

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN
M A S A L A H PSIKOSOSIAL: GANGGUAN INTERAKSI
SOSIAL PADA NY. L DI PANTI JOMPO YAYASAN
PEMENANG JIWA MEDAN TAHUN 2025**



Oleh :

ELISABETH ZEBUA

NIM. 052024010

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN

TA. 2024/2025

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN
M A S A L A H PSIKOSOSIAL: GANGGUAN INTERAKSI
SOSIAL PADA NY. L DI PANTI JOMPO YAYASAN
PEMENANG JIWA MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth
Medan



Oleh :

ELISABETH ZEBUA

NIM. 052024010

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN



TAHUN 2024/2025

LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 20 MEI 2025**

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati Farida Tampubolon S.Kep.NS.,M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br Karo S.Kep.NS.,M.Kep. DNSc)

LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 20 MEI 2025**

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Amnita Anda Yani Ginting, S.Kep.NS.,M.Kep -----



Anggota : Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep -----



Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep -----



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Ners (Ns)

Oleh:

ELISABETH ZEBUA

Medan, 20 MEI 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji



(Amnita Anda Yani Ginting S.Kep.NS.,M.Kep)

Anggota



(Linda F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep)



(Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan kasihnya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Adapun judul karya ilmiah akhir ini **“Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Masalah Psikososial: Gangguan Interaksi Sosial Pada Ny.L Di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Medan Tahun 2025”** Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penyusunan karya ilmiah akhir ini telah banyak mendapatkan bimbingan, perhatian, kerjasama, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br.Karo, S.Kep., Ns., M.Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. Ance Veronica Cholia, selaku pimpinan Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatra Utara, yang telah memberi izin kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah ini dengan baik.
3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan selaku dosen penguji II yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menguji dan mengizinkan penulis mengikuti penyusunan karya ilmiah akhir ini.

4. Amnita Anda Yani Ginting S. Kep. Ns. M.Kep., selaku dosen penguji I yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menguji ujian karya ilmiah akhir ini dan selaku dosen koordinator stase gerontik.
5. Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji III yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menguji dan mengizinkan penulis mengikuti penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Seluruh staff dosen dan tenaga kependidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam upaya pencapaian pendidikan. Terimakasih untuk motivasi dan dukungan yang diberikan kepada penulis dan membantu penulis selama pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
7. Teristimewa keluarga tercinta Ayahanda Rozama Zebua dan Ibunda tercinta Yulina Dohare, serta kakak saya Rut Cahyani Zebua, adik saya Juni Christanti Zebua, Abdi Kuriawan Zebua, dan Adriel Buala Zebua yang selalu memberi kasih sayang yang luar biasa dan dukungan baik materi, kesabaran, dan doa yang telah diberikan kepada saya dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini. Serta saudara-saudara yang memberi arahan dan dukungan dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini kepada penulis.
8. Seluruh rekan-rekan sejawat dan seperjuangan mahasiswa Program Studi profesi Ners angkatan XIII stanbuk 2020 yang telah memberikan semangat dan masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan

segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Pengasih senantiasa mencurahkan berkat dan rahmat-Nya kepada penulis semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya profesi keperawatan.

Medan, 20 Mei 2025

Penulis

(Elisabeth Zebua)

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
LEMBARPERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Penelitian.....	5
1.2.1 Tujuan umum.....	5
1.2.2 Tujuan khusus	5
1.3. Manfaat Penelitian.....	5
1.3.1 Manfaat teoritis	5
1.3.2 Manfaat praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Konsep Lansia.....	7
2.1.1 Defenisi.....	7
2.1.2 Batasan lansia	7
2.1.3 Teori proses menua.....	8
2.1.4 Masalah-masalah pada lansia	12

2.1.5 Tipe kepribadian Lansia	14
2.2. Konsep Dasar Gangguan Interaksi Sosial	15
2.2.1 Defenisi Gangguan Interaksi Sosial.....	15
2.2.2 Rentang Respon Interaksi Sosial	15
2.2.3 Proses Terjadinya Gangguan Interaksi Sosial	17
2.2.4 Tanda dan Gejala Gangguan Interaksi Sosial	20
2.2.4 Penatalaksanaan	21
2.3. Konsep Dasar Keperawatan	22
2.3.1 Pengkajian	22
2.3.2 Diagnosa.....	23
2.3.3 Intervensi	24
2.3.4 Implementasi	28
2.3.5 Evaluasi	28
BAB 3 KASUS	29
3.1 Pengkajian	29
3.2 Analisa data.....	37
3.3 Diagnosa keperawatan.....	40
3.4 Intervensi keperawatan.....	42
3.5 Implementasi keperawatan	46
3.6 Evaluasi keperawatan	50
BAB 4 PEMBAHASAN	54
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	60
5.1 Simpulan	61



