

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA Ny. F.P DENGAN DEMENSIA DI  
WISMA TERATAI UPT PANTI SOSIAL PENYANTUN LANJUT USIA  
BUDI AGUNG KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Studi Diploma III Keperawatan  
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



**FICTORIA FERDERIKA DJIBRAEL**

**NIM : PO. 5303 2011 5016**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN  
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis oleh Fictoria Ferderika Djibrael, NIM PO 530210115016  
Dengan Judul Asuhan Keperawatan Lansia Ny F.P Dengan Demensia Di Upt  
Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang Kelurahan Oepura  
Kecamatan Maulafa telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Tanggal 5 Juli 2018

Pembimbing

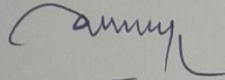
Yustinus Rindu S.Kep.,M.Kep  
NIP :196612311989011001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh FICTORIA FERDERIKA DJIBRAEL dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. F.P Dengan Demensia Di Wisma Teratai UPT Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 05 Juli 2018.

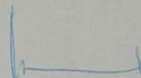
Dewan Penguji

Penguji I



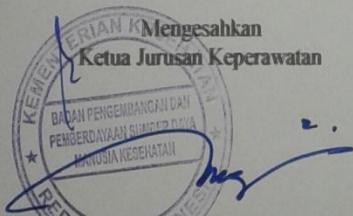
Dr. Rafael Paun, SKM., M.Kes  
NIP:195702151982011001

Penguji II



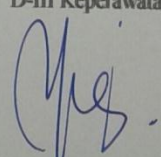
Yustinus Rindu S. Kep., M.Kep  
NIP:196612311989011001

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



M. Margaretha U. W., SKp., MHSc  
NIP:195602171986032001

Mengetahui Program Studi  
D-III Keperawatan



Margaretha Telli S. Kep. Ns., MSc-PH  
NIP:197707272000032002

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fictoria Ferderika Djibrael  
NIM : PO. 530320115016  
Program Studi : D III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.


Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 5 Juli 2018  
Pembuat Pernyataan



Fictoria Ferderika djibrael  
PO.530320115016

Mengetahui  
Pembimbing



Yustinus Rindu S. Kep., M. Kep.  
NIP.:196612311989011001

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Fictoria Ferderika Djibrael  
TTL : Kupang , 08- Februari -1996  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Noelbaki, Jalan Timor Raya km 17,5  
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Inpres Puluthie , Kupang Tahun 2008  
2. Tamat SMPN 1 Kupang Tengah Tahun 2011  
3. Tamat SMK Kencana Sakti Kupang Tahun 2014  
4. Sejak Tahun 2015 Kuliah di Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang

### **MOTTO:**

**“ HIDUP INI SEPERTI SEPEDA AGAR TETAP SEIMBANG, KAU HARUS TERUS BERGERAK UNTUK MENDAPATKAN KESUKSESAN”**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PADA Ny. F.P DENGAN DEMENSIA DI UPT. PANTI SOSIAL PENYANTUN LANJUT USIA BUDI AGUNG KUPANG”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak Yustinus Rindu S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi. dan juga tidak lupa terima kasih kepada Bapak.

Dr.Rafael Paun.,SKM.,M.Kes selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. penulis juga mengucapkan limpah terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ragu Harning Kristina SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Ibu M. Margaretha U. W. Skp, MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang. Dosen keperawatan Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.
3. Kepada seluruh Dosen dan Karyawan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kupang.
4. Kepada pengasuh Wisma Teratai yang memperkenankan penulis melakukan penelitian.
5. Orang Tua tercinta, Bapak Djibrael dan Ibu Joseba yang telah membesarkan dan mendidik saya serta memberikan dukungan baik.
6. Kakak, Adik migel, ka Frances yang dengan penuh cinta dan sayang memberikan dukungan doa, moril dan materi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.

7. Sahabat MG, Hetni, Sandra, Simplia, Resa, Olni, merri, elan, dewi, endang, adek aurel, teman-teman asrama, yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
8. Teman-teman seangkatan 2015 Tingkat III Reguler A dan B angkatan 24 khususnya GNA yang selalu memberikan dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
9. Teman-teman seperjuangan meraih gelar, Carlos ratu pe, Trisna Nggadas, Yomal, dan Mareta Nalle yang selalu memberikan motivasi dalam menyelesaikan Studi Kasus ini dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat konstruktif dari pembaca sangat diharapkan demi kesempurnaan dari Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga segala budi baik dari semua pihak diberkati oleh Tuhan Yang Maha Esa.

Akhirnya, penulis mengharapkan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Kupang, 5 juli 2018

Penulis

## ABSTRAK

**Fictoria F. Djibrael , PO530320115016, 2018, Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Stroke UPT. Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung, Kupang.**

**Latar Belakang :** Perawatan klien lanjut usia dianggap sebagai area berteknologi rendah bukan salah satu are praktik keperawatan beregensi. Terdapat keraguan bahwa klien lansia dengan demensia merupakan kekwawatiran utama dalam penyediaan pelayanan asuhan keperawatan. Bahwa seiring dengan semakin lanjut usia mental serta kecakapan fisik melambat sampai beberapa tingkat sehingga lansia distigmatisasi sebagai bagian bawah dalam kelompok sosial dan kebutuhan kusus mereka kurang dikenali sehingga perawatan lansia. Tujuannya memberikan perawatn pada lansia berupa asuhan keperawatan untuk mempertahankan individualitas dan pemberdayaan dengan menggunakan metode proses keperawatn yang meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

**Metode :** Deskriptif dengan menggunakan jenis penelitian kualitatif yang kegiatannya berupa studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Lansia Ny.F.P dengan Demensia di Wisma Teratai UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung, Kupang.

**Hasil :** Masalah keperawatan didapatkan pada Ny. F.P adalah didapatkan prioritas diagnosa keperawatan keluarga yang pertama : kerusakan memori, hambatan mobilitas verbal, risiko jatuh, defisit perawatan diri Mandi yang dirawat selama 4 hari dengan melakukan mengenali nama orang, waktu, tempat, tanggal, hari, jam, bulan tahun, memotivasi pasien untuk mandi, membantu pasien mandi, melakukan mendorong pasien untuk berbicara/berkomunikasi, mengajarkan pasien untuk menggunakan sandal yang tidak licin.

**Kesimpulan :** Masalah keperawatan kerusakan memori, hambatan mobilitas verbal, risiko jatuh, defisit perawatan diri Mandi perlu perawatan lanjutan baik dilakukan oleh perawat maupun pengasuh wisma.

---

**Kata Kunci : Lansia, Demensia , kerusakan , memori**

## DAFTAR ISI

### *Halaman*

Halaman Depan	
Lembar Persetujuan.....	i
Lembar Pengesahan.....	ii
Surat Pernyataan Keaslian Karya Tulis Ilmiah.....	iii
Biodata penulis.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vi
Daftar Isi.....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Tujuan Penulisan Studi Kasus.....	4
1.3 Manfaat Penulisan Studi Kasus.....	5
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
2.1 Konsep Lansia.....	6
2.1.1 Definisi Lansia.....	6
2.1.2 Batasan Lansia.....	7
2.1.3 Ciri-ciri Lansia.....	7
2.1.4 Teori proses menua.....	7
2.1.5 Tujuan Keperawatan Gerontik.....	9
2.1.6 Perkembangan Lansia.....	9
2.1.7 Perubahan yang terjadi pada Lansia.....	10
2.1.8 Tujuan pelayanan kesehatan.....	11
2.1.9 Prinsip Etika Pada Pelayanan Lansia.....	12
2.2 Konsep Demensia.....	13
2.2.1. Pengertian Demensia.....	13
2.2.2. Penyebab Demensia.....	14
2.2.3. Patofisiologi Demensia.....	14
2.2.4. Tanda dan gejala Demensia.....	15
2.2.5. Klasifikasi Demensia.....	16
2.2.6. Pencegahan Demensia.....	17
2.2.7. Penatalaksanaan Demensia.....	17
2.2.8. Komplikasi Demensia.....	18
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Demensia.....	18
2.3.1 Pengkajian.....	18
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	27
2.3.3 Perencanaan Keperawatan.....	27
2.3.4 Tindakan Keperawatan.....	31
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	32

### **BAB III METODE STUDI KASUS**

3.1 Rancangan Studi Kasus .....	33
3.2 Subyek studi kasus .....	33
3.3 Instrumen Studi Kasus.....	33
3.4 Metode Penumpulan Data .....	33
3.5 Lokasi dan waktu studi.....	33
3.6 Analisa Data dan Penyajian Data .....	33
3.7 Uji keabsahan Data.....	34
3.8 Etika Studi Kasus .....	34

### **BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil Studi Kasus .....	35
4.2 Pembahasan.....	46
4.3 Keterbatasan.....	50

### **BAB VKESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	51
5.2 Saran .....	53

### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Lampiran 2 Format Pengkajian Lansia

Lampiran 3 lembaran konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Salah satu kemajuan suatu bangsa dipandang dari usia harapan hidup yang meningkat pada lansia. Data WHO pada tahun 2009 menunjukkan lansia berjumlah 7,49% dari data populasi, Tahun 2011 menjadi 7,69% pada tahun 2013 populasi lansia sebesar 8,1% dari total populasi.

Dan di Indonesia tahun 2014 mencapai 18 juta jiwa dan diperkirakan akan meningkat menjadi 41 juta jiwa di tahun 2035 serta lebih dari 80 juta jiwa di tahun 2050. Tahun 2050, satu dari empat penduduk Indonesia adalah penduduk lansia dan lebih mudah menemukan penduduk lansia dibandingkan bayi atau balita.

Lanjut usia pasti mengalami masalah kesehatan yang diawali dengan kemunduran selsel tubuh, sehingga fungsi dan daya tahan tubuh menurun serta faktor resiko terhadap penyakit pun meningkat. Masalah kesehatan yang sering dialami lanjut usia adalah malnutrisi, gangguan keseimbangan, kebingungan mendadak, termasuk, beberapa penyakit seperti hipertensi, gangguan pendengaran, penglihatan dan demensia.

Prevalensi demensia terhitung mencapai 35,6 juta jiwa di dunia. Angka kejadian ini diperkirakan akan meningkat dua kali lipat setiap 20 tahun, yaitu 65,7 juta pada tahun 2030 dan 115,4 juta pada tahun 2050 (Alzheimer's Disease International, 2009). Peningkatan prevalensi demensia mengikuti peningkatan populasi lanjut usia (lansia). Berdasarkan data tersebut dapat dilihat terjadi peningkatan prevalensi demensia setiap 20 tahun.

Deklarasi Kyoto menyatakan tingkat prevalensi dan insidensi demensia di Indonesia menempati urutan keempat setelah China, India, dan Jepang (Alzheimer's Disease International, 2006). Data demensia di Indonesia pada lanjut usia (lansia) yang berumur 65 tahun ke atas adalah 5% dari populasi lansia (Tempo, 2011). Prevalensi demensia meningkat menjadi 20% pada lansia berumur 85 tahun ke atas. Kategori lanjut usia penduduk berumur 65

tahun ke atas angka lansia di Indonesia pada tahun 2000 sebanyak 11,28 juta. Jumlah ini diperkirakan meningkat menjadi 29 juta jiwa pada tahun 2020 atau 10 persen dari populasi penduduk (Tempo, 2011).

Berdasarkan data yang diperoleh di UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung, Kupang sebanyak 87 pada tahun 2017 orang dengan jumlah laki-laki sebanyak 32 orang dan perempuan 50 orang. Lansia yang mengalami demensia sebanyak demensia berat 2 orang, demensia sedang 21 orang, demensia ringan 12 orang. (UPTD Budi Agung Kupang)

Gangguan kognitif merupakan kondisi atau proses patofisiologis yang dapat merusak atau mengubah jaringan otak mengganggu fungsi serebral, tanpa memperhatikan penyebab fisik, gejala khasnya berupa kerusakan kognitif, disfungsi perilaku dan perubahan kepribadian (Copel, 2007). Gangguan kognitif erat hubungannya dengan fungsi otak, karena kemampuan pasien untuk berpikir akan dipengaruhi oleh keadaan otak. Gangguan kognitif antara lain delirium dan demensia (Azizah, 2011)

Demensia terjadi karena adanya gangguan fungsi kognitif. Fungsi kognitif merupakan proses mental dalam memperoleh pengetahuan atau kemampuan kecerdasan, yang meliputi cara berpikir, daya ingat, pengertian, serta pelaksanaan (Santoso&Ismail, 2009). Demensia juga berdampak pada pengiriman dan penerimaan pesan. Dampak pada penerimaan pesan, antara lain: lansia mudah lupa terhadap pesan yang baru saja diterimanya; kurang mampu membuat koordinasi dan mengaitkan pesan dengan konteks yang menyertai; salah menangkap pesan; sulit membuat kesimpulan. Dampak pada pengiriman pesan, antara lain: lansia kurang mampu membuat pesan yang bersifat kompleks; bingung pada saat mengirim pesan; sering terjadi gangguan bicara; pesan yang disampaikan salah (Nugroho, 2009).

Upaya yang dapat dilakukan oleh tenaga keperawatan untuk mencegah penurunan fungsi kognitif pada lansia demensia yaitu dengan terapi kolaboratif farmakologis dan terapi non farmakologis. Terapi kolaboratif farmakologis yaitu donezepil, galatamine, rivastigmine, tetapi masing-masing obat tersebut memiliki efek samping (Dewanto; Suwono; Riyanto;

Turana, 2009). Terapi non farmakologis antara lain: terapi teka teki silang; *brain gym*; *p`uzzle*; dan lain-lain. Terapi non farmakologis ini tidak memiliki efek samping (Santoso&Ismail,2009).

