b>Gejala tanda minor :</b>            DS :            a. klien mengatakan jarang mandi, mandi hanya 1x terkadang tidak mandi            b. klien merasa dirinya sudah bersih            DO :            a. Kuku klien tampak panjang (ujung kuku berwarna hitam kotor dan tidak di potong)            b. Mukosa bibir klien tampak kering.</p>
3.	Selasa / 21 mei 2024  08.00	<p>Risiko jatuh berhubungan dengan usia <math>\geq</math> 65 tahun (D.0143)            Batasan karakteristik :  <b>DS :</b>            a. Kepala panti mengatakan klien pernah terjatuh pada saat berjalan            b. Klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan/ ingin jatuh            c. Kepala panti mengatakan klien ada riwayat jatuh 3 bulan terakhir ini            DO :            a. Jumlah skala jatuh <i>Morse Fall Scale</i> adalah 55 poin resiko jatuh tinggi.            b. Klien tampak tidak menggunakan sandal pada saat berjalan.</p>



Berdasarkan tabel 4. 11 diatas, setelah melakukan pengkajian dan menganalisa data pada klien di tegakkan 3 diagnosa keperawatan dengan urutan gangguan memori, risiko jatuh dan defisit perawatan diri.

**Tabel 4. 12**  
**Rencana keperawatan pada Klien Dengan Demensia Di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan Tahun 2024**

Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Selasa / 21 mei 2024  08,00	Gangguan memori b/d proses penunam (D.0062)	<b>Memori (L.09079)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawnta diharapkan memori meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan meningkat (4) 2. Verbalisasi mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwaat meningkat (4) 3. Verbalisasi mudah lupa menurun (4)	<b>Latihan memori (1.06188)</b> <b>Observasi:</b> 1.1 identifikasi masalah yang dialami 1.2 Identifikasi kesalahan terhadap orientasi 1.3 Monitor perilaku dan perubahan memori. <b>Terapeutik:</b> 1.4 Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien 1.5 Koreksi kesalahan orientasi 1.6 Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu 1.7 Fasilitasi kemampuan Konsentrasi (senam otak) 1.8 Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (seperti menanyakan kembali nama petugas) <b>Terapeutik :</b> 1.9 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 1.10Ajarkan teknik memori yang tepat <b>Kolaborasi :</b> 1.11Rujuk pada terapi okupasi, jika perlu
Selasa / 21 mei 2024	Defisit perawatan diri b/d penurunan motivasi/ minat (D0109)	<b>Perawatan diri (L11103)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan perawatan diri meningkat dengankriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat( 3) 2. Kemampuan mengenakan pakaian	<b>Dukungan perawatan diri (L.11348)</b> <b>Observasi:</b> 2.1 identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2.2 Monitor tingkat kemandirian 2.3 Identifikasi kebutuhan alat

Har/tanggal	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
08.00		<p>meningkat( 3)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kemampuan makan meningkat( 3)</li> <li>4. Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat (3)</li> <li>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (3)</li> <li>6. Minat melakukan perawatan diri meningkat (3)</li> <li>7. Mempertahankan kebersihan diri dan mulut meningkat (3)</li> </ol>	<p>bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)</li> <li>2.5 Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat, gigi, dansabun mandi)</li> <li>2.6 Daupingi dalam melakukan perawatan diri sampaimandiri</li> <li>2.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>2.8 Fasilitasi kemandirian.</li> <li>2.9 Bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>2.10Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.11Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>
Selasa / 21 mei 2024  08.00	Risiko jatuh b/d usia ≥ 65 tahun	<p><b>Tingkatan jatuh (L.141338)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan di harapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berdiri menurun.(5)</li> <li>2. Jatuh saat berjalan menurun.(5)</li> <li>3. Jatuh saat naik tangga menurun.(5)</li> <li>4. Jatuh saat dikamar mandi menurun.(5)</li> <li>5. Jatuh saat membungkuk menurun.(5)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan jatuh ( L.14540)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (misal usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).</li> <li>3.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang).</li> <li>3.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu.</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</li> <li>3.5 Orientasikan ruangan pada klien</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.6 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.</li> <li>3.7 Anjurkan berkonsentrasi</li> </ol>

Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			untuk menjaga keseimbangan tubuh.

Berdasarkan tabel 4.12 diatas menjelaskan mengenai intervensi yang akan dilakukan pada klien selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan. Perencanaan pada klien telah menggunakan buku standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

**Tabel 4. 13**  
**Implementasi keperawatan pada Klien Dengan Demensia Di Panti Jompo**  
**Bhakti Abadi Balikpapan Tahun 2024**

Tanggal pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan
<b>Hari 1</b> Selasa / 21 mei 2024  08.00	<b>Latihan memori (I.06188)</b> 1.6 Memfasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu  1.7 memfasilitasi kemampuan Konsentrasi (senam otak)  1.8 Menstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (seperti menanyakan kembali nama petugas)  1.9 Menjelaskan tujuan dan prosedur latihan 1.10 mengajarkan teknik memori yang tepat	Ds : -Klien mengatakan tidak mampu mengingat peristiwa yang lalu -klien merasakan dirinya mudah lupa Do : - Klien tampak tidak mampu menjawab pertanyaan karena klien lupa - Nilai pengkajian MMSE klien : 20 Poin Probable gangguan kognitif skor interpretasikan demensia ringan . - Nilai pengkajian SPMSQ klien : 6 Poin Kerusakan intelektual sedang  Ds : - Klien sudah mengerti prosedur yang akan di lakukan untuk melatih memori klien - Klien setuju untuk melatih memori Do : - Klien mengikuti latihan memori
09:00	<b>Dukungan perawatan diri (L.11348)</b> 2.2 Memonitor tingkat kemandirian  2.6 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Ds : - Klien tidak ingin melakukan perawatan diri Do : - Klien tampak kurang berminat untuk melakukan perawatan diri



Tanggal pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan
	2.8 Memfasilitasi kemandirian. 2.9 Membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 2.10 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri 2.11 melanjutkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai	Ds : - Klien mengatakan jarang mandi, mandu hanya 1x terkadang tidak mandi - Klien merasa dirinya sudah bersih - Klien mengatakan mau mengikuti jadwal rutinitas perawatan diri Do : - Kuku klien tampak panjang (ujung kuku berwarna hitam kotor dan tidak di potong) - Mukosa bibir klien tampak kering
12.00	<b>Pencegahan jatuh ( L.14540)</b> 3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (misal usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati). 3.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang). 3.3 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu. 3.4 mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Ds : - Kepala panti mengatakan klien pernah terjatuh pada saat berjalan - Kepala panti mengatakan klien ada riwayat jatuh 3 bulan terakhir ini - Klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan /ingin jatuh Do : - Jumlah skala jatuh Morse Fall scale adalah 55 poin risiko jatuh tinggi - Klien tampak tidak menggunakan sandal saat berjalan - Posisi tempat tidur / kasur klien pada posisi terendah
<b>Hari 2</b> Rabu 22 Mei 2024  09.00	<b>Latihan memori (1.06188)</b> 1.6 memfasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu  1.7 memfasilitasi kemampuan Konsentrasi (senam otak)  1.8 mengstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (seperti menanyakan kembali nama petugas)  1.9 mengajarkan teknik memori yang tepat	Ds : - Klien mengatakan tidak mampu mengingat peristiwa yang lalu - klien merasakan dirinya mudah lupa Do : - Klien tampak tidak mampu menjawab pertanyaan karena klien lupa  Ds : - Klien sudah mengerti prosedur yang akan dilakukan untuk melatih memori klien Do : - Klien mengikuti latihan memori