5.2 Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA	63
DOKUMENTASI	66

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu permasalahan utama yang kerap dialami oleh lansia adalah gangguan psikososial, yang menyerang aspek psikologis dan sosial pada lansia. Gangguan ini umumnya dipicu oleh perubahan fisik, emosional, dan sosial seiring bertambahnya usia seperti meningkatnya ketergantungan pada orang lain, selalu merasa kesepian, stress, kecemasan, depresi, ketidakstabilan emosi, mudah tersinggung, perasaan terabaikan, kekecewaan, kehilangan makna hidup, serta munculnya perasaan tidak berguna. Selain itu, lansia yang menghadapi masa pensiun, kehilangan pasangan atau buah hati yang sudah mandiri, sering mengalami krisis identitas dan perasaan kehilangan yang memicu stres dan gangguan psikososial. Selain itu, lansia yang tinggal sendiri rentan merasakan kesepian, kecemasan, dan kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari, yang dapat memperburuk kondisi mental mereka (Putri et al., 2025).

Menurut Kemenkes RI 2015 dalam Anny (2022), jumlah usia lanjut di atas 60 tahun diprediksi akan meningkat jumlahnya menjadi 20% pada tahun 2015-2050. Indonesia berada di posisi keempat setelah Cina, India, dan Jepang. Hasil Sensus tahun 2014 menginformasikan Penduduk bahwa jumlah usia lanjut di Indonesia adalah sebanyak 20,24 juta jiwa atau 8,03%. Hal tersebut bila dibandingkan dengan hasil Sensus tahun 2010 maka ada peningkatan jumlah lansia yaitu 18,1 juta jiwa atau 7,6%. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI pada tahun 2015 juga menginformasikan bahwa 5 provinsi dengan sebaran penduduk lansia

terbesar adalah Yogyakarta sebesar 13,4%, Jawa Tengah sebesar 11,8%, Jawa Timur sebesar 11,5%, Bali sebesar 10,3%, dan Sulawesi Utara sebesar 9,7%, sedangkan sebaran penduduk lansia terendah adalah Papua sebesar 2,8% .

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari & Maria (2020), di Panti Werdha Pangesti Lawang hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat depresi pada lansia dari 40 responden didapatkan sebagian besar tingkat depresi dalam keadaan normal dengan interaksi sosial baik 29 responden (72.5%) dan sebagian kecil tingkat depresi ringan dengan interaksi sosial sedang 11 responden (27.5%). Dari data penelitian yang dilakukan di panti sosial werdha budi sejahtera provinsi kalimantan selatan dari 75 lansia didapatkan data 23 lansia (30,7%) dengan interaksi sosial baik, 32 lansia (42,7%) dengan interaksi sosial cukup, 20 lansia (26,7%) dengan interaksi sosial kurang (Jamini et al., 2020).

Lansia yang sehat secara psikososial dapat dilihat dari kemampuannya beradaptasi terhadap kehilangan fisik, sosial dan emosional serta mencapai kebahagiaan, kedamaian dan kepuasan hidup. Ketakutan menjadi tua dan tidak produktif lagi memunculkan gambaran yang negatif tentang proses menua. Menurut Nugroho (2008) perubahan psikososial lanjut usia dinilai dari produktivitas dan identitasnya yang dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Apabila mengalami pensiun, seseorang akan mengalami kehilangan finansial, kehilangan teman, kehilangan status. Sehingga timbul kesepian, pengasingan dari lingkungan sosial akibat berkurangnya fungsi pendengaran, penglihatan, gerak fisik maka muncul gangguan fungsional pada lansia (Yaslina et al., 2021).