Studi kasus yang pernah dilakukan menurut Musrifatul Uliyah, Dkk Dengan judul hubungan usia dengan penurunan daya ingat (demensia) pada lansia di panti sosial tresna werdha budi sejahtera landasan ulin kota banjarbaru kalimantan selatan menunjukkan sebagian besar mengalami demnsia berat dengan usia (75-90) tahun dan sebagian kecil demensia berat pada usia sangat tua (diatas 90 tahun). Studi kasus yang dilakukan oleh Dwiyani Kartikasari tahu 2012, Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Pada Lansia Demensia Oleh Keluarga. Studi kasus yang dilakukan oleh serly yohana Dkk, dengan judul Hubungn Dukungan Keluarga Dengan kejadian Demensia Pada Lansia Di Desa Tumpaan Baru Kecamatan Tumpaan Amurang Minahasa Selatan yaitu hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia tinggi sebagian besar hidupnya baik, sedangkan mendapat dukungan rendah sebagian kualitas hidup rendah.

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan diatas, maka penulis tertarik untuk studi kasus tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan Demensia di UPT. Panti Sosial Penyantun lanjut usia budi agung Kupang diruangan Teratai.

## **1.2.2. Tujuan Studi Kasus**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum Studi kasus untuk mengetahui proses pengkajian, Analisa data, penegakan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, mendokumentasi dan evaluasi terhadap fungsi kognitif pada lansia dengan demensia di Panti Wreda Budi Agung Kupang.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

- 1) Mengetahui proses pengkajian fungsi kognitif pada lansia dengan demensia sebelum diberikan terapi di Panti Werda Budi Agunga Kupang.

- 2) Mengetahui proses Analisa data pada lansia dengan demensia di Panti Wreda Budi Agung Kupang.
- 3) Manpu menegakkan Diagnosa secara benar berdasarkan data yang di kajian pada lansia degan demensia di Pabti Werda Budi Agung Kupang.
- 4) Mampu merencanakan tindakan perawatan secara tepat pada lansia dengan demensia di Pabti Werda Budi Agung Kupang.
- 5) Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada lansia dengan demensia di Pabti Werda Budi Agung Kupang.
- 6) Melakukan Evaluasi terhadap tindakan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Werda Budi Agung Kupang.

### **1.3. Manfaat Studi Kasus**

#### **1.3.1 Manfaat Teoritis**

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan ilmu terutama pada bagian ilmu gerontologi dan keperawatan gerontik, sehingga para tenaga kesehatan dapat mengetahui proses perawatan lansia dengan demensia secara benar.

#### **1.3.2. Manfaat Praktisi**

##### 1) Bagi Lansia:

Agar asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia dapat bermanfaat untuk aktifitas sehari-hari pada lansia dengan demensia

##### 2) Bagi Panti Werda Budi Agung

Memberikan informasi dan masukan secara objektif dalam penanganan lansia demensia di panti

##### 3) Bagi Perawat Gerontik

Dapat mengenal asuhan keperawatan lansia dan dapat menerapkan asuhan keperawatan dengan baik, mempelajari kognitif lansia Demensia.

## **BAB II**

### **TIN JAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep lansia**

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

Lansia adalah seorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita, yang masih aktif beraktifitas yang bekerja maupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafka sendiri hingga bergantung pada orang lain untuk menghidupi dirinya sendiri (nugroho, 2006). Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2006).

Keperawatan Gerontik adalah Suatu bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu dan kiat/teknik keperawatan yang berbentuk bio-psiko-sosio-spiritual dan kultural yang holistik, ditujukan pada klien lanjut usia, baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

##### **2.1.2. Batasan Lansia**

###### 1). WHO yang lama dan yang baru

###### a. Yang lama

- \*. Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun,
- \*. Usia tua (old) :75-90 tahun, dan
- \*. Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun.

###### b. Yang baru:

- \* Setengah baya : 66- 79 tahun,

\* Orang tua : 80- 99 tahun,

\* Orang tua berusia panjang

2). Depkes RI (2005) batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori,

a) Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun,

b) Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas,

c) Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.

### **2.1.3. Teori Proses menua pada lansia**

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu, anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun secara psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penghilataan semakin memburuk, gerakan lambat, dan igur tubuh yang tidak proposional.

### **2.1.4. Ciri-ciri Lansia**

1). Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2). Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang

mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3). Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4). Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah..

#### **2.1.5. Tujuan Keperawatan Gerontik**

- 1). Membantu memahami individu terhadap perubahan di usia lanjut
- 2). Memoivasi masyarakat dalam upaya meningkatkan kesejahteraan lansia
- 3). Mengembalikan kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari
- 4). Mempertahankan kesehatan serta kemampuan lansia dengan jalan perawatan dan pencegahan.
- 5). Membantu mempertahankan serta membesarkan daya hidup atau semangat hidup klien lanjut usia.
- 6) Menolong dan merawat klien lanjut usia yang menderita penyakit atau mengalami gangguan tertentu (kronis maupun akut).
- 7). Merangsang para petugas kesehatan untuk dapat mengenal dan menegakkan diagnosa yang tepat dan dini apabila mereka menjumpai suatu kelainan tertentu.

- 8). Mencari upaya semaksimal mungkin, agar para klien lanjut usia yang menderita usia penyakit/ gangguan, masih dapat mempertahankan kebebasan yang maksimal tanpa perlu suatu pertolongan (memelihara kemandirian secara maksimal).

#### **2.1.6. Perkembangan Lansia**

Usia lanjut merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Untuk menjelaskan penurunan pada tahap ini, terdapat berbagai perbedaan teori, namun para ahli pada umumnya sepakat bahwa proses ini lebih banyak ditemukan pada faktor genetik.

#### **2.1.7. Permasalahan yang terjadi Lansia**

##### 1) Masalah fisik

Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra penglihatan yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga sering sakit.

2) Masalah kognitif ( intelektual )

Masalah yang hadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar.

3) Masalah emosional

Masalah yang hadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

4) Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

**2.1.8. Tujuan Pelayanan Kesehatan Lansia**

Pelayanan pada umumnya selalu memberikan arah dalam memudahkan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan sosial, kesehatan, perawatan dan meningkatkan mutu pelayanan bagi lansia. Tujuan pelayanan kesehatan pada lansia terdiri dari :

- 1) Mempertahankan derajat kesehatan para lansia pada taraf yang setinggi-tingginya, sehingga terhindar dari penyakit atau gangguan.
- 2) Memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas-aktifitas fisik dan mental.
- 3) Mencari upaya semaksimal mungkin agar para lansia yang menderita suatu penyakit atau gangguan, masih dapat mempertahankan kemandirian yang optimal.
- 4) Mendampingi dan memberikan bantuan moril dan perhatian pada lansia yang berada dalam fase terminal sehingga lansia dapat menghadapi kematian dengan tenang dan bermartabat. Fungsi

pelayanan dapat dilaksanakan pada pusat pelayanan sosial lansia, pusat informasi pelayanan sosial lansia, dan pusat pengembangan pelayanan sosial lansia dan pusat pemberdayaan lansia.

### **2.1.9. Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia**

Beberapa prinsip etika yang harus dijalankan dalam pelayanan pada lansia adalah (Kane et al, 1994, Reuben et al, 1996) :

#### 1). Empati:

Istilah empati menyangkut pengertian “simpati atas dasar pengertian yang dalam” artinya upaya pelayanan pada lansia harus memandang seorang lansia yang sakit dengan pengertian, kasih sayang dan memahami rasa penderitaan yang dialami oleh penderita tersebut. Tindakan empati harus dilaksanakan dengan wajar, tidak berlebihan, sehingga tidak memberi kesan over protective dan belas-kasihan. Oleh karena itu semua petugas geriatrik harus memahami proses fisiologis dan patologik dari penderita lansia.

#### 2). Non maleficence dan beneficence.

Pelayanan pada lansia selalu didasarkan pada keharusan untuk mengerjakan yang baik dan harus menghindari tindakan yang menambah penderitaan (harm). Sebagai contoh, upaya pemberian posisi baring yang tepat untuk menghindari rasa nyeri, pemberian analgesik (kalau perlu dengan derivat morfin) yang cukup, pengucapan kata-kata hiburan merupakan contoh berbagai hal yang mungkin mudah dan praktis untuk dikerjakan.

#### 3). Otonomi;

Suatu prinsip bahwa seorang individu mempunyai hak untuk menentukan nasibnya, dan mengemukakan keinginannya sendiri. Dalam etika ketimuran, seringkali hal ini dibantu (atau menjadi semakin rumit ) oleh pendapat keluarga dekat. Jadi secara hakiki, prinsip otonomi berupaya untuk melindungi penderita yang fungsional masih kapabel (sedangkan non-maleficence dan beneficence lebih bersifat melindungi penderita yang inkapabel). Dalam berbagai hal

aspek etik ini seolah-olah memakai prinsip paternalisme, dimana seseorang menjadi wakil dari orang lain untuk membuat suatu keputusan (misalnya seorang ayah membuat keputusan bagi anaknya yang belum dewasa).

## **2.2. Konsep Demensia**

### **2.2.1. Pengertian Demensia**

Demensia adalah 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 dan daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi perhatian dan konsentrasi, penyesuaian dan kemampuan bersosialisasi (Corwin, 2009).

Demensia alzheimer adalah penyakit degeneratif otak yang progresif, yang mematikan sel otak sehingga mengakibatkan menurunnya daya ingat, kemampuan berpikir, dan perubahan perilaku. Demensia alzheimer merupakan penyakit neurodegeneratif progresif dengan gambaran klinis dan patologi yang khas, bervariasi dalam awitan, umur, berbagai gambar gangguan kognitif, dan kecepatan pemburukannya. Penyakit alzheimer ditemukan oleh seorang dokter ahli saraf dari Jerman yang bernama Dr. Alois Alzheimer pada tahun 1906 penyakit ini 60% menyebabkan kepikunan atau demensia dan diperkirakan akan meningkat terus, bahkan diramalkan pertumbuhannya akan lebih cepat dari pada kecepatan penambahan jumlah penduduk usia diatas 65 tahun.

### **2.2.2. Penyebab demensia menurut Nugraho (2009)**

- 1) Sindroma demensia dengan penyakit yang etiologi dasarnya tidak dikenal kelainan yaitu : terdapat pada tingkat subseluler atau secara biokimiawi pada system enzim, atau pada metabolisme
- 2) Sindroma demensia dengan etiologi yang dikenal tetapi belum dapat diobati, penyebab utama dalam golongan ini diantaranya : Penyakit

degenerasi spino – serebelar.a). Sub akut leuko-eselalitis sklerotik fan bogaert dan b) Khores Hungtington.

- 3) Sindrome demensia dengan etiologi penyakit yang dapat diobati, dalam golongan ini diantaranya :a). Penyakit cerrebro kardioavaskuler dan b) penyakit Alzheimer.

### **2.2.2. Patofisiologi Demensia**

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 di atas merupakan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi sel-sel neuron korteks serebri.

Penyakit degeneratif pada otak, gangguan vaskular dan penyakit lainnya, serta gangguan nutrisi, metabolik dan toksisitas secara langsung maupun tak langsung dapat menyebabkan sel neuron mengalami kerusakan melalui mekanisme iskemia, infark, inflamasi, deposisi protein abnormal sehingga jumlah neuron menurun dan mengganggu fungsi dari area kortikal ataupun subkortikal.

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 (Boedhi-Darmojo, 2009).

### **2.2.3. Manifestasi klinis demensia**

Gejala klinis demensia berlangsung lama dan bertahap sehingga pasien dengan keluarga tidak menyadari secara pasti kapan timbulnya penyakit. Gejala klinik dari demensia Nugroho (2009) menyatakan jika dilihat secara umum tanda dan gejala demensia adalah :

- 1) Menurunnya daya ingat yang terus terjadi. Pada penderita demensia, lupa menjadi bagian keseharian yang tidak bisa lepas.
- 2) Gangguan orientasi waktu dan tempat, misalnya: lupa hari, minggu, bulan, tahun, tempat penderita demensia berada.
- 3) Penurunan dan ketidakmampuan menyusun kata menjadi kalimat yang benar, menggunakan kata yang tidak tepat untuk sebuah kondisi, mengulang kata atau cerita yang sama berkali-kali.
- 4) Ekspresi yang berlebihan, misalnya menangis berlebihan saat melihat sebuah drama televisi, marah besar pada kesalahan kecil yang dilakukan orang lain, rasa takut dan gugup yang tak beralasan.
- 5) Penderita demensia kadang tidak mengerti mengapa perasaan-perasaan tersebut muncul.
- 6) Adanya perubahan perilaku, seperti : acuh tak acuh, menarik diri dan gelisah.

#### **2.2.5. Klasifikasi Demensia :**

Berdasarkan umur, perjalanan penyakit, kerusakan struktur otak, sifat klinisnya dan menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III).

- 1) Menurut Umur:
  - a. Demensia senilis (>65th)
  - b. Demensia prasenilis (<65th).
- 2) Menurut perjalanan penyakit.
  - a. *Reversibel*.
  - b. *Ireversibel* (*Normal pressure hydrocephalus*, subdural)
  - c. hematoma, Defisiensi vitamin B.
  - d. Hipotiroidism, intoksikasi Pb
- 3) Menurut kerusakan struktur otak
  - a. Tipe Alzheimer.
  - b. Tipe non-Alzheimer.
  - c. Demensia vaskular.
  - d. Demensia Jisim Lewy (*Lewy Body dementia*).