Tanggal pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan
12.00	<p><b>Dukungan perawatan diri (L.11348)</b></p> <p>2.2 Memonitor tingkat kemandirian</p> <p>2.6 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>2.8 Memfasilitasi kemandirian.</p> <p>2.9 Membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>2.10 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>2.11 menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak ingin melakukan perawatan diri</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kurang berminat untuk melakukan perawatan diri</li> </ul> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jarang mandi, mandu hanya 1x terkadang tidak mandi</li> <li>- Klien merasa dirinya sudah bersih</li> <li>- Klien mengatakan mau mengikuti jadwal rutinitas perawatan diri</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuku klien tampak panjang (ujung kuku berwarna hitam kotor dan tidak di potong)</li> <li>- Klien membuat jadwal rutinitas perawatan diri</li> <li>- Moksosa bibi klien tampak kering</li> </ul>
16.00	<p><b>Pencegahan jatuh ( L.14540)</b></p> <p>3.1 mengidentifikasi faktor risiko jatuh (misal usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).</p> <p>3.2 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang).</p> <p>3.3 menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu.</p> <p>3.4 mengatur tempat tidur mekatis pada posisi terendah</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala panti mengatakan klien pernah terjatuh pada saat berjalan</li> <li>- Kepala panti mengatakan klien ada riwayat jatuh 3 bulan terakhir ini</li> <li>- Klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan (ingin jatuh)</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tidak menggunakan sandal saat berjalan</li> <li>- Posisi tempat tidur / kasus klien pada posisi terendah</li> </ul>
<p><b>Hari 3</b> Kamis 23 mei 2024</p> <p>09.00</p>	<p><b>Latihan memori (1.06188)</b></p> <p>1.6 Memfasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu</p> <p>1.7 Memfasilitasi kemampuan Konsentrasi (senam otak)</p> <p>1.8 Meastimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu mengingat peristiwa yang lalu sedikit demi sedikit</li> <li>- klien merasakan dirinya mudah lupa</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak menjawab pertanyaan yang di berikan</li> </ul>

Tanggal pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan
	<p>terjadi (seperti menany akan kembali nama petugas)</p> <p>1.10 Mengajarkan teknik memori yang tepat</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sudah mengerti prosedur yang akan di lakukan untuk melatih memori klien</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengikuti latihan memori</li> <li>- Klien sangat senang melakukan melatih memori</li> </ul>
12.00	<p><b>Dukungan perawatan diri (L.11348)</b></p> <p>2.6 Meadampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>2.8 Menfasilitasi kemandirian.</p> <p>2.9 Membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>2.10Menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>2.11Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien ingin melakukan perawatan diri</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak terlihat berminat untuk melakukan perawatan diri</li> </ul> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri seperti mandi</li> <li>- Klien mengatakan mau mengikuti jadwal rutinitas perawatan diri</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuku klien tampak panjang (ujung kuku berwarna hitam kotor dan tidak di potong)</li> <li>- Moksosa bibi klien tampak kering</li> </ul>
16.00	<p><b>Pencegahan jatuh ( L.14540)</b></p> <p>3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (misal usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).</p> <p>3.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang).</p> <p>3.3 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu.</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jika berdiri sangat berhati hati</li> <li>- Klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan /ingin jatuh</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah menggunakan sandal saat berjalan dan sangat berhati hati</li> <li>- Posisi tempat tidur / kasus klien pada posisi terendah</li> </ul>
<p><b>Hari 4</b> Jumat 24 Mei 2024</p> <p>08.00</p>	<p><b>Latihan memori (1.06188)</b></p> <p>1.6 Menfasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu</p> <p>1.7 Menfasilitasi kemampuan Konsentrasi (senam otak)</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu mengingat peristiwa yang lalu sedikit demi sedikit</li> <li>- Klien sudah mengerti prosedur yang akan di lakukan untuk melatih memori klien</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menjawab pertanyaan yang di berikan</li> </ul>

Tanggal pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan
	1.10 Mengajarkan teknik memori yang tepat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengikuti latihan memori</li> <li>- Klien sangat senang melakukan melatih memori</li> </ul>
12.00	<p><b>Dukungan perawatan diri (L.11348)</b></p> <p>2.2 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>2.8 Memfasilitasi kemandirian.</p> <p>2.9 Membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>2.10 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>2.11 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri seperti mandi</li> <li>- Klien mengatakan mau mengikuti jadwal rutinitas perawatan diri</li> <li>- Klien meminta untuk memotong kukunya .</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak terlihat berminat untuk melakukan perawatan diri</li> <li>- Klien ingin membersihkan kukunya</li> <li>- Mokosa bibi klien tampak kering</li> </ul>
16.00	<p><b>Pencegahan jatuh ( L.14540)</b></p> <p>3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (misal usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).</p> <p>3.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang).</p> <p>3.3 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Hmpty Dumpty Scale), jika perlu.</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jika berjalan berpegangan agar tidak terjatuh</li> <li>- Klien mengatakan saat berjalan masih terasa sempoyongan /ingin jatuh</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah menggunakan sandal saat berjalan dan sangat berhati hati</li> <li>- Posisi tempat tidur / kasur klien pada posisi terendah</li> </ul>
<p><b>Hari 5</b> Sabtu 25 Mei 2024</p> <p>10.00</p>	<p><b>Latihan memori (1.06188)</b></p> <p>1.6 Memfasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu</p> <p>1.7 Memfasilitasi kemampuan Konsentrasi (senam otak)</p> <p>1.10 Mengajarkan teknik memori yang tepat</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu mengingat peristiwa yang lalu sedikit demi sedikit .</li> <li>- Klien mengatakan sudah mulai mengingat seperti : hari ini tanggal</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengikuti latihan memori</li> <li>- Klien sangat senang melakukan melatih memori</li> </ul>
13.00	<p><b>Dukungan perawatan diri (L.11348)</b></p> <p>2.6 Medampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>2.8 Memfasilitasi kemandirian.</p> <p>2.9 Membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri seperti mandi ,berganti pakaian memakai baju dengan rapi dan potong kuku .</li> <li>- Klien mengatakan mau mengikuti jadwal rutinitas perawatan diri</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak terlihat berminat</li> </ul>



Tanggal pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan
	2.10 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri 2.11 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai	untuk melakukan perawatan diri seperti mandi, berganti baju dan potong kuku. - Klien ingin membersihkan kukunya - Mukosa bibi klien tampak kering
16.30	<b>Pencegahan jatuh ( L.14540)</b> 3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (misal usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati). 3.2 Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang).	Ds : - Klien mengatakan jika berjalan berpegangan agar tidak terjatuh - Klien mengatakan saat berjalan masih terasa sempoyongan /ingin jatuh Do : - Klien tampak sudah menggunakan sandal saat berjalan dan sangat berhati hati - Posisi tempat tidur / kasus klien pada posisi terendah
<b>Hari 6</b> <b>Minggu 26</b> <b>mei 2024</b>  09.00	<b>Latihan memori (1.06188)</b> 1.6 Memfasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu 1.7 Memfasilitasi kemampuan Konsentrasi (semam otak) 1.10 Mengajarkan teknik memori yang tepat	Ds : - Klien mengatakan sudah mampu mengingat peristiwa yang lalu - Klien mengatakan sudah mulai mengingat seperti : hari ini ,tanggal Do : - Klien mengikuti latihan memori - Klien sangat senang melakukan melatih memori
12.00	<b>Dukungan perawatan diri (L.11348)</b> 2.6 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2.8 memfasilitasi kemandirian. 2.9 Membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 2.10 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri 2.11 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai	Ds : - Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri seperti mandi , berganti pakaian memakai baju dengan rapi dan potong kuku . - Klien mengatakan pagi ini sudah mandi - Klien mengatakan mau mengikuti jadwal rutinitas perawatan diri Do : - Klien tampak terlihat berminat untuk melakukan perawatan diri seperti mandi , berganti baju dan potong kuku. - Klien ingin membersihkan kukunya - Mukosa bibi klien tampak kering



Tanggal pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan
16.30	<p><b>Pencegahan jatuh ( L.14540)</b></p> <p>3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (misal usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).</p> <p>3.2 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang).</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa berjalan pelan pelan</li> <li>- Klien mengatakan saat berjalan masih terasa sempoyongan /ingin jatuh</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah menggunakan sandal saat berjalan dan sangat berhati-hati</li> <li>- Klien tampak berjalan dengan hati-hati</li> <li>- Posisi tempat tidur/ kasus klien pada posisi terendah</li> </ul>

Berdasarkan tabel 4. 13 diatas, implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang di temuin pada klien sesuai dengan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah di susun. Implementasi di lakukan selama 6 hari di panti jompo Bhakti Abadi Balikpapan yaitu pada tanggal 21 mei 2024 - 26 mei 2024.