Perubahan psikososial pada lansia yang dapat terjadi berupa ketika seseorang lansia mengalami pensiun (purna tugas), maka yang dirasakan adalah pendapatan berkurang (kehilangan finansial), kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/ posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas), kehilangan relasi, kehilangan kegiatan, akibatnya timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial serta perubahan cara hidup. Kebanyakan di jaman sekarang ini banyak keluarga yang menganggap repot mengasuh atau merawat orang yang sudah lanjut usia, sehingga tidak jarang ada yang menitipkan orang tuanya di panti maupun ditinggal sendiri di rumah (Ulfa & Yahya, 2021).

Masalah gangguan interaksi sosial yang terjadi pada lansia tentunya diperlukan beberapa penanganan diantaranya; terapi musik, berkebun, terapi murrotal, berternak, life review therapy, dan art therapy. Ekspresi diri melalui seni diharapkan lansia dapat menemukan kembali makna hidup, meningkatkan harga diri, mengeksplorasi emosi, membangun hubungan sosial yang lebih baik, dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Art therapy adalah salah satu jenis terapi ekspresif yang melibatkan individu dalam kegiatan yang kreatif dalam bentuk pembuatan karya atau produk seni. Art therapy menjadi fasilitas dan cara yang aman untuk mengekspresikan perasaan bagi individu yang kesulitan untuk mengungkapkannya secara verbal langsung (Maharani et al., 2024).

Selain aspek emosional yang meningkat, art therapy juga memiliki kontribusi yang besar dalam meningkatkan aspek sosial dan kognitif lansia. Melalui aktivitas seni yang dilakukan secara berkelompok, lansia dapat berinteraksi dengan sebayanya, membangun hubungan akrab, dan berkurangnya rasa kesepian.

Kegiatan seni secara kolektif ini mendorong komunikasi seperti berbagi cerita, yang dapat memperkuat ikatan sosial serta membangun lingkungan yang suportif dan saling menghargai. Di sisi lain, aktivitas seni seperti menggambar atau mewarnai juga memberikan stimulasi pada otak yang dapat berfungsi untuk menjaga bahkan meningkatkan fungsi kognitif. Ikut serta dalam kegiatan yang membutuhkan konsentrasi dan kreativitas lebih dapat membantu lansia menstabilkan ketajaman pikiran, meningkatkan daya ingat, dan merangsang area otak yang berhubungan dengan fungsi eksekutif. Dengan demikian, art therapy tidak hanya berdampak pada kesejahteraan emosional, tetapi juga berkontribusi terhadap kesehatan mental dan sosial lansia secara keseluruhan (Maharani et al., 2024).

Interaksi sosial yang dilakukan lanjut usia di lingkungan masyarakat dan keluarga adalah penting. Hal ini dikarenakan dengan interaksi sosial yang dilakukan lanjut usia memiliki teman untuk bertukar pikiran dan informasi sehingga dapat mengurangi kesepian yang dirasakan, sehingga lanjut usia merasa berguna dalam hidup, terhindar dari depresi, dan kepuasan hidup menjadi cenderung meningkat. Lanjut usia yang cenderung tidak melakukan interaksi sosial akan merasa kesepian, kekurangan informasi terkait kesehatan pada lanjut usia, tidak adanya teman untuk bertukar pikiran sehingga kesehatan lanjut usia tersebut menurun, lanjut usia akan depresi dan kualitas hidup cenderung rendah (Oktavianti & Setyowati, 2020).

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan Gerontik dengan masalah gangguan interaksi sosial di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.

1.2.2 Tujuan khusus

- a. Penulis dapat melaksanakan pengkajian keperawatan gerontik pada Ny.L dengan masalah gangguan interaksi sosial
- b. Penulis mampu menegakkan dignosa keperawatan gerontik pada Ny.L dengan masalah gangguan interaksi sosial
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan gerontik pada Ny.L dengan masalah gangguan interaksi sosial
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan gerontik pada Ny.L dengan masalah gangguan interaksi sosial
- e. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan gerontik pada Ny.L dengan masalah gangguan interaksi sosial

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat teoritis

Asuhan Keperawatan gerontik pada Ny.L dengan masalah gangguan interaksi sosial diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan tambahan referensi bagi ilmu keperawatan.