- e. Demensia Lobus frontal-temporal.
- f. Demensia terkait dengan HIV-AIDS.
- g. Morbus Parkinson.
- h. Morbus Huntington.
- i. Morbus Pick.
- j. Morbus Jakob-Creutzfeldt.
- k. Sindrom Gerstmann-Sträussler-Scheinker

#### **2.2.6.Pencegahan**

Hal yang dapat kita lakukan untuk menurunkan resiko terjadinya demensia diantaranya adalah menjaga ketajaman daya ingat dan senantiasa mengoptimalkan fungsi otak, seperti :

- 1) Mencegah masuknya zat-zat yang dapat merusak sel-sel otak seperti alkohol dan zat adiktif yang berlebihan
- 2) Membaca buku yang merangsang otak untuk berpikir hendaknya dilakukan setiap hari.
- 3) Melakukan kegiatan yang dapat membuat mental kita sehat dan aktif, seperti Kegiatan rohani & memperdalam ilmu agama.
- 4) Tetap berinteraksi dengan lingkungan, berkumpul dengan teman yang memiliki persamaan minat atau hobi
- 5) Mengurangi stress dalam pekerjaan dan berusaha untuk tetap relaks dalam kehidupan sehari-hari dapat membuat otak kita tetap sehat.

#### **2.2.7. Penatalaksanaan Demensia**

Penatalaksanaan pada pasien dengan demensia antara lain sebagai berikut :

- 1) Farmakoterapi

Sebagian besar kasus demensia tidak dapat disembuhkan; Untuk mengobati demensia alzheimer digunakan obat - obatan antikolinesterase seperti Donepezil , Rivastigmine , Galantamine , Memantine. 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 kencing manis yang berhubungan dengan stroke.

2) Dukungan atau Peran Keluarga

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

3) Terapi Simtomatik

Pada penderita penyakit demensia dapat diberikan terapi simtomatik, meliputi :

- a) Latihan fisik yang sesuai
- b) Terapi rekreasional dan aktifitas

### **2..2.8. Komplikasi demensia menurut Kushariyadi (2010)**

- 1). Peningkatan resiko infeksi di seluruh bagian tubuh yang terdiri dari; a) Ulkus diabetikus; b) Infeksi saluran kencing dan c).Pneumonia.
- 2). Thromboemboli, infarkmiokardium: a).Kejang, b).Kontraktur sendi,c). Kehilangan kemampuan untuk merawat diri, d).Malnutrisi dan dehidrasi akibat nafsu makan dan kesulitan dan e). menggunakan peralatan.

### **2.3.Konsep asuhan keperawatan Demensia**

#### **2.3.1. Pengkajian**

1). Data subyektif:

Pasien mengatakan mudah lupa akan peristiwa yang baru saja terjadi, dan tidak mampu mengenali orang, tempat dan waktu.

2). Data Obyektif:

Pasien kehilangan kemampuannya untuk mengenali wajah, tempat dan objek yang sudah dikenalnya dan kehilangan suasana keluarganya (belum spesifik), Pasien sering mengulang-ngulang cerita yang sama karena lupa

telah menceritakannya. Terjadi perubahan ringan dalam pola berbicara; penderita menggunakan kata-kata yang lebih sederhana, menggunakan kata-kata yang tidak tepat atau tidak mampu menemukan kata-kata yang tepat.

#### **2.3.2.1.Keadaan Umum**

- 1) Tingkat kesadaran: composmentis dengan nilai GCS 15 yang dihitung dari linai E : 5 V:4 M: 6,tekanan darah sistolik/ diastolik 120/80 mmHg. BB: kg, TB : cm. postur tulang belakang lansia: membungkuk, BB : 45 Kg, tinggi badan: 146 cm.
- 2) Identitas  
Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa/latar belakang kebudayaan, status sipil, pendidikan, pekerjaan dan alamat.
- 3) Riwayat Psikososial Konsep diri
  - a) Gambaran diri, tressor yang menyebabkan berubahnya gambaran diri karena proses patologik penyakit.
  - b) Identitas, bervariasi sesuai dengan tingkat perkembangan individu.
  - c) Peran, transisi peran dapat dari sehat ke sakit, ketidak sesuaian antara satu peran dengan peran yang lain dan peran yang ragu diman aindividu tidak tahun dengan jelas perannya, serta peran berlebihan sementara tidak mempunyai kemampuan dan sumber yang cukup.
  - d) Ideal diri, keinginann yang tidak sesuai dengan kenyataan dan kemampuan yang ada.
  - e) Harga diri, tidakmampuan dalam mencapai tujuan sehingga klien merasa harga dirinya rendah karena keagalannya.
- 4) Hubungan sosial  
Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang disingkirkan atau kesepian, yang selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi. Keadaan ini menimbulkan kesepian, isolasi sosial, hubungan dangkal dan tergantung.

5) Riwayat Spiritual

Keyakinan klien terhadap agama dan keyakinannya masih kuat. a tetapi tidak atau kurang mampu dalam melaksanakan ibadatnya sesuai dengan agama dan kepercayaannya.

6) Status mental

a) Penampilan klien tidak rapi dan tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri.

b) Pembicaraan keras, cepat dan inkoheren.

c) Aktivitas motorik, Perubahan motorik dapat dimanifestasikan adanya peningkatan kegiatan motorik, gelisah, impulsif, manerisme, otomatis, stereotipi.

d) Alam perasaan: klien nampak ketakutan dan putus asa.

e) Afek dan emosi.

Respon emosional klien mungkin tampak bizar dan tidak sesuai karena datang dari kerangka pikir yang telah berubah. Perubahan afek adalah tumpul, datar, tidak sesuai, berlebihan dan ambivalen

f) Interaksi selama wawancara

Sikap klien terhadap pemeriksa kurang kooperatif, kontak mata kurang.

7) Persepsi

Persepsi melibatkan proses berpikir dan pemahaman emosional terhadap suatu obyek. Perubahan persepsi dapat terjadi pada satu atau lebih panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman dan pengecap. Perubahan persepsi dapat ringan, sedang dan berat atau berkepanjangan. Perubahan persepsi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi.

a) Proses berpikir

Klien yang terganggu pikirannya sukar berperilaku koheren, tindakannya cenderung berdasarkan penilaian pribadi klien terhadap realitas yang tidak sesuai dengan penilaian yang umum diterima. Penilaian realitas secara pribadi oleh klien merupakan

penilaian subyektif yang dikaitkan dengan orang, benda atau kejadian yang tidak logis (Pemikiran autistik). Klien tidak menelaah ulang kebenaran realitas. Pemikiran autistik dasar perubahan proses pikir yang dapat dimanifestasikan dengan pemikiran primitif, hilangnya asosiasi, pemikiran magis, delusi (waham), perubahan linguistik (memperlihatkan gangguan pola pikir abstrak sehingga tampak klien regresi dan pola pikir yang sempit misalnya ekholali, clang asosiasi dan neologisme).

- b) Tingkat kesadaran: Kesadaran yang menurun, bingung. Disorientasi waktu, tempat dan orang.
  - c) Memori: Gangguan daya ingat sudah lama terjadi (kejadian beberapa tahun yang lalu).
  - d) Tingkat konsentrasi Klien tidak mampu berkonsentrasi
  - e) Kemampuan penilaian Gangguan berat dalam penilaian atau keputusan.
- 8) Kebutuhan klien sehari-hari
- a) Tidur, klien sukar tidur karena cemas, gelisah, berbaring atau duduk dan gelisah . Kadang-kadang terbangun tengah malam dan sukar tidur kemabali. Tidurnya mungkin terganggu sepanjang malam, sehingga tidak merasa segar di pagi hari.
  - b) Selera makan, klien tidak mempunyai selera makan atau makannya hanya sedikit, karea putus asa, merasa tidak berharga, aktivitas terbatas sehingga bisa terjadi penurunan berat badan.
  - c) Eliminasi  
Klien mungkin tergnaggu buang air kecilnya, kadang-kadang lebih sering dari biasanya, karena sukar tidur dan stres. Kadang-kadang dapat terjadi konstipasi, akibat terganggu pola makan.
  - d) Mekanisme koping  
Apabila klien merasa tridak berhasil, kegagalan maka ia akan menetralisir, mengingkari atau meniadakannya dengan

mengembangkan berbagai pola koping mekanisme. Koping mekanisme yang digunakan seseorang dalam keadaan delirium adalah mengurangi kontak mata, memakai kata-kata yang cepat dan keras (ngomel-ngomel) dan menutup diri.

#### **2.3.2.2.Prinsip pengkajian heat to toe**

- 1). Kepala : Kebersihan: untuk mengetahui adanya ketombe, kerontokan rambut serta kebersihan secara umum..
- 2). Mata : adanya perubahan penglihatan
- 3). Hidung : untuk mengetahui hidung bersih, tidak ada luka atau lesi, tidak ada masa, Nyeri pad sinus
- 4). Mulut dan tenggorokan :sakit tenggorokan, lesi dan luka pada mulut, perubahan suara, karies.
- 5) Telinga : penurunan pendengaran, Telinga Perubahan pendengaran, Rabas, Tinitus, Vertigo Sensitivitas pendengaran, Alat-alat protesa, Riwayat infeksi.
- 6) Dada (Torax): mengetahui Bentuk dada dari posisi anterior dan posterior, ada tidaknya deviasi, ada tidaknya bendungan vena pada dinding dada.
- 7). Abdomen: Bentuk distended/flat/lainnya, nyeri tekan, Bising usus: kali/ menit Genetalia Kebersiha: setiap habis mandi dibersihkan, tidak ada hemoroid
- 8). Ekstremitas: Kekuatan otot 5 : melawan gravitasi dengan kekuatan penuh, tidak menggunakan alat bantu saat jalan, tidak mengalami nyeri sendi.Integumen : dari hasil pengkajian didapat : kulit tampak kering, seperti bersisik, kulit tampak pucat, tampak kotor berwarna hitam karena bekas luka, sering menggaruk badan.

### 2.3.2.3. Pengkajian psikogerontik

1). pengkajian status fungsional .

*Tabel 1*  
*Indeks barthel*

No	Jenis aktivitas	Kemampuan	Skor
1	Makan/minum	Mandiri	2
		Perlu bantuan orang lain untuk memotong makanan	1
		Tergantung penuh pada pertolongan orang lain	0
2	Pindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	Mandiri	3
		Dibantu satu orang	2
		Dibantu dua orang	1
		Tidak mampu	0
3	Kebersihan diri: cuci muka, menyisir, dll	Mandiri	1
		Perlu pertolongan	0
4	Keluar/masuk kamar mandi	Mandiri	2
		Perlu pertolongan	1
		Tergantung orang lain	0
5	Mandi	Mandiri	1
		Tergantung orang lain	0
6	Berjalan (jalan datar)	Mandiri	3
		Dibantu satu orang/walker	2
		Dibantu kursi roda	1
		Tidak mampu	0
7	Naik turun tangga	Mandiri	2
		Perlu pertolongan	1
		Tidak mampu	0
8	Berpakaian/bersepatu	Mandiri	2
		Sebagian dibantu	1
		Tergantung orang lain	0
9	Mengontrol BAB	Kontinen teratur	2
		Kadang-kadang inkontinen	1
		Inkontinen	0
10	Mengontrol BAK	Kontinen teratur	2
		Kadang-kadang inkontinen	1
		Inkontinen	0
	Jumlah		20

Kesimpulan : Lansia Mandiri
-----------------------------

Skor 20 = lansia mandiri, 12-19 = ketergantungan ringan, 9-11 = ketergantungan sedang, 5-8 = ketergantungan berat, 0-4 = ketergantungan total

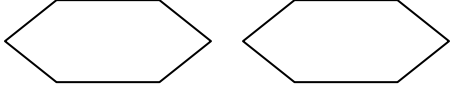
*Tabel 2.*  
*status kognitif*  
*Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

Nomor	Pertanyaan	Jawaban	Nilai (+/-)	
1	Tanggal berapa hari ini?	Tidak tau		-
2	Hari apa sekarang?	Jumat	+	
3	Apa nama tempat ini?	Tidak tau		-
4	Berapa nomor telepon anda. Dimana alamat anda (jika tidak memiliki nomor telepon)	Dipanti		-
5	Kapan Anda lahir?	Tahun 42		-
6	Berapa umur Anda?	Tidak tau		-
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Tidak tau		-
8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Tidak tau		-
9	Siapa nama ibu Anda?	Lupa		-
10	Angka 20 dikurangi 3=? Dan seterusnya dikurangi 3	Tidak dapat menghitung		-
Jumlah			5	5
Kesimpulan : Kerusakan intelektual sedang				

kesalahan 0-2 = Fungsi intelektual utuh, kesalahan 3-4 = kerusakan intelektual ringan, kesalahan 5-6 = kerusakan intelektual sedang, kesalahan 7-10 = kerusakan intelektual berat.