**Tabel 4. 14**  
**Evaluasi keperawatan pada Klien Dengan Demensia Di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan Tahun 2024**

Hari / tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi keperawatan
Hari 1 25 mei 2024	Gangguan memori b/d proses pentuan (D.0062)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sering lupa</li> <li>- Klien mengatakan tidak mampu mengingat peristiwa yang lalu</li> <li>- Klien mengatakan sering lupa tanggal dan hari</li> <li>- Klien mengatakan lupa usia nya sekarang</li> <li>- Klien merasakan diri nya mudah lupa</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : Tekanan darah 120/ 80 mmHg Nadi : 89x/mnt Suhu : 36.2°C Respirasi : 20x/mnt</li> <li>- Klien tampak sering lupa dengan hal-hal yang baru saja di lakukan</li> </ul>

Hari / tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nilai pengkajian MMSE klien: 20 poin Probable gangguan kognitif skor diinterpretasikan demensia ringan.</li> <li>- Nilai pengkajian SPMSQ klien: 6 poin Kerusakan intelektual sedang</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan gangguan memori belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan(3)</li> <li>2. Verbalisasi mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwa(3)</li> <li>3. Verbalisasi mudah lupa(2)</li> </ol> <p>P: Lanjutkan intervensi ( 1.6 ) (1.7) (1.8) (1.9) (1.10)</p>
	Defisit perawatan diri b/d penurunan motivasi/ minat (D0109)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak ingin melakukan perawatan diri</li> <li>- Klien merasa dirinya sudah bersih</li> <li>- Klien mengatakan jarang mandi , mandi hanya 1x terkadang tidak mandi</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kurang berminat untuk melakukan perawatan diri</li> <li>- Kuku klien nampak panjang ( ujung kuku berwarna hitam , kotor dan tidak di potong ).</li> <li>- Mukosa bibir nampak kering .</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat( 3)</li> <li>2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat( 3)</li> <li>3. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>4. Mempertahankan kebersihan diri dan mulut meningkat( 3)</li> </ol> <p>P: Lanjutkan intervensi ( 2.2) (2.6) ( 2.8) (2.9) (2.10) (2.11)</p>
	Risiko jatuh b/d usia $\geq$ 65 tahun (D.0143)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala panti mengatakan klien pernah terjatuh pada saat berjalan</li> <li>- Klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan / ingin jatuh</li> <li>- Kepala panti mengatakan klien ada riwayat jatuh 3 bulan terakhir ini .</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah skala jatuh <i>Morse Fall Scale</i> adalah 55 poin resiko jatuh tinggi .</li> <li>- Klien tampak tidak menggunakan sandal pada saat berjalan</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan risiko jatuh belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berjalan menurun (4)</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun (4)</li> <li>3. Jatuh saat naik tangga menurun (4)</li> </ol> <p>P: lanjutkan intervensi (3.1) (3.2) (3.3) (3.4)</p>

Hari / tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi keperawatan
Hari 2	Gangguan memori b/d proses pemaan (D.0062)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sering lupa</li> <li>- Klien mengatakan tadi pagi habis sarapan nasi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV : Tekanan darah 110/ 90 mmHg Nadi : 80x/mnt Suhu : 36.°C Respirasi : 20x/mnt</li> <li>- Klien tampak sering lupa dengan hal – hal yang baru saja di lakukan</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan memori belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan(3)</li> <li>2. Verbalisasi mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwa (3)</li> <li>3. Verbalisasi mudah lupa (2)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi ( 1.6 ) (1.7) (1.8) (1.9) (1.10).</p>
	Defisit perawatan diri b/d penurunan motivasi/ minat (D0109)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jarang mandi , mandi hanya 1x terkadang tidak mandi.</li> <li>- Klien mengatakan mau mengikuti jadwal rutinitas perawatan diri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuku klien tampak panjang (ujung kuku berwarna hitam kotor dan tidak di potong)</li> <li>- Klien membuat jadwal rutinitas perawatan diri</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat( 3)</li> <li>2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat( 3)</li> <li>3. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>4. Mempertahan kebersihan diri dan mulut meningkat (3)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi ( 2.2) (2.6) ( 2.8) (2.9) (2.10) (2.11)</p>
	Risiko jatuh b/d usia $\geq$ 65 tahun (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan / ingin jatuh.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien berjalan tampak berpegangan.</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan risiko jatuh belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berjalan menurun (4)</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun (4)</li> <li>3. Jatuh saat naik tangga menurun (4)</li> </ol> <p>P : lanjutkan intervensi (3.1) (3.2) (3.3) (3.4)</p>
Hari 3	Gangguan memori b/d proses pemaan (D.0062)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu mengingat peristiwa yang lalu sedikit demi sedikit</li> <li>- Klien sudah mengerti prosedur yang akan di</li> </ul>

Hari / tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi keperawatan
		lakukan untuk melatih memori klien O : - Klien tampak menjawab pertanyaan yang di berikan - TTV : Tekanan darah 130/ 80mmHg Nadi : 79x/mnt Suhu : 36.6°C Respirasi : 20x/mnt - Klien ingat alamat rumah nya - Klien mengikuti latihan memori A: Masalah keperawatan gangguan memori sebagian teratasi 1. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan(3) 2. Verbalisasi mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwa (3) 3. Verbalisasi mudah lupa (2) P : Lanjutkan intervensi ( 1.6 ) (1.8) (1.9) (1.10).
	Defisit perawatan diri b/d penurunan motivasi/ minat (D0109)	S : - Klien ingin melakukan perawatan diri O : - Klien tampak terlihat berminat untuk melakukan perawatan diri A : Masalah keperawatan defisit perawatan diri sebagian teratasi 1. Kemampuan mandi meningkat( 3) 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat( 3) 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat 4. Mempertahan kebersihan diri dan mulut meningkat (3) P : lanjutkan intervensi ( 2.2) (2.6) ( 2.8) (2.9) (2.10) (2.11)
	Risiko jatuh b/d usia $\geq$ 65 tahun. (D.0143)	S : - Klien mengatakan jika berdiri sangat berhati hati O : - Klien tampak sudah menggunakan sandal saat berjalan dan sangat berhati hati A : Masalah keperawatan risiko jatuh belum teratasi 1. Jatuh saat berjalan menurun (4) 2. Jatuh saat berdiri menurun (4) 3. Jatuh saat naik tangga menurun (4) P : Lanjutkan intervensi (3.1) (3.2) (3.3)
Hari 4	Gangguan memori b/d proses penuaan (D.0062)	S : - Klien mengatakan sudah mampu mengingat peristiwa yang lalu sedikit demi sedikit . O : - klien tampak menjawab pertanyaan yang di berikan - Klien mengikuti latihan memori - Klien sangat senang melakukan melatih memori A : Masalah keperawatan gangguan memori



Hari / tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi keperawatan
		sebagian teratasi 1. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan(3) 2. Verbalisasi mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwa (3) 3. Verbalisasi mudah lupa (2) P : Lanjutkan intervensi ( 1.6) (1.7) (1.10)
	Defisit perawatan diri b/d penurunan motivasi/ minat (D0109)	S : - Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri seperti mandi O : - Klien tampak terlihat berminat untuk melakukan perawatan diri A : Masalah keperawatan defisit perawatan diri sebagian teratasi 1. Kemampuan mandi meningkat( 3) 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat( 3) 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat 4. Mempertahankan kebersihan diri dan mulut meningkat (3) P: Lanjutkan intervensi (2.2) (2.8) (2.9) (2.10) (2.11)
	Risiko jatuh b/d usia $\geq$ 65 tahun (D.0143)	S : - Klien mengatakan jika berjalan berpegangan agar tidak terjatuh O : - Klien tampak berhati hati A : Masalah keperawatan risiko jatuh belum teratasi 1. Jatuh saat berjalan menurun (4) 2. Jatuh saat berdiri menurun (4) 3. Jatuh saat naik tangga menurun (4) P: Lanjutkan intervensi ( 3.1) (3.2) (3.3)
<b>Hari 5</b>	Gangguan memori b/d proses penuaan (D.0062)	S : - Klien mengatakan sudah mulai mengingat seperti: hari ini, tanggal O : - Klien tampak mengingat seperti : hari ini dan tanggal A : Masalah keperawatan gangguan memori sebagian teratasi 1. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan(3) 2. Verbalisasi mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwa (4) 3. Verbalisasi mudah lupa (2) P : Lanjutkan intervensi (1.6) (1.7) (1.10)
	Defisit perawatan diri b/d penurunan motivasi/ minat (D0109)	S : - Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri seperti mandi, berganti pakaian memakai baju dengan rapi dan potong kuku. O : - Klien tampak terlihat berminat untuk melakukan