1.3.2 Manfaat praktis

a. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan agar Karya Ilmiah Akhir ini sebagai tambahan referensi mengenai Asuhan Keperawatan gerontik dengan masalah gangguan interaksi sosial.

b. Bagi masyarakat

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat dijadikan informasi tambahan bagi masyarakat tentang Asuhan keperawatan gangguan interaksi sosial.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Defenisi Lansia

Lansia atau lanjut usia merupakan suatu kondisi dimana seseorang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Setiap kehidupan akan mengalami penuaan dan suatu saat akan menjadi tua. Kejadian ini bukanlah suatu penyakit, namun proses yang berangsur-angsur dan terus menerus hingga mengakibatkan perubahan yang terjadi pada penurunan daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Mujiadi & Rachmah, 2021).

Lanjut usia atau biasa disebut dengan istilah "lansia" merupakan seseorang yang telah mencapai tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia, yang ditandai dengan usia 60 tahun ke atas. Lansia mengalami suatu proses alami yang tidak dapat dihindari dan pasti akan dialami. Secara kronologis. Lansia dikategorikan berdasarkan usia, tetapi konsep lansia lebih dari sekadar penambahan usia. Lansia sering kali menghadapi perubahan dalam interaksi sosial, peran keluarga, dan status ekonomi secara sosial. Dukungan keluarga dan lingkungan sosial sangat penting untuk kesejahteraan lansia (Astuti et al., 2024).

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

WHO tahun 2013 mengklasifikasikan lansia menjadi 5 golongan, sebagai berikut:

1. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45-54 tahun.

2. Lanjut usia/ lansia, berusia 60 tahun atau lebih
3. Lansia muda (*young old*), yaitu kelompok usia 66-74 tahun
4. Lansia tua (*old*), yaitu kelompok usia 75-90 tahun
5. Lansia sangat tua (*very old*), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun

2.1.3 Teori Proses Menua

Proses menua merupakan proses terjadi kemunduran dan hilangnya secara perlahan kemampuan jaringan tubuh untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki jaringan tubuh yang rusak. Bertambahnya usia menyebabkan fungsi fisiologis mengalami penurunan (Simorangkir et al., 2022). Proses menua dapat dibagi menjadi 3 (tiga) dimensi, yakni dimensi biologis, dimensi psikologis dan dimensi sosial:

1. Teori Biologis

Banyak dari teori biologis menjadi tumpang tindih karena sebagian besar berasumsi bahwa perubahan yang menyebabkan penuaan terjadi pada sel (Simorangkir et al., 2022). Berikut ini beberapa teori biologi melihat penuaan dari faktor genetic persfektif:

a. Teori Genetic Clock

Proses menua telah terprogram secara genetik pada unsur terkecil dalam inti sel. Penuaan merupakan suatu proses alami, diwariskan secara turun-temurun (genetika) dan sudah terprogram dengan sendirinya. Bila masanya sudah usai maka proses mitosis akan berhenti, maka spesies tersebut akan meninggal tanpa adanya musibah atau penyakit.

b. Teori Error

Proses menua terjadi akibat kesalahan sintesis RNA protein yang disebabkan karena kesalahan sel tubuh, yang mengakibatkan penurunan dari fungsi biologi. Proses menua juga akibat akumulasi kesalahan pada prosedur replikasi DNA, transkrip gen untuk menghasilkan mRNA, dan sintesis protein sehingga memengaruhi kerusakan sel. Selain itu terjadi penumpukan berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan, sehingga terjadi kerusakan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi secara perlahan.

c. Teori Autoimun

Proses menua terjadi akibat proses metabolisme tubuh sehingga tubuh menghasilkan suatu zat tertentu. Dimana ada jaringan tubuh tertentu yang tidak mampu bertahan sehingga tubuh lemah, imunitas menurun dan tubuh tidak mampu mempertahankan diri (merespons). Selain itu terjadi perubahan protein pasca translasi yang dapat mengakibatkan kurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenai dirinya sendiri (*self recognition*).

Mutasi somatik terjadi menyebabkan terjadinya kelainan pada permukaan sel sehingga sel mengalami perubahan.

d. Teori Free Radikal

Proses menua juga terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat bereaksi dengan DNA, protein dan asam lemak tak jenuh sehingga dapat merusak sel.

e. Teori Rantai Silang

Peristiwa penuaan disebabkan oleh protein, lemak, karbohidrat, asam nukleat (molekul kolagen) yang bereaksi terhadap zat kimia maupun juga radiasi yang menyebabkan perubahan fungsi pada jaringan di dalam tubuh. Perubahan tersebut menyebabkan perubahan pada membran plasma yang mengakibatkan terjadinya jaringan yang kaku, kurang elastis dan hilangnya fungsi. Keadaan ini akan mengakibatkan kerusakan fungsi organ.