*Tabel 3.*  
*Mini Mental Status Exam (MMSE)*

TES	PENILAIAN	SKOR R MAX	SKOR LANSIA
Orientas	Tanyakan kepada lansia tentang waktu : 1. Tahun 2. Hari 3. Tanggal 4. Bulan 5. Tahun	5	0
	Tanyakan tentang tempat (dimana kita sekarang ). 1. Nama tempat 2. Kelurahan 3. Kecamatan 4. Kabupaten 5. Provinsi	5	0
Registrasi	Pemeriksa membutuhkan 3 nama benda Meja Kursi Lemari (Tiap benda disebutkan dalam satu detik kemudian meminta pasien mengingat dan mengulang kembali tiga objek yang disebutkan pemeriksaan).	3	0
Perhatian dan perhitungan	Menghitung mundur mulai dari angka 100 dikurangi 7, berhenti setelah jawaban kelima 1. $100-7 = 93$ 2. $93-7 = 86$ 3. $86-7 = 79$ 4. $79-7 = 42$ 5. $42-7 = 65$	5	0
Mengingat kembali	Pasien diminta kembali kembali mengulang 3 nama yang tadi disebutkan dinomor sebelumnya Meja Kursi Lemari	3	0
Bahasa	Responden menyebutkan tiga benda yang ditunjuk pemeriksa	2	2
Pengulangan	Responden mengulang kata-kata yang diucapkan pemeriksa :NAMUN JIKA AKAN TETAPI	1	1

Pengertian verbal	Pemeriksa meminta pasien melakukan tiga perintah. 1. Ambil kertas dengan tangan kanan 2. Lipat kertas menjadi 2 bagian 3. Letakkan kertas dilantai.	3	3
Perintah tertulis	Pemeriksa menulis satu kata “TUTUP MATA” Minta responden melakukan perintah yang ditulis pemeriksa	1	0
Menulis kalimat	Pemeriksa meminta pasien menulis satu kalimat yang bermakna (Subyek+Predikat+Obyek+Keterangan)	1	0
Menggambar konstruksi	Pasien diminta menirukan gambar dibawah ini 	1	0
	TOTAL		8
Kesimpulan : gangguan kognisi berat			

Total skor 24-30 = kognitif normal, 17-23 = gangguan kognitif ringan, 0-16 = gangguan kognitif berat.

### 2.3.2 Konsep Diagnosa Demensia

Diagnosis Keperawatan merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang lansia, yang berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah lansia, dan penarikan kesimpulan ini dapat dibantu oleh perawat. Diagnosis keperawatan adalah tahap kedua dari proses keperawatan setelah dilakukannya pengakajian keperawatan. Diagnosis keperawatan adalah “ Clinical Judgment” yang berfokus pada respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan (vulnerability) baik pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas. diagnosa yang dapat ditegakan pada Demensia ada kerusakan memori, hambatan komunikasi verbal, risiko jatuh, dan defisit perawatan diri : mandi. Menurut (Nugroho 2009).

### 3.3.2. Diagnosa Keperawatan Demensia

Dalam studi kasus ini ditemukan empat diagnosa keperawatan seperti: 1) Kerusakan Memori dengan koden 00131; 2). Resiko Jatuh dengan kode 00155, 30. Defisit Perawatan Diri dengan kode 00131, dan 4) Hambatan Komunikasi Verbal dengan kode 00051

### **3.3.3. Intervensi Demensia**

#### 1) Diagnosa kerusakan memori dengan kode 00131

Batasan karakteristik: ketidakmampuan membuat ketrampilan yang telah di pelajari, ketidakmampuan mengingat informasi faktual, ketidakmampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan, tidak mampu mengingat peristiwa yang baru saja terjadi, tidak mampu menyimpan informasi baru, mudah lupa.

Noc: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kesadaran klien terhadap identitas personal, waktu dan tempat meningkat atau baik dengan indikator/ kriteria hasil: a). Mengenal kapan klien lahir, b).Mengenal orang atau hal penting, c).Mengenal hari bulan tahun dengan benar, d). Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik, e).Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat, f).Klien mengenal identitas diri dengan baik dan g).Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat

Sedangkan NIC: a). Stimulasi memori dengan mengulangi pembicaraan secara jelas diakhir pertemuan dengan pasien, b). Mengenal pengalaman masa lalu dengan pasien, c) Menyediakan gambar untuk mengenal ingatannya kembali, d). Kaji kemampuan klien dalam mengenal sesuatu (jam hari tanggal bulan tahun). e). Ingatkan kembali pengalaman masa lalu klien dan f). Kaji kemampuan kemampuan klien memahami dan memproses informasi.

#### 2) Diagnosa Resiko Jatuh dengan kode 00055

Batasan karakteristik:

Faktor risiko: Dewasa: Usia 65 tahun atau lebih, Riwayat jatuh, Tinggal sendiri, Prosthesis eksremitas bawah. Kognitif : gangguan fungsi kognitif

NOC: Kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu untuk: 1) Gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerjasama secara volunter untuk melakukan gerakan bertujuan. 2) Kejadian jatuh: tidak ada kejadian jatuh. 3) Pengetahuan: pemahaman penjegahan jatuh. 4) Pengetahuan: kemampuan pribadi.

NIC:1) Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu.

2) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. 3) Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. 4) Sarankan alas kaki yang aman (tidak licin). 4) Dorong aktifitas fisik pada siang hari. (menyapu, menyiram bunga agar pasien tidak dapat waktu untuk jalan). 5) Pasang palang pegangan keselamatan kamar mandi.

### 3) Hambatan Komunikasi Verbal dengan kode 00051

Batasan Karakteristik: disorientasi orang, ruang, waktu, kesulitan memahami komunikasi, menolak bicara, tidak ada kontak mata, tidak bicara, ketidak tepatan verbalisasi ketidak mampuan menggunakan ekspresi wajah.

NOC: Kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam klien mampu : 1) Berkomunikasi : penerimaan interpretasi dan ekspresi pesan. 2) Lisan, tulisan dan non verbal meningkat, 3) Pengolahan informasi klien mampu untuk memperoleh mengatur, menggunakan informasi. 4) Mampu memanajemen, kemampuan fisik yang di miliki. 5) Komunikasi ekspresif : (kesulitan berbicara, ekspresi, pesan verbal atau non verbal, yang bermakna.

NIC: 1) Gunakan penerjemah jika diperlukan. 2) Berikan satu kata simpel saat bertemu (selamat pagi) 3) Dorong pasien untuk bicara perlahan. 4) Dengarkan dengan penuh perhatian berdiri didepan pasien . 5) Gunakan kartu baca, gambar, dan lain-lain. 6) Anjurkan untuk berbicara dalam kelompok wisma. 7) Anjurkan untuk memberi stimulus komunikasi.

4) Diagnosa Defisit perawatan diri : ( Mandi 00108)

Batasan karakteristik: ketidakmampuan membasuh tubuh, ketidak mampuan mengakses kamar mandi, ketidak mampuan mengambil perlengkapan mandi. Katidakmampuan mengatur air mandi, ketidakmampuan menjangkau sumber air. Dengan kriteria hasil Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan defisit perawatan diri selama 3 X 24 jam, diharapkan pasien dapat meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan, dengan kriteria hasil:

NOC : 1) Mengambil alat/ bahan mandi. 2) Mandi di bak mandi 3) Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun 4) Mencuci badan bagian atas dan bawah 4) Mengeringkan badan menggunakan handuk.

SedangkanNIC: 1) Mandikan pasien dengan tepat 2) Bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi 3) Dorong pasien untuk mandi sendiri 4) Berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri.5) Sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

### **2.3.3. Perencanaan Demensia**

1). Pengertian perencanaan keperawatan gerontik

Perencanaan keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia.

2). Prioritas masalah keperawatan

Penentuan prioritas diagnosis ini dilakukan pada tahap perencanaan setelah tahap diagnosis keperawatan. Dengan menentukan diagnosis keperawatan, maka perawat dapat mengetahui diagnosis mana yang akan dilakukan atau diatasi pertama kali atau yang segera

dilakukan. Terdapat beberapa pendapat untuk menentukan urutan prioritas, yaitu:

3). Berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa)

Penentuan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa) yang dilatarbelakangi oleh prinsip pertolongan pertama, dengan membagi beberapa prioritas yaitu prioritas tinggi, prioritas sedang dan prioritas rendah : a) Prioritas tinggi: Prioritas tinggi mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan (nyawa seseorang). b) Prioritas sedang: Prioritas ini menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup klien seperti masalah higiene perseorangan.c) Prioritas rendah: Prioritas ini menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung dengan prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik, seperti masalah keuangan atau lainnya.

#### **2.3.4. Konsep pelaksanaan Demensia**

Tindakan keperawatan (Implementasi) adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan perawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (Potter & Perry, 2005).

Pelaksanaan keperawatan pada Demensia dikembangkan untuk memantau tanda-tanda vital, melakukan latihan rentang pergerakan sendi aktif dan pasif, meminta klien untuk mengikuti perintah sederhana, memberikan stimulus terhadap sentuhan, membantu klien dalam personal hygiene, dan menjelaskan tentang penyakit, perawatan dan pengobatan Demensia.

#### **2.3.5. Evaluasi Keperawatan Demensia**

Menurut Craven dan Hirnle (2000) evaluasi merupakan keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang ditampilkan.

- 1) Penilaian keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana, dan pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan lansia, maka beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat, antara lain:
  - a. Mengkaji ulang tujuan klien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan,
  - b. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan.
  - c. Mengukur pencapaian tujuan.
  - d. Mencatat keputusan atau hasil pengukuran pencapaian tujuan,
  - e. Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan bila perlu.
- 2) Evaluasi hasil: Evaluasi ini berfokus pada respons dan fungsi klien. Respons perilaku lansia merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Cara membandingkan antara SOAP (Subjective-Objective-Assesment-Planning) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari lansia setelah tindakan diberikan.

O (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (Assesment) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **3.1 Jenis Rancangan Studi Kasus**

Jenis Studi Kasus ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus, sedangkan rancangan penelitiannya adalah rancangan Deskriptif

#### **3.2 Subyek Studi Kasus**

Subyek studi kasus ini dilakukan pada Ny F.P. seorang lansia yang menderita demensia yang tinggal di panti Werda Budi Agung Kupang.

#### **3.3 Instrumen Studi Kasus**

Instrumen penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini adalah format pengkajian lansia

#### **3.4 Metode Pengumpulan Data**

Pengambilan data yang dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pengukuran Tanda Tanda Vital yang dilakukan pada lansia di panti werda Budi Agung Kupang sejak tanggal 25 sampai 28 Juni 2018.

#### **3.5 Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus ini dilakukan di UPT Panti Sosial Penyantun lanjut usia Budi Agung Kupang di wisma teratai selama tiga hari sejak tanggal 25-28 juni 2018 dengan sasaran pada klien demensia (Ny F.P ) yang tinggal bersama teman-temannya sewisma sebanyak 4 orang.

#### **3.6 Analisa Data dan Penyajian Data**

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah secara deskriptif, dan disajikan dalam bentuk naratif berupa gambar, diagram dan grafik. Urutan analisis data sebagai berikut:

1. Data di kumpulkan dari hasil (wawancara, observasi, dan dokumentasi/data penunjang) hasil di tulis dalam format yang sudah ditetapkan.
2. Data yang dikumpulkan untuk disusun dalam bentuk asuhan keperawatan yang lengkap dan sistematis.
3. Berdasarkan data yang ada di buat perencanaan keperawatan.
4. Berdasarkan perencanaan yang telah ditetapkan di lakukan implementasi keperawatan.

5. Evaluasi di susun dalam catatan keperawatan yang lengkap dan melakukan pendokumentasian.

### **3.7 Uji keabsahan Data**

Keabsahan Studi Kasus ini dilakukan dengan cara Triangulasi melalui konfirmasi dengan petugas kesehatan (Perawat)

### **3.8 Etika Studi Kasus**

Penelitian dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1. Informed concent (Lembaran persetujuan menjadi responden)

Adalah lembaran persetujuan yang akan diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Informed concent menjelaskan maksud dari penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data.

2. Anonymity

Adalah kerahasiaan identitas responden dan harus dijaga. Oleh karena itu peneliti tidak boleh mencantumkan nama responden pada pengumpulan data.

3. Confidentiality

Adalah kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok dan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil peneliti

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1. Hasil Studi Kasus**

Pada bab ini berisi rincian tentang studi kasus asuhan keperawatan lansia dengan Demensia yang telah dilakukan pada Ny. F.P pada tanggal 25-28 Juni 2018 di Wisma Teratai Upt. Panti penyantun lansia Budi Agung Kupang dengan Metode Wawancara.

##### **4.1.1. Pengkajian**

1) Identitas dan hasil anamnesis.

Studi kasus ini dilakukan pada Ny F.P umur 67 jenis kelamin perempuan suku Timor, Agama Kristen protestan, Pendidikan (tidak tamat sekolah SD), Status perkawinan Menikah, Alamat jalan rambutan nomor 9 oepura Rt1, RW1 kelurahan/Desa oepura kecamatan Kota madya Kupang Propinsi Nusa Tenggara Timur. Saat dikaji didapatkan pasien dengan diagnosa Demensia berat.

2) Riwayat keluarga

suaminya meninggal dan Ny F P tidak tau kapan suaminya meninggal. Pasangan Ny. F.P memiliki 2 orang anak (laki 1 orang dan perempuan 1 orang, keduannya tidak tinggal bersama orang tuang 1 orang laki-laki tinggal di Alor bersana istri dan anaknya, dan 1 orang perempuan di sumba). Anak-anak Ny .F.P memiliki 2 orang anak yang suda menikah dan tinggalnya berjauhan (di Alor dan di Sumba)

3) Riwayat pekerjaan

Ny. F.P mengatakan dahulu bekerja sebagai petani. Status pekerjaan saat ini: penghuni wiswa, Pekerjaan sebelumnya petani, Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan : kebutuhan di tanggung oleh Panti Werda Budi Agung Kupang.

4) Riwayat lingkungan hidup

Tipe tempat tinggal Permanen, Jumlah kamar di ruangan teratai 5 Kamar tidur dengan 2 kamar mandi, jumlah yang tinggal dipanti 4 orang.