Hari / tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi keperawatan
		<p>perawatan diri seperti mandi, berganti baju dan potong kuku.</p> <p>A : Masalah keperawatan sebagian teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat( 4)</li> <li>2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat( 4)</li> <li>3. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>4. Mempertahankan kebersihan diri dan mulut meningkat (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi (2.2) (2.8) (2.9) (2.10) (2.11)</p>
	<p>Risiko jatuh b/d usia <math>\geq</math> 65 tahun (D.0143)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa berjalan pelan pelan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak berhati hati</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan risiko jatuh sebagian teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berjalan menurun (4)</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun (4)</li> <li>3. Jatuh saat naik tangga menurun(4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi ( 3.1) (3.2) (3.3)</p>
<p><b>Hari 6</b></p>	<p>Gangguan memori b/d proses pernsan (D.0062)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu mengingat peristiwa yang lalu.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menjawab pertanyaan</li> <li>- Klien mengikuti latihan memori</li> <li>- Klien sangat senang melakukan melatih memori</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan memori teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan(3)</li> <li>2. Verbalisasi mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwa( 4)</li> <li>3. Verbalisasi mudah lupa (2)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi (1.6) (1.7) (1.10)</p>
	<p>Defisit perawatan diri b/d penurunan motivasi/ minat (D0109)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri seperti mandi, berganti pakaian memakai baju dengan rapi dan potong kuku .</li> <li>- Klien mengatakan pagi ini sudah mandi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak terlihat berminat untuk melakukan perawatan diri seperti mandi, berganti baju dan potong kuku.</li> <li>- Klien ingin membersihkan kuku nya</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan defisit perawatan diri sebagian teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat( 4)</li> <li>2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat( 4)</li> <li>3. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> </ol>

Hari / tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi keperawatan
		<p>4. Mempertahankan kebersihan diri dan mulut meningkat (4)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (2.2) (2.8) (2.9) (2.10) (2.11)</p>
	Risiko jatuh b/d usia $\geq$ 65 tahun (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa berjalan pelan pelan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak berjalan dengan hati-hati</li> <li>- Posisi tempat tidur/ kasus klien pada posisi terendah.</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan risiko jatuh sebagian teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berjalan menurun (4)</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun (4)</li> <li>3. Jatuh saat naik tangga menurun (4)</li> </ol> <p>P : Lanjutkan intervensi (3.1) (3.2) (3.3)</p>

## 1. Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang tinjauan pustaka kasus dalam asuhan keperawatan pada Ny. K Dengan Demensia Di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan yang meliputi pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### 1. Gangguan memori ( D0062)

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data pada klien Ny.K ditemukan klien dengan keluhan: klien mengatakan sering lupa, tidak mampu mengingat peristiwa yang lalu, sering lupa tanggal dan hari. Data objektif: klien tampak bingung saat di beri pertanyaan, klien tampak mengulang-ngulang pembicaraan. Hal ini sesuai dengan gejala dan tanda mayor 80 % dan minor 20% serta kondisi klinis terkait yaitu: tidak mampu mempelajari keterampilan baru, tidak mampu mengingat informasi faktual, tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah

dilakukan, tidak mampu mengingat peristiwa. Sedangkan kondisi klinis terkait seperti stroke, cedera kepala, depresi, kejang dan penyakit alzheimer (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti pada klien Ny. K dengan diagnosa gangguan memori berhubungan dengan proses pemnaan (D.0062) diharapkan Latihan memori (1.06188).Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu, Fasilitasi kemampuan Konsentrasi (senam otak), Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (seperti menanyakan kembali nama petugas), Jelaskan tujuan dan prosedur latihan, ajarkan teknik memori yang tepat.

Implementasi keperawatan pada masalah gangguan memori yaitu dilakukan penjelasan tujuan dan prosedur latihan dengan harapan klien dapat mengerti tentang tujuan dan prosedur latihan, mengajarkan teknik memori yang tepat dan Art therapy seperti mewarnai membuat aktivitas otak lebih aktif, implementasi ini dilakukan selama 6 hari berharap klien dapat mengerti .

Art therapy aktivitas seperti mewarnai untuk membantu seseorang mengungkapkan diri, mengatasi masalah emosional, dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Tujuan utamanya termasuk: ekspresi emosi: mewarnai dapat menjadi outlet yang aman untuk mengekspresikan emosi yang sulit diungkapkan secara verbal. Ini membantu individu untuk lebih memahami dan mengelola perasaan mereka. relaksasi dan pengurangan Stres: aktivitas mewarnai dapat membantu menenangkan pikiran dan tubuh, mengurangi tingkat stres dan kecemasan. peningkatan konsentrasi: fokus pada detail warna dan



komposisi dapat membantu meningkatkan konsentrasi dan memperbaiki kemampuan pemecahan masalah. Peningkatan Kreativitas: Mewarnai dapat merangsang kreativitas, membantu seseorang menemukan solusi baru untuk masalah atau perspektif yang berbeda terhadap situasi hidup.. Peningkatan Diri: Melalui art therapy, seseorang dapat membangun rasa penghargaan diri dan memperkuat identitas positif mereka. Secara keseluruhan, tujuan art therapy dalam mewarnai adalah untuk menggunakan kreativitas sebagai alat untuk meningkatkan kesejahteraan mental dan emosional individu, membantu mereka mengatasi masalah pribadi, dan memperbaiki kualitas hidup mereka.

Selanjutnya pada hari kedua implementasi yaitu : mengajarkan teknik memori yang tepat seperti Art therapy mewarnai membuat aktivitas otak lebih aktif, klien mengikuti art therapy dengan senang .

Selanjutnya pada hari ketiga melakukan implementasi : mengajarkan teknik memori yang tepat seperti Art therapy mewarnai membuat aktivitas otak lebih aktif, klien fokus pada detail warna dan komposisi dapat membantu meningkatkan konsentrasi dan memperbaiki kemampuan pemecahan masalah.

Selanjutnya hari keempat kembali melakukan implementasi mengajarkan teknik memori Art therapy mewarnai membuat aktivitas otak lebih aktif , klien fokus pada gambar yang ingin di warnai

Selanjutnya pada hari kelima melakukan implementasi art therapy mewarnai klien mengetahui warna- warna yang akan di gunakan , klien bercerita bahwa senang mewarnai karena membuat pikiran menjadi menyenangkan .

Selanjutnya peneliti kembali melakukan implementasi di hari keenam art

therapy mewarnai , klien fokus dengan gambar , detail warna klien bercerita dari aktivitas mewarnai ini dapat mengurangi stres dan cemas yang di alami

Evaluasi untuk masalah gangguan memori pada klien Ny. K sebagian teratasi pada hari ke 3 pada tanggal 22 mei 2024 dengan hasil berubah klien mampu mengerti tentang dan prosedur latihan, dan mengajarkan teknik memori yang tepat.

Menurut penelitian Sigalingging et al., (2020), bahwa seiring dengan berlalunya waktu, jejak ingatan akan mengalami penurunan. Dengan bertambahnya usia, para lanjut usia tidak dapat mengingat dengan baik dibandingkan sebelumnya dan mereka mulai mengalami penurunan daya ingat, sering lupa nama orang, tempat serta peristiwa. Faktor yang menyebabkan kemunduran memori adalah proses mengingat Faktor yang menyebabkan kemunduran memori adalah proses mengingat kembali memori yang tersimpan membutuhkan waktu yang lebih lama, dan juga adanya keterbatasan lanjut usia untuk menggunakan cara mengingat dan pemusatan perhatian.