5) Riwayat rekreasi

Hobi/minat hanya berjalan sendiri-sendiri kalo ada kegiatan diwisma diikuti, Liburan/perjalanan:mengikuti perjalanan wisata yang dibuat di panti werda.

- 6) Sumber/sistem pendukung kesehatan yang digunakan  
jika Ny. F.P sakit selalu memeriksakan di pusat pelayanan panti
- 7) Riwayat kesehatan saat ini  
Keluhan Status kesehatan umum selama setahun terakhir mengalami gatal-gatal di tangan kaki, Status kesehatan umum selama 5 tahun terakhir mengatakan mengalami sakit badan contohnya demam,Keluhan utama saat ini : gatal-gatal di kaki dan tangan, Klien tidak mengetahui tentang masalah kesehatan yang ia hadapi Pola konsumsi makana Ny. F.P Makan 3 kali sehari , Pola istirahat tidur Ny. F.P mengatakan dapat tidur setiap hari tanpa ada gangguan.Keluhan
- 8) Keluhan  
Ny. F.P mengatakan sering lupa, dan badan gatal-gatal sudah  $\pm 3$  bulan dan sering Lupa
- 9) Pola kebiasaan  
Ny.F.P biasanya mengkonsumsi makanan bubur, sayur, tahu, dan tempe 3x sehari setiap pagi,siang,dan sore. Pasien juga mengatakan istirahatnya 2 kali sehari siang dan malam dan tidak pernah mengalami gangguan tidur. Untuk buang besar biasanya 1 kali sehari sedangkan buang air kecil 3-4x sehari. Kebersihan diri dilakukan setiap hari tapi harus di jaga untuk mandi.
- 10) Hasil observasi  
Tingkat kesadaran compos mentis E: 5 V : 4 M: 6, tekanan darah 120/ 80, RR 20 kali/ menit, suhu 36 °C, Nadi : 90 kali/menit. BB : 45 kg, TB 148cm.
- 11) Tinjauan sistem

Pasien mampu melakukan ADL, pasien mengalami gatal di kaki tangan dan tubuh dan tampak kotor. Integumen : Ny F.P mengalami gatal-gatal (pruritus), terdapat perubahan pigmentasi (warna kulit menjadi seperti bersisik ), terjadinya perubahan tekstur kulit menjadi kasar. Kepala : tampak berambut putih, gunting rambut pendek karena tidak cuci rambut. Rambut tampak kotor.

Mata : Ny F.P Mata : dari hasil pengkajian didapatkan konjungtiva merah muda, sklera putih, jika melihat jauh pandangan kabur, visus: 2/6

Telinga : dari hasil pengkajian Pasien mengalami perubahan pendengaran sehingga kemampuan pasien untuk mendengar menurun pada saat pengkajian menggunakan tesse rine menggunakan garputala penghantar udara lebih lama dari pengantar tulang tetapi tidak sampai dua kali lebih lama, kemungkinann besar pasien mengalami masalah pendengaran.

Hidung : dari hasil pengkajian didapatkan hidung bersih, tidak ada luka atau lesi, tidak ada masa.

Mulut dan tenggorokan : tidak ada karies gigi karena sudah ompong.

Leher : dari hasil pengkajian tidak ada kaku kuduk pada pasien tidak ada nyeri tekan, benjolan atau masa pada leher, keterbatasan gerak, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Payudara : dari hasil pengkajian payudara tidak ada benjolan pada payudara, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bengkak, adanya perubahan puting susu (payudara menyusut).

Gastrointestinal : dari hasil pengkajian tidak ada hemoroid, tidak ada perdarahan, rektum, peristaltik usus 24 kali/menit, napsu makan baik tidak ada mual muntah.

Kardiovaskuler : dari hasil pengkajian tidak didapatkan nyeri dada, sesak napas, bunyi jantung normal.

Genitalia : dari hasil pengkajian pasien sudah menopause, tidak ada nyeri panggul, tidak adanya luka, tidak ada perdarahan.

Perkemihan : BAB : 1 kali/ hari, tidak mengalami gangguan saat BAB, BAK 3-4 kali/ hari. Tidak ada nyeri saat berkemih.

Riwayat Psikososial : hasil pengkajian pasien tidak mengalami cemas, tidak menangis, tidak mudah marah.

12) Pengkajian aspek kognitif menggunakan format MMSE

pasien tidak mampu mengenal jam, hari,tanggal,bulan serta tahun. Untuk tempat, kelurahan, kabupaten, dan provinsi tetapi lupa nama kecamatan Ny. F.P mengatakan tidak tau. Pada fase registrasi, pasien mampu menyebutkan 3 dari 3 objek yang disebutkan petugas. Pada fase perhatian dan perhitungan, pasien tidak mampu menjawab 5 pertanyaan dari 5 pertanyaan pengurangan. Pada fase mengingat kembali, pasien mampu menyebutkan 1 dari 3 benda yang ditunjuk petugas. Pada fase pengertian verbal, pasien tidak mampu mengulang kata-kata yang diucapkan petugas. Pada fase pengertian verbal, pasien tidak mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase perintah tertulis, pasien tidak mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase menulis kalimat, pasien tidak mampu menulis satu kalimat yang bermakna. Pada fase menggambar konstruksi, pasien tidak menirukan gambar yang diberikan petugas. Kesimpulannya pasien memiliki kognitif Berat.

**4.1.2. Analisa data**

DS: Ny. FP mengatakan tidak mengetahui tanggal,waktu, bulan dan tahun, nama tempat tidak tau mengatakan tinggal disini, pasien tidak mengetahui kelurahan, kecamatan, kabuupaten, dan provinsi. Hanya mengetahui nama \

DO: Ny. F.P tidak dapat menjawab hari taanggal waktu tahun. pasien hanya Menjawab nama saja. pasien tidak mampu mengenal jam, hari,tanggal,bulan serta tahun. Untuk tempat, kelurahan, kabupaten, dan provinsi tetapi lupa nama kecamatan Ny. F.P mengatakan tidak tau. Pada fase registrasi, pasien mampu menyebutkan 3 dari 3 objek yang disebutkan petugas. Pada fase perhatian dan perhitungan, pasien tidak mampu menjawab 5 pertanyaan dari 5 pertanyaan pengurangan. Pada fase mengingat kembali, pasien mampu menyebutkan 1 dari 3 benda yang ditunjuk petugas. Pada fase pengertian verbal, pasien tidak mampu

mengulang kata-kata yang diucapkan petugas. Pada fase pengertian verbal, pasien tidak mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase perintah tertulis, pasien tidak mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase menulis kalimat, pasien tidak mampu menulis satu kalimat yang bermakna. Pada fase menggambar konstruksi, pasien tidak menirukan gambar yang diberikan petugas. Kesimpulannya pasien memiliki kognitif Berat.

Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan kerusakan memori (00131)

DS: Ny. F.P mengatakan lupa nama teman sewisma, Ny. F.P mengatakan hanya mengenal wajah tapi lupa nama. Ny. F.P mengatakan lupa masa lalu.

DO: pasien tampak tidak ada kontak mata saat berbicara, ketika ditanya menjawab dengan cepat, ketika ditanya kadang tidak menjawab pertanyaan, cepat bosan dengan pertanyaan yang diberikan. Ny. F.P hanya menceritakan hal yang sama yaitu ( suaminya di ambil Yesus, dan tidak mau menikah jika di ajak untuk bicara hanya menceritakan yang sama).

Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal (00051).

DS: pasien mengatakan tidak mandi karena dingin.

DO: Ny. F.P mengeluh seluruh tubuhnya terasa gatal- gatal. kulit pasien tampak kotor dan bersisik,tampak pakaian pasien kotor dan berbau, serta keadaan umum berantakkan, pasien tampak mnenggaruk-garuk badan, dari data pengasuh mengatakan Ny. F.P malas mandi, jika mandi tidak dijaga hanya mencuci muka, menggunakan sabun mandi untuk cuci rambut, terlihat Ny F.P menggaruk-garuk tubuhnya.

Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan defisit perawatan diri mandi. (00108)

DS: pasien mengatakan jalan ke atas untuk pergi berdoa (rumah pendeta) sudah biasa jalan sendiri karena jalan dipinggir.

DO: Ny F.P sering jalan sendiri tanpa arah, dengan pandangan visus 2/6, di wisma sering jalan-jalan tanpa diketahui oleh pengasuh, di wisma lantai licin, berjalan menggunakan sandal yang licin.

Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan Risiko jatuh (00155).

#### **4.1.3 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil analisa data maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, kerusakan memori (00131), hambatan komunikasi visual (00051), difisit Perawatan diri mandi (00108), Risiko jatuh (00155).

#### **4.1.4. Intervensi Keperawatan**

Adapun perencanaan dari Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan Diagnosa 1 dengan kode 00131, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kesadaran klien terhadap identitas personal, waktu dan tempat meningkat atau baik dengan indikator/ kriteria hasil: NOC: Mengenal kapan klien lahir, Mengenal orang atau hal penting, Mengenal hari bulan tahun dengan benar, Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik, Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat, Klien mengenal identitas diri dengan baik, Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat. NIC: 1) Mengenal kapan klien lahir , Mengenal orang atau hal penting. 2) Mengenal hari bulan tahun dengan benar. 3) Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik. 4. Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat. 5. Klien mengenal identitas diri dengan baik, 6. Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat.

Diagnosa 2 dengan kode 00051, Kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam klien mampu : NOC: Berkomunikasi : penerimaan interpretasi dan ekspresi pesan, Lisan, tulisan dan non verbal meningkat, Pengolahan informasi klien mampu untuk memperoleh mengatur, menggunakan informasi, Mampu memajemen, kemampuan fisik yang di miliki. NIC: Gunakan penerjemah jika diperlukan, Berikan satu kata simpel saat bertemu

(selamat pagi), Dorong pasien untuk bicara perlahan, Dengarkan dengan penuh perhatian berdiri didepan pasien, Gunakan kartu baca, gambar, dan lain-lain., Anjurkan untuk berbicara dalam kelompok wisma, Anjurkan untuk memberi stimulus komunikasi.

Diagnosa 3 defisit perawatan diri mandi, dengan kriteria hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan defisit perawatan diri selama 3 X 24 jam, diharapkan pasien dapat meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan, dengan kriteria hasil: NOC: Mengambil alat/ bahan mandi, Mandi di bak mandi, Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun, Mencuci badan bagian atas dan bawah, Mengeringkan badan menggunakan handuk. NIC: mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri., sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

Diagnosa 4 risiko jatuh (00055) Faktor Risiko: Dewasa: Usia 65 tahun atau lebih, Riwayat jatuh, Tinggal sendiri, Prosthesis eksremitas bawah. Kognitif : gangguan fungsi kognitif NOC: Kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mmpu untuk Gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerjasama secara volunter untuk melakukan gerakan bertujuan, Kejadian jatuh: tidak ada kejadian jatuh, Pengetahuan: pemahaman penjegahan jatuh, Pengetahuan: kemampuan pribadi NIC:Mengidentifikasidefisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. Sarankan alas kaki yang aman ( tidak licin).

#### **4.1.5. Implementasi keperawatan**

Untuk diagnosa 1 dilakukan pada tanggal 25 juni 2018 jam 09.00 mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan

memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat (Teratai), mennyayakan peristiwa yang telah terjadi( pagi tadi telah melakukan apa).

untuk diagnosa 2: dilakukan pada senin 25 juni 2018. 08.30, memberikan salam terapeutik (selamat pagi oma rika), menanyakan apa kabar, menanyakan aktifitas tadi pagi untuk mendorong komunikasi. Mendengar penuh perhatian cerita pasien. Kettika disuruh untuk menunjuk gambar pasien tidak menjawab dan ingin jalan ke tempat tidur, ketika ada teman wisma yang berbicara dengan Ny. F.P langgung Ny. F.P tidak menjawab dan berjalan meninggalkan teman sewisma.

Untuk diagnosa 3 dilakukan pada tanggal 25 juni 2018 jam 08.15 mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri. sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

Untuk Diangosa 4 : Risiko Jatuh dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018 jam 8.00 Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu (penyuluhan). Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh (suka jalan sendiri). Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. menyarankan menggunakan alas kaki yang aman (tidak licin). Mengajarkan Ny F.P untuk melakukan aktifitas pagi hari (menyapu, menyiram bunga).

Untuk diagnosa 1 dilakukan pada tanggal 26 Juni 2018 jam 09.00 mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat (Teratai), mennyayakan peristiwa yang telah terjadi( pagi tadi telah melakukan apa).

untuk diagnosa 2: dilakukan pada senin 26 juni 2018. 08.30, memberikan salam terapeutik (selamat pagi oma rika), menanyakan apa kabar, menanyakan aktifitas tadi pagi untuk mendorong komunikasi. Mendengar penuh perhatian cerita pasien (menceritakan kembali cerita yang kemarin telah di ceritakan). Ketika disuruh untuk menunjuk gambar pasien tidak menjawab dan ingin jalan ke tempat tidur, ketika ada teman wisma yang berbicara dengan Ny. F.P langgung Ny. F.P tidak menjawab dan berjalan meninggalkan teman sewisma.

Untuk diagnosaa 3 dilakukan pada tanggal 26 juni 2018 jam 08.15 mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri. sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

Untuk Diangosa 4 : Risiko Jatuh dilakukan pada tanggal 26 Juni 2018 jam 08.10 Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu (penyuluhan). Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh (suka jalan sendiri). Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. menyarankan menggunakan alas kaki yang aman (tidak licin). Mengajarkan Ny F.P untuk melakukan aktifitas pagi hari (menyapu, menyiram bunga).

Untuk diagnosa 1 dilakukan pada tanggal 27 juni 2018 jam 10.00 mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat (Teratai), mennyayakan peristiwa yang telah terjadi (pagi tadi telah melakukan apa).

untuk diagnosa 2: dilakukan pada senin 27 juni 2018. 08.30, memberikan salam terapeutik (selamat pagi oma Rika), menanyakan apa kabar, menanyakan aktifitas tadi pagi untuk mendorong komunikasi. Mendengar

penuh perhatian cerita pasien. Ketika disuruh untuk menunjuk gambar pasien tidak menjawab dan ingin jalan ke tempat tidur, ketika ada teman wisma yang berbicara dengan Ny. F.P langgung Ny. F.P tidak menjawab dan berjalan meninggalkan teman sewisma.

Untuk diagnosa 3 dilakukan pada tanggal 27 juni 2018 jam 08.15 mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri. sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan , suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

Untuk Diangosa 4 : Risiko Jatuh dilakukan pada tanggal 27 Juni 2018 jam 8.00 Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu (penyuluhan). Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh (suka jalan sendiri). Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. menyarankan menggunakan alas kaki yang aman (tidak licin). Mengajarkan Ny F.P untuk melakukan aktifitas pagi hari (menyapu, menyiram bunga).

Untuk diagnosa 1 dilakukan pada tanggal 28 juni 2018 jam 09.00 mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat (Teratai), mennyayakan peristiwa yang telah terjadi( pagi tadi telah melakukan apa).

untuk diagnosa 2: dilakukan pada senin 28 juni 2018. 08.30, memberikan salam terapeutik (selamat pagi oma rika), menanyakan apa kabar, menayakan aktifitas tadi pagi untuk mendorong komunikasi. Mendengar penuh perhatian cerita pasien. Ketika disuruh untuk menunjuk gambar pasien tidak menjawab dan ingin jalan ke tempat tidur Ny. F.P tidak menjawab dan berjalan meninggalkan teman sewisma.

Untuk diagnosa 3 dilakukan pada tanggal 28 juni 2018 jam 08.15 mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri. sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

Untuk Diangosa 4 : Risiko Jatuh dilakukan pada tanggal 28 Juni 2018 jam 8.00 Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh (suka jalan sendiri). Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. menyarankan menggunakan alas kaki yang aman (tidak licin). Mengajarkan Ny F.P untuk melakukan aktifitas pagi hari (menyapu , menyiram bunga)

#### **4.1.6 Evaluasi**

Pada hari senin 28 juni 2018 untuk diagnosa 1: S: pasien mengatakan hari senin, tanggal tidak tau, jam 09.00, tahun tidak tau, nama lupa, menyebutkan nama tempat teratai, , teman wisma lupa nama, mengatakan kegiatan pagi menyapu. O: pada saat dikaji ditanya jam dapat menjawab yaitu jam 9, hari juga dapat menjawab hari senin, tanggal tidak tau, tahun tidak tau menanyakan kembali nama perawat Ny F.P mengatakan lupa, nama teman sewisma pun lupa ketika di tanya. Menanyakan peristiwa : menyapu, ternyata pasien tidak bekerja/ menyapu. A: masalah belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan. Untuk diagnosa 2 : S: mengatakan malas untuk berbicara, hanya ingin tidur. O: Ny. F.P terlihat tidak ingin unttuk bicara, hanya diam, kadang berbicara tapi berbicar untuk membahas yang disenangi Ny F.P, tidak ada kontak mata dengan perawat, tampak menolak kehadiran perawat. A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa 3. S: pasien mengatakan sudah mandi pada pagi hari. O: pasien tampak kotor, rambut kotor, kepala bau, dan pengasuh mengatakan

Ny F.P belum mandi. Karena untuk kesadaran mandi sendiri tidak ada, harus dijaga untuk proses mandi. A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa 4. S: pasien mengatakan baru habis pergi cari kain tenun yang hilang di pasar inpres, berjalan sendiri. O: pasien tampak kecapean karena baru sampai dari jalan di pasar, pasien tampak jalan tidak seimbang, menggunakan sandal swalo yang licin, jalan tidak memberi tahu ke pengasuh. A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan.

## **4.2. Pembahasan**

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan yang ada pada “Asuhan Keperawatan pada Ny F.P dengan diagnosa medis Demensia di Wisma Teratai Panti Werdha, Kota Kupang”. Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada Ny. F.P selama 4 hari mulai tanggal 25,26,27,28 Juni 2018, penulis mengangkat 4 (empat) diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 (lima) langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

### **4.2.1. Pengkajian**

Pada saat dilakukan pengkajian ditemukan Ny. F.P umur 67 tahun, dari hasil pengkajian subjektif dan objektif tampak kotor, ketika ditanya ia mengatakan sudah mandi namun dari data pengasuh wisma mengatakan belum mandi. Dan juga tidak mengetahui jam, hari, tanggal, bulan, tahun tempat tinggal, nama tempat. Ny. F.P juga jarang berkomunikasi dengan teman sewisma karena lupa nama teman sewisma.

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak di temukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada pengkajian dengan menggunakan format pengkajian tabel MMSE pada teori didapatkan Ny F.P dengan nilai skor 8 yaitu kerusakan kognitif berat.

### **4.2.2. Diagnosa keperawatan.**

Menurut Nugroho ada 4 diagnosa keprawatan pada pasien dengan demensia meliputi : Kerusakan Memori, Hambatan Komunikasi Verbal,

Risiko Jatuh, Defisit Perawatan Diri . berdasarkan kasus ada 4 diagnosa yang ditegakan. Kerusakan memori didapatkan karena pasien mengatakan : Lupa nama orang, nama teman sewisma, nam hari, tanggal, jam, bulan, tahun, tidak dapat mengingat kembali apa yang dilakukan. pada saat memperkenalkan nama setelah 2 menit di tanya kembali pasien tampak lupa dan kebingungan. Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak di temukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada pengkajian kerusakan memori. Untuk diagnosa Hambatan komunikasi verbal ditemukan pasien tidak mengetahui nama orang, jam, hari, tanggal, tahun, pada saat bercerita dengan pasien, pasien menolak untuk bicara karena tidak ingin untuk berbicara, dan pada saat bicara pasien tampak menoleh kekiri dan kekanan tidak ada kontak mata tampak kebingungan. Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak di temukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada pengkajian hambatan komunikasi verbal. Untuk diagnosa Defisit perawatan diri mandi didapatkan Pasien tampak kotor, menggunakan baju yang sama, ketika di tanya apakah sudah mandi, Ny.F.P mengatakan sudah mandi, namaun setelah di tanya ke pengasuh pasien belum mandi karena Ny.F.P beralasan dingin dan haya tidur bermalas-malasan. Pasien mandi saat di suruh dan harus di bantu. Jika tidak di bantu maka pasien hanya menyiram air lalu keluar. Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak di temukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, karena pada pengkajian defisit perawatan diri. Untuk Risiko jatuh berdasarkan yang ditemukan di pasien mengatakan jalan ke atas untuk pergi berdoa (rumah pendeta) sudah biasa jalan sendiri karena jalan dipinggir. Pasien sering jalan sendiri tanpa arah, dengan pandangan visus 2/6, di wisma sering jalan-jalan tanpa diketahui oleh pengasuh, di wisma lantai licin, berjalan menggunakan sandal yang licin. Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak di temukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

#### **4.2.2.1.Intervensi Keperawatan**

Diagnosa 1 dengan kode 00131, NIC: 1) Mengenal kapan klien lahir, Mengenal orang atau hal penting. 2) Mengenal hari bulan tahun dengan benar. 3) Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik. 4. Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat. 5. Klien mengenal identitas diri dengan baik, 6. Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat. Untuk Diagnosa 2 : Gunakan penerjemah jika diperlukan, Berikan satu kata simpel saat bertemu (selamat pagi), Dorong pasien untuk bicara perlahan, Dengarkan dengan penuh perhatian berdiri didepan pasien , Gunakan kartu baca, gambar, dan lain-lain., Anjurkan untuk berbicara dalam kelompok wisma, Anjurkan untuk memberi stimulus komunikasi. Untuk Diagnosa 3 : Mengambil alat/ bahan mandi, Mandi di bak mandi, Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun, Mencuci badan bagian atas dan bawah, Mengeringkan badan menggunakan handuk. Untuk diagnosa 4 NIC: Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. Sarankan alas kaki yang aman

Pembahasan: untuk diagnosa 1 yang ditemukan penulis sudah sesuai apa yang ada diteori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Untuk diagnosa 2 yang ditemukan penulis sudah sesuai apa yang ada diteori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Untuk diagnosa 3 yang ditemukan penulis sudah sesuai apa yang ada di teori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Untuk diagnosa 4 yang ditemukan penulis sudah sesuai apa yang ada diteori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

#### **4.2.3. Implementasi**

Implementasi yang digunakan pada tanggal 25-28 juni 2018 pada diagnosa kerusakan memori : mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah

masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat (teratai), menanyakan peristiwa yang telah terjadi (pagi tadi telah melakukan apa).

Semua tindakan yang dilakukan sesuai apa yang direncanakan dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus.

Implementasi yang digunakan pada tanggal 25-28 juni 2018 pada diagnosa hamtana komunikasi verbal: dilakukan pada senin 25 juni 2018. 08.30, memberikan salam terapeutik (selamat pagi oma rika), menanyakan apa kabar, menanyakan aktifitas tadi pagi untuk mendorong komunikasi. Mendengar penuh perhatian cerita pasien. Kettika disuruh untuk menunjuk gambar pasien tidak.

Semua tindakan yang dilakukan sesuai apa yang direncanakan dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus.

Implementasi yang digunakan pada tanggal 25-28 juni 2018 pada diagnosa Defisit perawatan diri mandi : mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri. sediakan lingkungan yang teraupetik, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien. Semua tindakan yang dilakukan sesuai apa yang direncanakan dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus.

#### **4.2.4. Evaluasi**

keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis. Pada hari senin 28 juni 2018 untuk diagnosa 1: S pasien mengatakan hari senin, tanggal tidak tau, jam 09.00, tahun tidak tau, nama lupa, menyebutkan nama tempat teratai, teman wisma lupa nama, mengatakan kegiatan pagi menyapu. O: pada saat dikaji ditanya jam dapat menjawab yaitu jam 9, hari juga dapat menjawab hari senin, tanggal tidak tau, tahun tidak tau menanyakan kembali nama perawat Ny F.P mengatakan lupa,nama teman. Menanyakan peristiwa : menyapu, ternyata pasien tidak bekerja menyapu. A: masalah belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan. Untuk diagnosa 2 : S: mengatakan malas untuk berbicara, hanya

ingin tidur. O: Ny. F.P terlihat tidak ingin untuk bicara, hanya diam, kadang berbicara tapi berbicara untuk membahas yang disenangi Ny F.P, tidak ada kontak mata dengan perawat, tampak menolak kehadiran perawat tampak kebingungan. A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa 3. S: pasien mengatakan sudah mandi pada pagi hari. O: pasien tampak kotor, rambut kotor, kepala bau, dan pengasuh mengatakan Ny F.P belum mandi. Karena untuk kesadaran mandi sendiri tidak ada, harus dijaga untuk proses mandi. A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa 4. S: pasien mengatakan baru habis pergi cari kain tenun yang hilang di pasar inpres, berjalan sendiri. O: pasien tampak kecapean karena baru sampai dari jalan di pasar, pasien tampak jalan tidak seimbang, menggunakan sandal swalo yang licin, jalan tidak memberi tahu ke pengasuh. A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan

#### **4.3.Keterbatasan dalam penulis**

- 1) Hanya melakukan di satu lansia demensia dan tidak ada pembandingan.
- 2) Keterbatasan waktu dimana melakukan studi kasus hanya sampai empat hari sehingga masalah tidak dapat teratasi sampai tuntas.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

##### **5.1.1 Pengkajian**

Ny. F. P berusia 67 tahun mengatakan tidak mengetahui tanggal, waktu, bulan dan tahun, nama tempat tidak tau mengatakan tinggal disini, pasien tidak mengetahui kelurahan, kecamatan, kabupaten, dan provinsi. Hanya mengetahui namanya sendiri, tidak dapat menjawab hari tanggal waktu tahun. pasien hanya Menjawab nama saja. Menggunakan pengkajian MMSE skor 8 : Kesimpulannya pasien memiliki kognitif Berat, mengatakan lupa nama teman sewisma, Ny. F.P mengatakan hanya mengenal wajah tapi lupa nama. Ny. F.P mengatakan lupa masa lalu, tidak ingin berkomunikasi dengan teman sewisma, Ny F.P tampak tidak ada kontak mata saat berbicara, ketika ditanya menjawab dengan cepat, ketika ditanya kadang tidak menjawab pertanyaan, cepat bosan dengan pertanyaan yang diberikan. Ny. F.P hanya menceritakan hal yang sama yaitu (suaminya di ambil dan tidak mau menikah jika di ajak untuk bicara hanya menceritakan yang sama).pasien mengatakan tidak mandi karena dingin, mengeluh seluruh tubuhnya terasa gatal- gatal. kulit pasien tampak kotor dan bersisik,tampak pakaian pasien kotor dan berbau, serta keadaan umum berantakkan, pasien tampak mnenggaruk-garuk badan, pasien mengatakan jalan ke atas untuk pergi berdoa (rumah pendeta), sering jalan sendiri tanpa arah, dengan pandangan visus 2/6, di wisma sering jalan-jalan tanpa diketahui oleh pengasuh, di wisma lantai licin.