Hasil dengan penelitian Menurut Sunarti & Pratama (2022) lansia mampu mengenal dan mengingat warna dengan benar. Namun, terdapat satu lansia yang tidak mampu mengenali warna dimana lansia tersebut mewarnai tomat dengan warna orange, namun ketika ditanya warna apa yang digunakan, lansia tersebut bingung menyebutkan warna yang digunakan. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan fungsi kognitif pada lansia tersebut.

Menurut (Pranata & Fari, 2020) melalui media gambar, individu akan memahami persepsi dan perasaan yang terjadi pada dirinya dan membantu individu

untuk menggali cara menyelesaikan masalah serta menemukan harapan untuk membantu hidup menjadi lebih baik.

Menurut Murdayanti (2019) terapi seni dalam penerapannya dapat melibatkan aspek fisik, emosi, dan kognitif secara bersamaan pada seluruh subyek. Aspek fisik meliputi gerak pada motorik halus serta sensasi fisik yang dapat dirasakan oleh ketiga subyek selama menjalani proses intervensi terapi seni, seperti menggunakan kemampuan fisik mereka untuk menggunakan peralatan menggambar yang sudah disiapkan.

Penulis berasumsi bahwa usia mempengaruhi daya ingat seseorang, semakin bertambah usia seseorang maka lebih cepat mengalami gangguan memori sehingga memenuhi validasi penegakan diagnosa keperawatan pada SDKI (PPNI,2017) yaitu sekitaran 80 % - 100% dari tanda mayor minor.

## 2. Defisit perawatan diri (D.0109)

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data klien Ny.K di temukan klien dengan keluhan Klien mengatakan jarang mandi, mandi hanya 1x terkadang tidak mandi, Klien merasa dirinya sudah bersih, Klien mengatakan mau mengikuti jadwal rutinitas perawatan diri, Maka di temukan masalah keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/ minat.

Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti pada klien Ny. K dengan diagnosa defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan penurunan motivasi/ minat di harapkan dukungan perawatan diri (L.11348): Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, jadwalkan rutinitas perawatan diri, anjurkan



melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai.

Implementasi keperawatan pada masalah defisit perawatan diri yaitu dengan melakukan dampingan perawatan diri sampai mandiri pada klien demensia yang kurang berminat untuk perawatan diri seperti mandi, kebersihan mulut berpakaian, kemampuan ke toilet BAK/BAB, dan membersihkan kuku dilakukan selama 6 hari di harapkan klien mampu melakukan perawatan diri .

Selanjutnya pada hari kedua peneliti melakukan implementasi kembali dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri pada klien demensia dengan melakukan mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri mandi, kebersihan mulut berpakaian, kemampuan ke toilet BAK/BAB, dan membersihkan kuku.

Selanjutnya hari ketiga dilakukan implementasi dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri memonitor kembali Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai membersihkan dan memotong kuku klien .

Selanjutnya hari keempat di lakukan implementasi dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri memonitor kembali Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, menanyakan kepada klien apa hari ini sudah melakukan perawatan diri seperti mandi klien sudah mandi di pagi hari ini .

Selanjutnya pada hari kelima dilakukan implementasi dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri memonitor kemandirian klien , klien terlihat sudah berminat melakukan perawatan diri .

Selanjutnya pada hari keenam peneliti kembali melakukan implementasi keperawatan dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri memonitor



kembali dan mendampingi dalam melakukan perawatan diri klien berminat melakukan perawatan diri sampai mandiri mandi, kebersihan mulut berpakaian, kemampuan ke toilet BAK/BAB, dan membersihkan kuku, klien tampak rapih .

Evaluasi keperawatan dengan masalah defisit perawatan diri pada klien Ny. K belum teratasi pada hari ke 1 sampai hari ke 2 dan masalah sebagian teratasi pada hari 3 sampai hari ke 6. Dengan hasil perubahan klien mulai berminat untuk perawatan diri.

Menurut Judith, M. W. (2019) defisit perawatan diri menggambarkan suatu keadaan seseorang yang mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan, dan eliminasi.

Penulis berasumsi bahwa defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/minat dapat ditegakkan karena memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan pada SDKI (PPNI, 2019), yaitu sekitar 80% - 100% dari tanda mayor berupa klien menolak melakukan perawatan diri, minat melakukan perawatan diri kurang. Selain itu, validasi penegakkan diagnosa keperawatan didukung dengan data objektif selama pengkajian yaitu kuku nampak panjang (ujung kuku berwarna hitam, kotor dan tidak dipotong), jarang mengganti baju, baju yang digunakan nampak kotor, mukosa bibir nampak kering.

### 3. Risiko jatuh (D.0143)

Berdasarkan pengkajian klien terdapat data subjektif kepala panti mengatakan klien pernah terjatuh saat berjalan, klien mengatakan bahwa saat berjalan terasa sempoyongan/ ingin jatuh. Data objektif: klien tampak tidak menggunakan sandal pada saat berjalan, ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir

ini, jumlah skala jatuh MFS adalah 55 poin risiko jatuh tinggi.

Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti pada klien Ny. K dengan diagnosa resiko jatuh berhubungan dengan usia  $\geq 65$  tahun. Diharapkan faktor risiko saat berjalan menurun, sehingga disusun perencanaan berupa: Identifikasi faktor risiko jatuh (misal usia  $> 65$  tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati). Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang). Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.

Implementasi keperawatan pada masalah risiko jatuh ini dilakukan dengan mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh sehingga berkurangnya risiko jatuh pada lansia dengan demensia selama 6 hari.

Selanjutnya pada hari kedua dilakukan implementasi dengan masalah keperawatan resiko jatuh pada klien dengan menghitung skala fall morse scale adalah 55 poin dengan resiko jatuh tinggi

Selanjutnya pada hari ketiga dilakukan implementasi keperawatan dengan masalah keperawatan resiko jatuh mengatur tempat tidur pada posisi terendah agar mengurangi resiko jatuh pada klien.

Selanjutnya pada hari keempat dilakukan kembali implementasi keperawatan dengan masalah keperawatan resiko jatuh mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh seperti lantai licin, menggunakan sandal saat berjalan dan berpegangan jika berjalan atau berdiri.

Selanjutnya pada hari kelima dikakukan kembali implementasi dengan masalah keperawatan resiko jatuh, mengidentifikasi faktor risiko jatuh terjadinya gangguan keseimbangan pada klien, klien berjalan dengan hati hati .

Selanjutnya peneliti pada hari keenam melakukan kembali implementasi dengan masalah keperawatan resiko jatuh memonitor klien saat melakukan aktivitas hari – hari.

Evaluasi keperawata dengan masalah risiko jatuh pasa klien Ny. K dilakukan evaluasi yang belum teratasi pada hari ke 1 sampai 4 dan masalah sebagian teratasi dari hari ke 5 sampai hari ke 3 dengan hasil perubahan mulai bisa berjalan secara perlahan dengan beerhati-hati.

Penulis berasumsi bahwa risiko jatuh berhubungan dengan usia  $\geq 65$  tahun, validasi penegakkan diagnosa keperawatan didukung dengan data subjektif dan objektif selama pengkajian yaitu pada klien klien sudah pernah terjatuh, ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir ini, terjatuh pada saat berjalan, data objektif klien nampak tidak menggunakan sandal pada saat berjalan jalan, nilai skala jatuh Morse Fall Scale adalah 55 yang berarti resiko tinggi.

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

##### 1. Pengkajian

Hasil pengkajian di dapatkan pada klien Ny. K di fokuskan pada lansia dengan demansia. Pada klien Ny. K keluhan yang di rasakan klien yaitu sering lupa, tidak mampu mengingat peristiwa yang lalu, mengkaji menggunakan MMSE didapatkan nilai 8 poin dengan kategori definitie gangguan kognitif pada klien.

##### 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan di tagakkan berdasarkan dengan SDKI terdapat 7 diagnosa keperawata di antara lain sebagai berikut: gangguan memori, difisit perawatan diri, gangguan persepsi sensori, gangguan komunikasi verbal, koping tidak efektif, resiko cedera dan risiko jatuh. Pada klien Ny. K penelitian menemukan 3 diagnosa yaitu gangguan memori, difisit perawatan diri, dan risiko jatuh.

##### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dengan terlebih dahulu menuntukan SIKI dan standar SLKI. Perencanaan yang telah di buat dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil pengkajian.

##### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi



keperawatan yang telah di susun oleh peneliti berdasarkan teori yang ada dan menyesuaikan pada kebutuhan klien dengan demensia. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan seperti memonitor tanda-tanda vital, memonitor tingkat kemandirian, ketidakmampuan berkonsentrasi/ gejala lain yang menggunakan kemampuan kognitif dan keluhan lainnya yang dialami klien.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi dilakukan pada klien Ny.K dilakukan selama 6 hari dari tanggal 20 Mei 2024 – 25 Mei 2024, oleh peneliti dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi dilakukan pada Ny. K menunjukkan bahwa masalah yang dialami klien ini telah dibuat dan teratasi sebagian yaitu: gangguan memori, defisit perawatan diri dan risiko jatuh.

### **B. Saran**

#### **1. Bagi penulis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, pengalaman serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian. Diharapkan bagi penulis selanjutnya dapat melakukan pengkajian dengan benar terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemui.

#### **2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil dari karya tulis ilmiah ini diharapkan menambah keluasan ilmu dalam keperawatan pada klien lansia dengan demensia berkembang setiap tahunnya dan juga memacu pada peneliti selanjutnya menjadikan acuan dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada klien lansia dengan demensia.

### **3. Bagi Pihak Pengurus Panti Jompo**

Diharapkan pihak panti dapat bekerja sama dengan pihak kesehatan agar kesehatan semua lansia dapat terpantau dan terkontrol dengan baik setiap harinya.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adawiyah, Siti Robeatul, et al. "Terapi Aktivitas Kelompok Senam Otak pada Lansia dengan Kasus Demensia di Wisma Durian Panti Sosial Tresna Werdha BudiMulia 2 Cengkareng Jakarta Barat." *Usada Nusantara: Jurnal Kesehatan Tradisional* 1.2 (2023): 102-107.2.
- Kusumawaty, Ira. "Kajian Kebutuhan Pelayanan Paliatif Bagi Pasien Demensia." *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*. Vol. 4. No. 1. 2019
- Asyrofi, Muhammad Zur'an, and Cahyaningsih Fibri Rokhmani. "Demensia Vaskular pada Perempuan Usia 76 Tahun: Laporan Kasus." *Jurnal Majority* 8.2 (2019): 14-18.
- Dewi, Riskha Dora Candra. "Studi Literatur: Peran Caregiver Untuk Peningkatan Perawatan Kesehatan Pada Pasien Demensia." *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan* 1.2 (2020): 167-176.
- Nugroho, Irfan Helmi, and Ardeliana Nur Putri Gunawan. "Caregiver Burden Pada Pengasuh Pasien Dementia Selama Pandemi Covid-19: A Literature Review." *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)* 8.2 (2022): 120-126.
- Salam, Rudyanto, et al. "Implementasi Algoritma Forward Chaining Untuk Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Demensia Berbasis Website." *JIMP-Jurnal Informatika Merdeka Pasuruan* 7.2 (2023): 68-71.
- Pertiwi, Arum Setya, and Sulistyani Sulistyani. "Analysis of The Relationship of Physical Activity Level to The Dementia: Literature Review." *Prosiding University Research Colloquium*. 2022.
- Azmi, Railhan. "Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Pasien Demensia Dalam Proses Rehabilitasi Di Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoecki Mahdi Bogor." *eProceedings of Management* 8.3 (2021).
- Basri, Siti Hardiyanti. *Gambaran Karakteristik Demensia Dan Tingkat Kemandirian Pasien Demensia Di Rs Wahidin Sudirohusodo*. Diss. Universitas Hasanuddin, 2020.
- Pradana, Anung Ahadi, and Rohayati Rohayati. "Pengaruh Latihan Fisik terhadap Kesehatan Pelaku Rawat Informal Lansia Demensia: Meta Analisis." *Jurnal Kesehatan Vokasional* 7.3 (2022): 176-184.
- Rahmawati, Wenny Tri, An An, and Widi Raharjo. "Gambaran hipertensi dengan

kejadian demensia vaskular pada pasien stroke non hemoragik di Poli Saraf RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak." *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan: Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya* 7.2 (2020): 131-7.

Adawiyah, Siti Robeatul, et al. "Terapi Aktivitas Kelompok Senam Otak pada Lansia dengan Kasus Demensia di Wisma Durian Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 2 Cengkareng Jakarta Barat." *Usada Nusantara: Jurnal Kesehatan Tradisional* 1.2 (2023): 102-107.

Budiarti, Ira Sri, and Rista Nora. "Efektifitas Senam Otak (Brain Gym) Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lansia Dengan Demensia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluh Siemciu Padang Pariaman." *Jurnal Amanah Kesehatan* 2.2 (2020): 92-101.

Iftya, Sely Yuvitta. "Aktivitas fisik dengan kejadian demensia pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Jombang." *Skripsi, Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika, Jombang* (2019).

Goy, Edith Theresia. *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Lansia Tn. L. A Dengan Demensia Di Wisma Kenanga Upt Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang*. Diss. Poltekkes Kemenkes Kupang, 2019.

Ega Kurnelia, Ega. *Asuhan Keperawatan Pada Pada Ny. R Dengan Masalah Demensia Di Panti Sosial Tresna Werdha Kota Bengkulu Tahun 2021*. Diss. Universitas Dehasen Bengkulu, 2021.

Mukharomah, Siti, et al. "Peningkatan Fungsi Kognitif Melalui Pendampingan Lansia Dengan Metode Senam Otak Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirmala Puri Samarinda." *Abdimas Medika* 3.1 (2022): 33-38.

Ariestya, Topan Pamungkas, Arena Lestari, and Gunawan Irianto. "Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Demensia Pada Lansia Di Panti Sosial Yayasan Srikandi Bandar Surabaya Lampung Tengah Tahun 2021." *Jurnal Ilmiah Keperawatan IMELDA* 8.2 (2022): 155-164.

Azhara, Tiara Shafa. "Studi Kasus: Penatalaksanaan Terapi Milieu Untuk Meningkatkan Keterampilan Sosial Pada Pasien Demensia." *Jurnal Keperawatan Komplementer Holistic e-ISSN 2988-3709 (online)* 1.1 (2023): 16-22.

Rahayu, Devi Sri, et al. "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Demensia Dengan Pemberian Intervensi Terapi Senam Otak Untuk Meningkatkan Fungsi Kognitif Di Panti Werdha Kasih Ayah Bunda Tangerang 2023." *An-Najat* 1.3 (2023): 182-188.



Nabila, Bangkit Isna, Wasis Eko Kurniawan, and Madyo Maryoto. "Gambaran Tingkat Demensia pada Lansia di Rojinhome Ikedaen Okinawa Jepang". *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia* 2.8 (2022): 678-681.



## Lampiran 1 Jurnal Penelitian



[https://www.researchgate.net/publication/376017958\\_Tujuan\\_Geni\\_Merupakan\\_dan\\_Menggambar\\_Membantu\\_Lainnya\\_Mengatasi\\_Kecemasan](https://www.researchgate.net/publication/376017958_Tujuan_Geni_Merupakan_dan_Menggambar_Membantu_Lainnya_Mengatasi_Kecemasan)



<https://journal.stike.unsokranusri.ac.id/index.php/75DMart/view/view/525269>



<https://ejournal.uny.ac.id/id/eprint/41900/>



<https://ojs.iosr.in/id/index.php/iosr/article/view/203477>



<https://pdfs.semanticscholar.org/8e8c/9ce5436d7581a0546aad7b74756a426e1560.pdf>

Lampiran 2 *Informed Consent*

**Informed Consent**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai asuhan keperawatan yang akan dilakukan oleh Angelin Anastasya Wowiling dengan judul "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Demensia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Memori di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan 2024"

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada asuhan keperawatan ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama asuhan keperawatan saya menginginkan pengunduran diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan, 22 Mei 2024

Yang Memberikan Persetujuan,

Saksi



(Joko Sumitro)

(Kaminem)

Mahasiswa

(Angelin Anastasya Wowiling)

Lampiran 3 Lembar Konsultasi



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Kalimantan Timur

📍 Jalan Kutnia Makmur No. 64, Lga Janari Ilir,  
Samarinda, Kalimantan Timur 75131  
☎️ (0541) 738153  
🌐 <https://poltekkes-kaltim.ac.id>

**LEMBAR KONSULTASI**  
**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : Angelin Anastasya Wowiling

Nim : P07220121051

Pembimbing : 1. Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd

: 2. Ns. Abdul Kadir, S.Kep., M.Kep

Proposal & Hasil KTI				Tanda Tangan/Paraf		
No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Pembimbing 1	Pembimbing 2	Ketua penguji
1.	13 Oktober 2024	Konsultasi judul ( via zoom )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan kembali judul</li> <li>- Mencari jurnal Tindakan</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		
2.	11 Desember 2024	Konsultasi judul ( via whatsApp )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencari jurnal</li> <li>- Melanjutkan menyusun bab 1-3</li> </ul>		Ns. Abd kadir S.Kep.,M.Kep	
3.	05 Desember 2024	Konsultasi judul dan tindakan keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan tujuan tindakan keperawatan</li> <li>- Di lanjutkan bab 1</li> <li>- Judul yang di acc "Asuhan keperawatan gerontik dengan Masalah keperawatan gangguan memori di panti jompo di Bhakti Abadi</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		



4.	12 Desember 2024	Konsultasi BAB 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki dengan melihat kembali buku pedoman penyusunan proposal KTI (MSKS)</li> <li>- Tambahkan data WHO nasional, provisi dan</li> <li>- tempat penelitian</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		
5.	17 Januari 2024	Konsultasi BAB 1-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki latar belakang menambahkan data WHO, nasional dan provisi</li> <li>- Penulisan sumber dan tahun jurnal</li> </ul>		Ns. Abd kadir S.Kep.,M.Kep	
6.	18 Januari 2024	Konsultasi BAB 1-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki redaksi</li> <li>- Sesuaikan buku pedoman dalam penulisan LBM</li> <li>- Tindakan di jelaskan lebih spesifik</li> <li>- Tambahkan halaman</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		
7.	22 Januari 2024	Konsultasi BAB 1-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperhatikan rumus masalah yang di ambil</li> <li>- Fungsi dari tindakan / art therapy</li> </ul>		Ns. Abd kadir S.Kep.,M.Kep	
8.	26 Januari 2024	Konsultasi BAB 1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperbaiki penulisan</li> <li>- Memperbaiki tabel</li> <li>- Menambahkan asuhan keperawatan gerontik</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		

9.	01 Januari 2024	Konsultasi revisi BAB 1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan daftar pustaka dan daftar isi</li> <li>- ACC sempro</li> <li>- Mengatur jadwal sempro</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd	Ns. Abd kadir, S.Kep., M.Kep	
10.	03 Mei 2024	Konsultasi revisi BAB 1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki sistematika penulisan</li> <li>- Di proposal tidak ada tanda baca</li> </ul>		Ns. Abd kadir, S.Kep., M.Kep	
11.	06 Mei 2024	Konsultasi revisi BAB 1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC PROPOSAL</li> </ul>		Ns. Abd kadir, S.Kep., M.Kep	
12.	07 Mei 2024	Konsultasi revisi BAB 1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki sistematika penulisan</li> <li>- Memastikan tindakan keperawatan</li> <li>- ACC PROPOSAL</li> </ul>			Ns. Lukman Nuhakim, M.Kep
13.	14 Juni 2024	Konsultasi BAB 1-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki sistematika penulisan</li> <li>- Memastikan tindakan keperawatan</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd		
14	19 Juni 2024	Konsultasi Bab 4-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki lembar cover</li> <li>- Perbaiki sistematika penulisan</li> <li>- Melanjutkan evaluasi keperawatan</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd		

15	20 Juni 2024	Konsultasi Bab 4-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki tabel</li> <li>- Perbaiki sistematika penulisan</li> <li>- Melanjutkan pembahasan</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		
16	21 Juni 2024	Konsultasi Bab 1-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siap ujian / seminar pada hari senin 25 juni 2025</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		
17	22 Juni 2024	Konsultasi Bab 1-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menambahkan jurnal di pembahasan minimal 5</li> <li>- Perbaiki abstrak</li> </ul>		Ns. Abd kadir.S.Kep.,M.Kep	
18	24 Juni 2024	Konsultasi Bab 1-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siap ujian / seminar pada hari senin 25 juni 2024</li> </ul>		Ns. Abd kadir.S.Kep.,M.Kep	
19	6 Juli 2024	Konsultasi telah melakukan ujian seminar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstrak di perbaiki dan di beri nama</li> <li>- Pembalasan bab 4 dilakukan implementasi 6 hari</li> <li>- Lampiran dokumentasi</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		
20.	6 Juli 2024	Konsultasi telah melakukan ujian seminar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Karya tulis ilmiah di acc</li> </ul>	Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd		

21	8 Juli 2024	Konsultasi telah melakukan ujian seminar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembahasan bab 4 dilakukan implementasi 6 hari</li> <li>- Lampiran dokumentasi</li> <li>- Karya tulis ilmiah di acc</li> </ul>			Ns. Lukman Nuhakim, M.Kep
22	11 Juli 2024	Konsultasi telah melakukan ujian seminar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaikan bab 5 kesimpulan</li> <li>- Lampiran lembar observasi</li> <li>- Perbaikan sistematika penulisan</li> <li>- Lampiran format asuhan keperawatan gerontik</li> </ul>		Ns. Abd kadir S.Kep, M.Kep	



KEMENKES



Lampiran 4 Dokumentasi klien



Selasa, 21 Mei 2024  
Tindakan Art Therapy Mewarnai



Rabu, 22 Mei 2024  
Tindakan Art Therapy Mewarnai



Kamis, 23 Mei 2024  
Tindakan Art Therapy Mewarnai



Jumat, 24 Mei 2024  
Tindakan Art Therapy Mewarnai



Sabtu, 25 Mei 2024  
Tindakan Art Therapy Mewarnai




Minggu, 26 Mei 2024  
Tindakan Art Therapy Mewarnai

## Lampiran 5 SOP Art Therapy

<b>Pengertian</b>	Kegiatan mewarnai merupakan kegiatan yang menyenangkan dan dapat dilakukan oleh siapapun sekalipun individu tersebut tidak dapat menggambar atau mewarnai (Murdiyanti, 2019). Melalui media gambar, individu akan memahami persepsi dan perasaan yang terjadi pada dirinya dan membantu individu untuk menggali cara menyelesaikan masalah serta menemukan harapan untuk membantu hidup menjadi lebih baik (Pranata & Fari, 2020).
<b>Manfaat</b>	aktivitas mewarnai dapat menimbulkan perasaan tertarik dan menyenangkan pada individu serta merangsang partisipasi mereka karena dalam proses terapi ini individu melakukan sesuatu dan tidak hanya terlibat dalam pembicaraan
<b>Sasaran</b>	Art Therapy ini akan diberikan kepada lansia dengan demensia mulai dari sangat ringan sampai dengan sedang dan dapat mengikuti kegiatan dengan baik. Apabila selama lansia melakukan art therapy merasa kelelahan, maka art therapy ini wajib dihentikan
<b>Waktu</b>	Tempat pelaksanaan: Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan Waktu : Selasa 21 mei 2024 – minggu 26 mei 2024
<b>Alat</b>	Alat yang dibutuhkan selama art therapy menggambar adalah meja, kursi, kertas gambar, pensil gambar, pensil warna, crayon, spidol dan cat air.
<b>Tata Tertib</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lansia yang telah di pilih dan bersedia menjadi responden dan telah dilakukan randomisasi untuk menjadi kelompok intervensi wajib mengikuti art therapy mewarnai sesuai jadwal yang telah ditetapkan.</li> <li>b. Art Therapy mewarnai terdiri dari 4 sesi yaitu sesi pertama perkenalan dan penjelasan (10 menit). Sesi kedua, lansia diminta untuk menggambar bentuk sesuai contoh digambar (15 menit). Sesi ketiga, lansia diminta mewarnai bebas dengan berdasarkan bentuk yang telah dibuat tadi (60 menit), dan sesi keempat, sesi diskusi dimana lansia diminta menceritakan tentang gambar yang telah dibuatnya tersebut (15 menit).</li> </ol>