##### **5.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang ditegakkan oleh penulis adalah Kerusakan memori , Hambatan Komunikasi, Defisit perawatan diri mandi, Resiko jatuh.

##### **5.1.3 Intervensi Keperawatan**

Diagnosa 1 . Mengenal kapan klien lahir , Mengenal orang atau hal penting, Mengenal hari bulan tahun dengan benar, Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik, Klien mengenal identitas

diri dengan baik, Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat, Diagnosa 2. Berikan satu kata simpel saat bertemu ( selamat pagi), Dorong pasien untuk bicara perlahan, Dengarkan dengan penuh perhatian berdiri didepan pasien, Gunakan kartu baca, gambar, dan lain-lain., Anjurkan untuk berbicara dalam kelompok wisma, Anjurkan untuk memberi stimulus komunikasi. Diagnosa 3. Mengambil alat/ bahan mandi, Mandi di bak mandi, Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun, Mencuci badan bagian atas dan bawah, Mengeringkan badan menggunakan handuk  
Diagnosa 4. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. Sarankan alas kaki yang aman ( tidak licin).

#### **5.1.4 Implementasi keperawatan**

Untuk diagnosa 1: Menegal kapan klien lahir, Menegal orang atau hal penting., Menegal hari bulan tahun dengan benar, Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik, Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat. Klien mengenal identitas diri dengan baik, Klien mengenal identitas orang disekitar. Untuk diagnosa 2. Dorong pasien untuk bicara perlahan, Dengarkan dengan penuh perhatian berdiri didepan pasien, Gunakan kartu baca, gambar, dan lain-lain., Anjurkan untuk berbicara dalam kelompok wisma. Untuk diagnosa 3: Mengambil alat/ bahan mandi, Mandi di bak mandi, Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun, Mencuci badan bagian atas dan bawah, Mengeringkan badan menggunakan handuk. Untuk diagnosa 4: Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan. Sarankan alas kaki yang aman ( tidak licin).

#### **5.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Dignosa I, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Untuk Diagnosa II, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Untuk Diagnosa III masalah belum teratasi intervensi di lanjutkan. Untuk diagnosa IV belum teratasi intervensi dilanjutkan.

## **5.2 Saran**

1) Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilkan tenaga kesehatan yang profesional berwawasan global.

2) Bagi Pelayanan Kesehatan

Lebih meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan lansia dengan kerusakan memori Demensia.

3) Untuk Penulis

Sebagai pembanding antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik keterampilan dan pengalaman.

4) Untuk Panti Werda

Melanjutkan perawatan terhadap masalah kerusakan memori, hambatan komunikasi, defisit perawatan diri: mandi, risiko jatuh yang belum teratasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azizah. (2011). Keperawatan Lanjut Usia. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Boedhi – Darmojo. 2009. *Geriatric Ilmu Kesehatan Usia Lanjut. Edisi 4*. Jakarta: FKUI
- Bulechek, G Dkk ., 2013. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 6th ed. Missouri:Elsevier Mosby
- Copel,L,C. (2007). Kesehatan jiwa dan psikiatri. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Corwin, J. Elizabeth. 2009. *Buku Saku : Patofisiologi. Ed.3*. Jakarta : EGC
- Kushariyadi.2010. *Askep pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nugroho, H. wahjudi. (2006).Keperawatan Gerontik dan Geriatrik Edisi 3. Jakarta: EGC
- Nugroho, H. wahjudi. (2009).Keperawatan Gerontik dan Geriatrik Edisi 3. Jakarta: EGC
- Santoso, H Dan Ismail A.(2009). Memahami krisis lanjut usia. Jakarta : Gunung Mulia.
- PDF. Kemenkes RI.(2013). Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia. Jakarta di unduh tanggal 23 juni 2018
- Potter & Perry. (2005). Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4 vol 1. Jakarta: EGC
- PDF *Alzheimer's Disease International*, (2009). The global voice on Dementia. Diunduh tanggal 22 juni 2018.
- Worl Healt Organitation (2010). Proposes defination of An Order person in word. Di unduh tanggal 23 juni 2018.

## Lampiran 1

### DAFTAR TABEL

	<b>Hal</b>
1) Tabel 2: Bather Indeks .....	21
2) Tabel 4: Short Portable Mental Status Questionnaire.....	23
3) Tabel 5: Mini-Mental State Exam.....	23

## Lampiran 2

### DAFTAR SINGKATAN

NO	Singkatan	Kepanjangan
1	WHO	<i>World Health Organization</i>
2	Lansia	Lanjut usia
3	Depkes RI	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
4	UPTD	Unit Pelaksanaan Teknis Daerah
5	<i>NIC</i>	<i>Nursing Intervention Classification</i>
6	<i>NOC</i>	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
7	<i>GCS</i>	<i>Glasgow Coma Scale</i>
8	BB	Berat badan
9	TB	Tinggi Badan
10	TD	Tekanan Darah
11	<i>SPMSQ</i>	<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>
12	<i>MMSE</i>	<i>Mini Mental Status Exam</i>
13	Ny	Nyonya
14	DS	Data subyektif
15	DO	Data obyektif

## LAMPIRAN

### FORMAT PENGAJIAN INDIVIDU LANSIA

#### A. DATA BIOGRAFIS

Nama : Ny. F.P  
Umur : 87 Tahun  
Jenis Kelamin :P (perempuan)  
Suku : Timor  
Agama : Kristen protestan  
Pendidikan : (tidak tamat sekolah SD)  
Status perkawinan : Menikah  
Alamat : jalan rambutan nomor 9  
Orang terdekat yang dihubungi : anak perempuan

#### B. RIWAYAT KELUARGA

##### 1. Pasangan

Apabila pasangan masih hidup,

Status kesehatan :-

Umur :-

Pekerjaan :-

Apabila pasangan telah meninggal,

Tahun meninggal : sudah tidak ingat lagi

Penyebab kematian : tidak tau

##### 2. Anak –anak

Apabila anak-anak masih hidup,

Nama dan alamat :sofia , alamat alor

Apabila anak-anak sudah meninggal,

#### C. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Status pekerjaan saat ini :Penghuni wiswa

2. Pekerjaan sebelumnya : Wiraswasta

3. Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan : Dari pemerintah

#### D. RIWAYAT LINGKUNGAN HIDUP

1. Tipe tempat tinggal : Permanen
2. Jumlah kamar : 5 Kamar tidur dengan 2 kamar mandi
3. Jumlah orang yang tinggal di rumah : 7 Orang

#### E. RIWAYAT REKREASI

1. Hobi/minat : hanya berjalan sendiri-sendiri kalo ada kegiata diwisma diikuti
2. Liburan/perjalanan : mengikuti perjalanan wisata yang dibuat di panti werda.

#### F. SUMBER/SISTEM PENDUKUNG KESEHATAN YANG DIGUNAKAN

4. Pelayanan Kesehatan di panti: menggunakan pelayanan dipanti

#### G. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

1. Keluhan
  - a. Status kesehatan umum selama setahun terakhir : pelup dan badan gatal
  - b. Status kesehatan umum selama 5 tahun terakhir : demam batuk pilek
  - c. Keluhan utama saat ini : mengalami lupa yang sangat parah sehingga lupa mandi.
2. Pengetahuan/pemahaman terhadap masalah kesehatan : Klien tidak mengetahui tentang masalah kesehatan yang ia hadapi
3. Penggunaan obat-obatan
  - Nama obat : tidak mengkonsumsi obat
  - Dosis obat : tidak mengkonsumsi obat
  - Tanggal resep : tidak mengkonsumsi obat
4. Pola konsumsi makanan : Klien Makan 3 kali sehari
5. Pola istirahat tidur Lama tidur : Ny. F.P mengatakan dapat tidur setiap hari tanpa ada gangguan.

#### J. TINJAUAN SISTEM

1. Tingkat kesadaran : KU: Baik/Composmentis.
2. Tanda-tanda vital: Tekanan darah : 120/70 mmHg, Nadi: 88 X/ menit, Suhu : 36,2°, RR: 20 X/menit
3. Keadaan umum

- Kelelahan : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Perubahan BB satu tahun yang lalu : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Perubahan nafsu makan : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Demam : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Keringat malam : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Kesulitan tidur : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Sering pilek, infeksi : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Kemampuan melakukan ADL : ( ✓ ) ya ( ) tidak
4. Integumen
- Lesi/luka : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Pruritus : ( ✓ ) ya ( ) tidak
- Perubahan pigmentasi : ( ✓ ) ya ( ) tidak
- Perubahan tekstur : ( ✓ ) ya ( ) tidak
- Sering memar : ( ) ya ( ✓ ) tidak
5. Hemopoetik
- Perdarahan/memar abnormal : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Pembengkakan kelenjar limfe : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Anemia : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Riwayat transfusi darah : ( ) ya ( ✓ ) tidak
6. Kepala
- Sakit kepala : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Trauma : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Gatal pada kulit kepala : ( ) ya ( ✓ ) tidak
7. Mata
- Perubahan penglihatan : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Kacamata/lensa kontak : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Nyeri : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Air mata berlebihan : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Bengkak sekitar mata : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Diplopia : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Pandangan kabur : ( ) ya ( ✓ ) tidak
8. Telinga
- Perubahan pendengaran : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Tinitus : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Vertigo : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Alat-alat protesa : ( ) ya ( ✓ ) tidak
9. Hidung dan sinus
- Rinorea : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Epistaksis : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Mendengkur : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Nyeri pada sinus : ( ) ya ( ✓ ) tidak
- Riwayat infeksi : ( ) ya ( ✓ ) tidak
10. Mulut dan tenggorokan

- |                                |            |             |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Sakit tenggorokan              | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Lesi/ulkus                     | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Perubahan suara                | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Kesulitan menelan              | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Perdarahan gusi                | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Karies                         | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Gigi palsu                     | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| 11. Leher                      |            |             |
| Kekuan                         | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Nyeri/nyeri tekan              | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Keterbatasan gerak             | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Pembesaran kelenjar tiroid     | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| 12. Payudara                   |            |             |
| Benjolan/ massa                | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Nyeri/nyeri tekan              | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Bengkak                        | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Keluar cairan dari puting susu | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Perubahan bentuk puting susu   | : ( ✓ ) ya | ( ) tidak   |
| 13. Pernafasan                 |            |             |
| Batuk                          | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Sesak nafas                    | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Hemoptisis                     | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Sputum                         | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Ronchi                         | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Whezing                        | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| 14. Kardiovaskular             |            |             |
| Nyeri/ketidaknyamanan          | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Palpitasi                      | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Sesak nafas                    | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Dispnea nocturnal paroksimal:  | ( ) ya     | ( ✓ ) tidak |
| Ortopnea                       | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Murmur                         | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Edema                          | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Varises                        | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| 15. Gastrointestinal           |            |             |
| Disfagia                       | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Nyeri ulu hati                 | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Mual/muntah                    | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Hematemesis                    | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Perubahan nafsu makan          | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Nyeri ulu hati                 | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Ikterik                        | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |
| Benjolan/massa                 | : ( ) ya   | ( ✓ ) tidak |

- |                             |          |           |
|-----------------------------|----------|-----------|
| Diare                       | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Melena                      | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Hemoroid                    | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Perdarahan rektum           | : ( ) ya | (✓) tidak |
| 16. Perkemihan              |          |           |
| Disuria                     | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Poliuria                    | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Oliguria                    | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Retensi                     | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Inkontinensia               | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Nyeri saat berkemih         | : ( ) ya | (✓) tidak |
| 17. Genitalia pria          |          |           |
| Lesi                        | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Perubahan aktivitas seksual | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Nyeri testikular            | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Massa testikular            | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Masalah prostate            | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Penyakit kelamin            | : ( ) ya | (✓) tidak |
| 18. Genitalia wanita        |          |           |
| Lesi                        | : ( ) ya | ( ) tidak |
| Rabas                       | : ( ) ya | ( ) tidak |
| Dispareuni                  | : ( ) ya | ( ) tidak |
| Nyeri pelvis                | : ( ) ya | ( ) tidak |
| Penyakit kelamin            | : ( ) ya | ( ) tidak |
| Infeksi                     | : ( ) ya | ( ) tidak |
| 19. Neurologi               |          |           |
| Sakit kepala                | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Kejang                      | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Sinkope/serangan jatuh      | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Paralisis                   | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Parastesia                  | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Riwayat cedera kepala       | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Tc/tremor/spasme            | : ( ) ya | (✓) tidak |
| 21. Sistem endokrin         |          |           |
| Intoleransi panas           | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Intoleransi dingin          | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Goiter                      | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Pigmentasi kulit/tekstur    | : (✓) ya | ( ) tidak |
| Perubahan rambut            | : (✓) ya | ( ) tidak |
| Polifagia                   | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Polidipsia                  | : ( ) ya | (✓) tidak |
| Poliuria                    | : ( ) ya | (✓) tidak |

**K. RIWAYAT PSIKOSOSIAL**

1. Cemas : ( ) ya (✓) tidak
2. Insomnia : ( ) ya (✓) tidak
3. Gugup : ( ) ya (✓) tidak
4. Takut : ( ) ya (✓) tidak
5. Stres : ( ) ya (✓) tidak

**L. STATUS FUNGSIONAL**

Indeks barthel

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat ketergantungan lansia terhadap orang lain dengan memenuhi kebutuhan ADL nya. Skor 20 = lansia mandiri, 12-19 = ketergantungan ringan, 9-11 = ketergantungan sedang, 5-8 = ketergantungan berat, 0-4 = ketergantungan total.