Lampiran 6 Rencana Kegiatan Art Therapy

Hari	Sesi I	Sesi II	Sesi IIIs	Sesi IV
1	Memberikan penjelasan tentang tugas lansia dalam kegiatan art therapy ini	 <p>Lansia diminta menggambar seperti contoh dan menggantungnya</p>	Lansia diminta untuk menggambar dan mewarnai bebas dengan dasar bentuk yang sudah dibuat.	Meminta lansia untuk mendiskusikan dan menceritakan tentang gambar yang dibuat
2	Memberikan penjelasan tentang tugas lansia dalam kegiatan art therapy ini	Lansia langsung mewarnai bebas (atau dengan contoh)	Lansia diminta untuk menggambar bebas sesuai perasaannya atau contoh dan mewarnai gambarnya	Meminta lansia untuk mendiskusikan
3	Memberikan penjelasan tentang tugas lansia dalam kegiatan art therapy ini	Lansia langsung mewarnai bebas sesuai gambar yang di beri (atau dengan contoh)	Lansia diminta untuk menggambar bebas sesuai perasaannya atau contoh dan mewarnai gambarnya	Meminta lansia untuk mendiskusikan dan menceritakan tentang gambar yang dibuat
4	Memberikan penjelasan tentang tugas lansia dalam kegiatan art therapy ini	Lansia langsung mewarnai bebas sesuai gambar yang di beri (atau dengan contoh)	Lansia diminta untuk menggambar bebas sesuai perasaannya atau contoh dan mewarnai gambarnya	Meminta lansia untuk mendiskusikan dan menceritakan tentang gambar yang dibuat
5	Memberikan penjelasan tentang tugas lansia dalam kegiatan art therapy ini	Lansia langsung mewarnai bebas sesuai gambar yang di beri (atau dengan contoh)	Lansia diminta untuk menggambar bebas sesuai perasaannya atau contoh dan mewarnai gambarnya	Meminta lansia untuk mendiskusikan dan menceritakan tentang gambar yang dibuat
6	Memberikan penjelasan tentang tugas lansia dalam kegiatan art therapy ini	Lansia langsung mewarnai bebas sesuai gambar yang di beri (atau dengan contoh)	Lansia diminta untuk menggambar bebas sesuai perasaannya atau contoh dan mewarnai gambarnya	Meminta lansia untuk mendiskusikan perasaan klien saat ini.







Genogram: (Tiga Generasi)



d. Riwayat Pekerjaan

1. Status pekerjaan saat ini:.....  
.....  
.....
2. Pekerjaan sebelumnya:.....  
.....  
.....
3. Sumber sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan: .....  
.....  
.....

e. Riwayat Lingkungan Hidup

1. Tipe tempat tinggal:.....  
.....
2. Jumlah kamar:.....  
.....
3. Jumlah tingkat:.....  
.....
4. Jumlah orang yang tinggal di rumah:.....  
.....
5. Derajat privasi:.....  
.....
6. Tetangga terdekat:.....  
.....
7. Alamat/telepon:.....  
.....

.....  
.....  
.....  
f. Riwayat Rekreasi

1. Hobby/minat:.....  
.....  
.....

2. Keanggotaan organisasi:.....  
.....  
.....

3. Liburan:.....  
.....  
.....

g. Sumber/Sistem Pendukung

1. (     ) Dokter.

2. (     ) Perawat

3. (     ) Rumah sakit/Puskesmas/Klinik

4. (     ) Pelayanan kesehatan di rumah

5. Lain lain, sebutkan.....  
.....

h. Deskripsi Hari Khusus Kebiasaan Ritual Waktu Tidur

.....  
.....

i. Status Kesehatan Saat Ini

1. Status kesehatan umum selama setahun yang lalu.....  
.....  
.....

2. Status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu.....  
.....  
.....

3. Keluhan keluhan kesehatan utama.....  
.....  
.....



pendapatan tidak adekuat, kurang transportasi, masalah menelan/mengenyah, stres emosional).....

Kebiasaan:.....

j. Status Kesehatan Masa Lalu

1. Penyakit masa anak-anak.....

2. Penyakit serius/kronik.....

3. Trauma.....

4. Perawatan di Rumah Sakit (alasan, tanggal, tempat, durasi, dokter).....

5. Operasi (perhatikan jenis, tanggal, alasan, dokter).....

k. Pemeriksaan Fisik (Tinjauan Sistem)

l. Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ) instruksi:

Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar dan catat semua jawaban:

catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan

**Short Portable Mental Status Questioner**

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini?
		02	Hari apa sekarang?
		03	Apa nama tempat ini?
		04	Dimana alamat anda?



BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		05	Berapa umur anda?
		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		09	Siapa nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara mundur
<b>Jumlah:</b>	<b>Jumlah:</b>		

Interpretasi hasil:

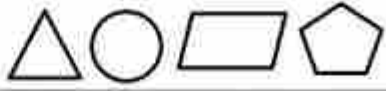
- a. Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh
- b. Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan
- c. Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang
- d. Salah 9-10: Kerusakan intelektual berat

- m. Riwayat Psikososial.....  
.....  
.....
- n. Riwayat Spiritual.....  
.....  
.....

Lampiran 8 Observasi Barthel indeks Klien

Pengkajian Status Fungsional (Modifikasi Dari Barthel Indeks)				
No	Kriteria	Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10✓	3x sehari satu porsi nasi dan lauk pauk dan selalu habis.
2	Minum	5	10✓	± 8 gelas air putih dalam sehari.
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15✓	Klien menggunakan tongkat sebagai penyangga saat jalan.
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5✓	2-3x dalam sehari.
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10✓	Klien mampu melakukan personal hygiene.
6	Mandi	5	15✓	2x dalam sehari.
7	Jalan di permukaan datar	0	5✓	Klien mampu berjalan di permukaan datar.
8	Naik turun tangga	5	10✓	Klien mampu naik turun tangga sendiri.
9	Mengenakan pakaian	5	10✓	Klien mampu mengenakan pakaian sendiri.
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10✓	1-2x dalam sehari Konsistensi lunak
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10✓	5-6x dalam sehari Kuning jernih
12	Olahraga atau Latihan	5	10✓	1x setiap pagi hari, selama 15-20 menit
13	Rekreasi atau pemanfaatan waktu luang	5	10✓	Menonton TV, berolahraga ringan dan mengobrol dengan teman panti lainnya.
Keterangan			Nilai	
≥ 130 : Mandiri			130 : Mandiri	
65-125 : Ketergantungan Sebagian				
≤ 60 : Ketergantungan Total				

Lampiran 9 Observasi Mini Mental State Exam (MMSE)

Pengkajian Mini Mental State Exam (MMSE)		
Nilai Maksimum	Klien	Pertanyaan
<b>Orientasi</b>		
5	1	Tahun, bulan, tanggal, hari, apa sekarang
5	3	Dimana kita (negara bagian, wilayah, kota) ?
<b>Registrasi</b>		
3	2	Nama 3 objek (1 detik untuk mengatakan masing-masing) tanyakan pada lansia ke 3 objek setelah anda katakan. Beri poin untuk jawaban benar, ulangi sampai lansia mempelajari ke 3 nya dan jumlahkan skor yang telah dicapai.
<b>Perhatian dan Kalkulasi</b>		
5	3	Pilihlah kata dengan 7 huruf, misal kata "panduan", berhenti setelah 5 huruf, beri 1 poin tiap jawaban benar, kemudian dilanjutkan, apakah lansia masih ingat huruf lanjutannya.
<b>Mengingat</b>		
3	3	Minta untuk mengulangi ke 3 objek diatas, beri 1 poin untuk tiap jawaban benar.
<b>Bahasa</b>		
2	2	Sebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, arloji).
1	0	Mengulang kata/rangkaian kata (tanpa kalau, dan, atau, tetapi).
3	3	Melakukan perintah (ambil kertas dengan tangan kanan, lipatlah menjadi 2 dan letakkan di meja).
1	1	Membaca dan melakukan perintah (angkatlah tangan kiri anda).
1	1	Memlis sebuah kalimat (spontan).
1	1	Meniru gambar dibawah ini
		
<b>Keterangan</b> >24: Aspek kognitif baik 18-23: Probable gangguan kognitif < 17: Definite		<b>20</b> Probable gangguan kognitif Skor diinterpretasikan demensia ringan