No	Jenis aktivitas	Kemampuan	Skor
1	Makan/minum	Mandiri	<b>2</b>
		Perlu bantuan orang lain untuk memotong makanan	1
		Tergantung penuh pada pertolongan orang lain	0
2	Pindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	Mandiri	<b>3</b>
		Dibantu satu orang	2
		Dibantu dua orang	1
		Tidak mampu	0
3	Kebersihan diri: cuci muka, menyisir, dll	Mandiri	<b>1</b>
		Perlu pertolongan	0
4	Keluar/masuk kamar mandi	Mandiri	<b>2</b>
		Perlu pertolongan	1
		Tergantung orang lain	0
5	Mandi	Mandiri	<b>1</b>
		Tergantung orang lain	0
6	Berjalan (jalan datar)	Mandiri	<b>3</b>
		Dibantu satu orang/walker	2
		Dibantu kursi roda	1
		Tidak mampu	0
7	Naik turun tangga	Mandiri	<b>2</b>
		Perlu pertolongan	1

		Tidak mampu	0
8	Berpakaian/bersepatu	Mandiri	2
		Sebagian dibantu	1
		Tergantung orang lain	0
9	Mengontrol BAB	Kontinen teratur	2
		Kadang-kadang inkontinen	1
		Inkontinen	0
10	Mengontrol BAK	Kontinen teratur	2
		Kadang-kadang inkontinen	1
		Inkontinen	0
	Jumlah		<b>20</b>
Kesimpulan : Lansia Mandiri			

#### M. STATUS KOGNITIF

##### Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kognitif lansia yang Total kesalahan “-“ 0-2 = Fungsi intelektual utuh, kesalahan 3-4 = kerusakan intelektual ringan, kesalahan 5-6 = kerusakan intelektual sedang, kesalahan 7-10 = kerusakan intelektual berat.

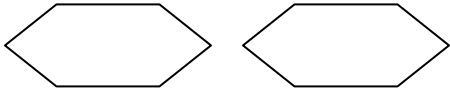
Nomor	Pertanyaan	Jawaban	Nilai (+/-)	
1	Tanggal berapa hari ini?	Tidak tau		-
2	Hari apa sekarang?	Jumat	+	
3	Apa nama tempat ini?	Cemara		
4	Berapa nomor telepon anda. Dimana alamat anda (jika tidak memiliki nomor telepon)	Di Bellu , atambua	+	
5	Kapan Anda lahir?	Tidak menjawab		-
6	Berapa umur Anda?	89	+	
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Tidak tau		-
8	Siapa presiden Indonesia	Soekarno		-

	sebelumnya?			
9	Siapa nama ibu Anda?	Maria Soi	+	
10	Angka 20 dikurangi 3=? Dan seterusnya dikurangi 3	20-3 = 17-3 = 15-3 = 12-3 = 12-3 = 9-3 = 6-3 = 3-3 = 0		-
Jumlah			5	5
Kesimpulan : Kerusakan intelektual sedang				

#### N. Mini Mental Status Exam (MMSE)

Pemeriksaan ini dituliskan untuk mengetahui aspek kognitif dan status mental lansia. Masing-masing pertanyaan memiliki skor maksimal dan tuliskan skor kemampuan lansia menjawab dan jumlahkan total akhir skor. Total skor 24-30 = kognitif normal, 17-23 = gangguan kognitif ringan, 0-16 = gangguan kognitif berat.

TES	PENILAIAN	SKOR MAX	SKOR LANSIA
Orientasi	Tanyakan kepada lansia tentang waktu : 1. Tahun 2. Hari 3. Tanggal 4. Bulan 5. Tahun	5	0
	Tanyakan tentang tempat (dimana kita sekarang ). 1. Nama tempat 2. Kelurahan 3. Kecamatan 4. Kabupaten 5. Provinsi	5	0
Registrasi	Pemeriksa membutuhkan 3 nama benda Meja Kursi Lemari (Tiap benda disebutkan dalam satu detik kemudian meminta pasien mengingat dan mengulang kembali tiga objek yang disebutkan pemeriksaan).	3	2

Perhatian dan perhitungan	Menghitung mundur mulai dari angka 100 dikurangi 7, berhenti setelah jawaban kelima 1. $100-7 = 93$ 2. $93-7 = 86$ 3. $86-7 = 79$ 4. $79-7 = 42$ 5. $42-7 = 65$	5	0
Mengingat kembali	Pasien diminta kembali kembali mengulang 3 nama yang tadi disebutkan dinomor sebelumnya Meja Kursi Lemari	3	0
Bahasa	Responden menyebutkan tiga benda yang ditunjuk pemeriksa	2	2
Pengulangan	Responden mengulang kata-kata yang diucapkan pemeriksa :NAMUN JIKA AKAN TETAPI	1	1
Pengertian verbal	Pemeriksa meminta pasien melakukan tiga perintah. 1. Ambil kertas dengan tangan kanan 2. Lipat kertas menjadi 2 bagian 3. Letakkan kertas dilantai.	3	3
Perintah tertulis	Pemeriksa menulis satu kata "TUTUP MATA" Minta responden melakukan perintah yang ditulis pemeriksa	1	0
Menulis kalimat	Pemeriksa meminta pasien menulis satu kalimat yang bermakna (Subyek+Predikat+Obyek+Keterangan)	1	0
Menggambar konstruksi	Pasien diminta menirukan gambar dibawah ini 	1	0
TOTAL			8
Kesimpulan : gangguan kognisi berat			

#### O. STATUS FUNGSI SOSIAL

APGAR Keluarga dengan Lansia Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui fungsi sosialisasi lansia. Prosedur pemeriksaan : berikan skor pada masing-masing jawaban lansia dengan skor 0 jika tidak pernah, 1 jika kadang-kadang,

dan 2 jika selalu. Hitung total skor dan interpretasikan. Totalskor <3 = disfungsi keluarga sangat tinggi, skor 4-6 = disfungsi keluarga sedang, 7-10 = fungsi sosialisasi keluarga sehat.

No	Fungsi	Uraian	Skore
1	Adaption	Saya puas bisa kembali pd keluarga (teman) saya untuk membantu saya pada waktu sesuatu menyusahkan saya	2
2	Paetherenship	Saya puas dengan cara keluarga (teman) saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya	2
3	Growth	Saya puas bahwa keluarga ( teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas	2
4	Affection	Saya puas dengan cara keluarga (teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih, atau mencintai	2
5	Resolve	Saya puas dengan cara teman saya menyediakan waktu bersama-sama	2
Total Skor : 10			
Kesimpulan: disungsi keluarga sangat tinggi			

#### P. Status Fungsional

Tingkat kemandirian (indeks KATZ) Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kemandirian lansia dalam kehidupan sehari-hari. Prosedur pemeriksaan : berilah nilai "1" atau "0" pada skor yang sesuai dengan kondisi pasien, lalu jumlahkan total skor. Nilai "1" = mandiri , nilai "0" = bergantung. Total skor 6 = berfungsi sepenuhnya atau lansia mandiri, skor 3-5 = gangguan sedang atau lansia dibantu, skor < 2 = gangguan fungsi berat atau lansia memiliki ketergantungan.

No	Aktivitas Lansia	Mandiri "1"	Bergantung "0"

1	Mandi	Tidak membutuhkan bantuan atau menerima bantuan saat mandi hanya pada bagian tubuh tertentu seperti punggung	Memerlukan bantuan terhadap lebih dari satu bagian tubuh (tidak mampu mandi sama sekali)
	Skor : 0		
2	Berpakaian	Mampu mengambil dan mengenakan secara lengkap tanpa memerlukan bantuan kecil saat menalikan sepatu	Memerlukan bantuan mengambil dan mengenakan pakaian atau bila tidak pasien tidak akan berpakaian lengkap atau tidak berpakaian sama sekali
	Skor : 0		
3	Berpindah	Bergerak naik turun dari tempat tidur dan kursi tanpa memerlukan bantuan (mungkin membutuhkan pegangan atau walker).	Tidak turun dari tempat tidur sama sekali apabila turun membutuhkan waktu
	Skor : 0		
4	Aktivitas	Aktivitas baik tanpa pengawasan atau tanpa bantuan	Dengan pengawasan dan bantuan penuh
	Skor : 0		
5	Toileting	Pergi ke toilet, membuka baju, dan membersihkan genitalia sendiri tanpa bantuan	Tidak mampu ke toilet untuk proses eliminasi
	Skor : 1		

6	Inkontinensia  Skor : 1	Mengendalikan perkemihan dan defekasi secara mandiri, kadang terjadi ketidaksengajaan	Pengawasan dilakukan, memerlukan bantuan dalam mengendalikan perkemihan dan infeksi
Total Skor : 2		Kesimpulan : gangguan fungsi berat atau lansia memiliki ketergantungan	

#### P. Pengkajian Inventaris Depresi BECK

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat depresi yang dialami lansia. Total skor 0-4 = tidak ada depresi, 5-7 = depresi ringan, 8-15 = depresi sedang, 16+ = depresi berat.

Skore	Uraian
<b>A. Kesedihan</b>	
<b>3</b>	<b>Saya sangat sedih /tidak bahagia dimana saya takdapat menghadapinya.</b>
<b>2</b>	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.
<b>1</b>	Saya merasa sedih atau galau.
<b>0√</b>	Saya tidak merasa sedih.
<b>B. Pesimisme</b>	
<b>3</b>	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatutidak dapat membaik.
<b>2</b>	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandangke depan.
<b>1</b>	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.
<b>0√</b>	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.
<b>C. Rasa Kegagalan</b>	
<b>3</b>	Saya merasa benar-benar gagal sebagai sebagai orang tua.(suami/istri)
<b>2</b>	Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.

1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya.
0√	Saya tidak merasa gagal.
D. Ketidak Puasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya.
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun.
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan.
0√	Saya tidak merasa tidak puas.
E. Rasa Bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga.
2	Saya merasa sangat bersalah.
1	Saya merasa buruk / tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik.
0√	Saya tidak merasa benar-benar bersalah.
F. Tidak Menyukai Diri Sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri.
2	Saya muak dengan diri saya sendiri.
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri.
0√	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri.
G. Membahayakan Diri Sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan.
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.
1	Saya merasa lebih baik mati.
0√	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengancam membahayakan diri sendiri.
H. Menarik Diri dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya.

2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka.
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari padasebelumnya.
0√	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. Keragu-raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuatkeputusan.
1√	Saya berusaha mengambil keputusan.
0	Saya membuat keputusan yang baik.
J. Perubahan Gambaran Diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan.
2	Saya merasa bahwa aada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat sayatak menarik.
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik.
0√	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya.
K. Kesulitan Kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.
2√	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu.
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukansesuatu.
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.
2√	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu.
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai napsu makan sama sekali.

<b>2</b>	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang.
<b>1</b>	Napsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.
<b>0√</b>	Napsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.
	Total skor : 5
	Kesimpulan : depresi ringan

Lampiran 3

**Dokumentasi**

Mengorientasi tanggal dan melakukan penyuluhan



Lampiran 3



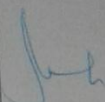
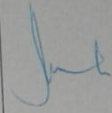

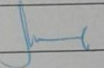
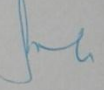
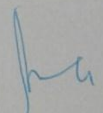
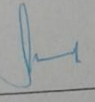
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Fictoria F. Djibrael  
NIM : PO.530320115016  
NAMA PEMBIMBING : Yustinus Rindu S.Kep.,M.,Kep

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIM BING
1.	21 Juni 2018	Mengambil kasus sesuai kasus yang ada di panti werda, Menyusun BAB 1 dan BAB 2 dan dikonsultasikan kembali tanggal 25	
2	22 Juni 2018	Membuat latar belakang sesuai kasus, ambil data dari panti, data NTT Nasional dengan Demensia. Membuat media penyuluhan Demensia dan mempelajari Membuat asuhan keperawatan dan pegkajian pada lansia	
3	25 Juni 2018	Memperbaiki BAB I BAB II menambah Data latar belakang. Memperhatikan penulisan, membuat BAB 3 BAB 4	
4	26 Juni 2018	Lengkapi pengkajian Diagnosa ditambah 1 yaitu risiko jatuh, memperbaiki	

		penulisan dan menambah data Latar belakang	
5	28 Juni 2018	Lengkapi pengkajian, Lengkapi aspek Perbaiki penulisan, memerhatikan hasil studi kasus dan pembahasan.	
6	29 Juli 2018	Perbaiki BAB 1, perbaiki BAB III (harus menjelaskan kesenjangan antara teori dan praktek mulai dari pengkajian sampai evaluasi dan dibahas secara satu per satu), memerhatikan ukuran halaman, perhatikan penulisan.	
7	2 Juli 2018	Perbaiki BAB 4 tentang pemhasaan dengan konsep teori Perbaiki BAB 1, latar belakang dan sistematika penulisan. Memperbaiki penulisan pengesahan untuk diujikan, melengkapi daftar pustaka.	
7	3 Juli 2018	ACC untuk diujikan	
9	4 Juli 2018	Perbaiki sesuai dengan masukan dari pembimbing dan penguji pada saat ujian pembahasan, kesimpulan dan saran	
10	9 Juli 2018	Memperbaiki sesuai dengan perbaikan yang diberikan pembimbing dan penguji, merubah penulisan karya tulis ilmiah, memperbaiki penulisan daftar pustaka dan menambah lampiran.	
11	10 Juli 2018	Memperbaiki tulisan, daftar pustaka dan memperbaiki tulisan dan kesejajaran.	
12	11 Juli 2018	Menambah lampiran dan kesesuaian daftar pustaka dan Acc.	