2. Teori Psikologis

Teori ini tidak menjelaskan perubahan fisik pada proses penuaan, namun teori ini menjelaskan respon seseorang kepada tugas perkembangan dan berfokus pada aspek perubahan sikap dan perilaku lansia yang dihubungkan dengan perubahan psikologis, mental dan keadaan fungsional yang efektif. Berikut ini beberapa teori psikologis yang berkaitan dengan proses penuaan menurut (Simorangkir et al., 2022).

a. Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dalam berbagai kegiatan yang ada di masyarakat. Aktivitas mental dan fisik yang dilaksanakan secara rutin dapat mencegah kehilangan dan memelihara kesehatannya

b. Kepribadian Berkelanjutan (*Continuity Theory*)

Kemampuan coping seseorang dan kepribadian merupakan dasar untuk memprediksi seseorang menyesuaikan diri terhadap proses penuaan. Contohnya Lansia dengan tipe kepribadian mandiri, memasuki masa pensiun menunjukkan gejala sindrom kekuasaan.

c. Pembebasan (*Dissaggment Theory*)

Semakin bertambahnya usia, lambat laun akan melepaskan diri dari interaksi dengan lingkungan sosialnya sehingga kualitas dan kuantitas interaksi dengan orang lain akan berkurang. Lansia akan bahagia apabila kontak sosial telah berkurang dan tanggung jawab telah diambil oleh generasi yang lebih muda

d. Teori Kebutuhan Manusia

Setiap orang akan berusaha untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan fisiologi, rasa aman, kasih sayang, harga diri dan aktualisasi diri dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi. Pada saat seseorang mencapai aktualisasi diri maka ia telah mencapai kedewasaan dan kematangan

3. Teori Sosiologi

Teori menjelaskan tentang teori interaksi sosial, teori penarikan diri, dan teori aktivitas.

a. Teori Interaksi Sosial

Kemampuan lansia dalam menjalin interaksi sosial merupakan kunci dalam mempertahankan status sosialnya. Interaksi sosial merupakan upaya untuk menekan keuntungan yang sebesar-besarnya, sehingga kekuatan dapat diperoleh apabila individu dapat memperoleh keuntungan yang lebih besar dibandingkan dengan individu lainnya. Seorang lansia akan mengalami kemunduran interaksi sosial karena kekuasaan dan prestisennya akan semakin berkurang.

b. Teori Penarikan Diri

Semakin bertambahnya usia lansia akan perlahan-lahan melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Hal ini disebabkan kualitas dan kuantitas lansia akan menurun dan menyebabkan kehilangan ganda, sehingga hal ini kerap membuat seorang lansia mengalami penarikan diri.

c. Teori Aktivitas

Teori mengatakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia. Di mana pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat menjadi lansia. Hal ini dapat dilihat dari perilaku, gaya hidup, dan harapannya, meski telah lansia (Simorangkir et al., 2022).

2.1.4 Masalah-masalah Pada Lansia

1. Masalah Fisik

Seiring berjalannya waktu, kondisi fisik seorang lansia akan semakin melemah, sehingga sering terjadi penyakit degenerative seperti radang persendian. Keluhan dari penyakit degenerative tersebut akan muncul saat melakukan aktivitas seperti mengangkat beban yang relatif berat akan terasa nyeri di persendian. Selain itu lansia akan mengalami penurunan indra seperti penglihatan, pendengaran dan bahkan akan mengalami penurunan kekebalan tubuh sehingga rentan terkena penyakit (Mujiadi & Rachmah, 2021).

2. Masalah Emosional

Masalah emosional yang sering muncul pada lansia terkait perkembangan emosional adalah rasa keinginan yang kuat untuk selalu

berkumpul dengan keluarganya. Kondisi ini membutuhkan perhatian yang cukup serius dari keluarga, karena seorang lansia yang kurang diperhatikan akan cenderung sering marah apalagi banyak hal yang tidak sesuai dengan isihatinya. Terkadang lansia juga sensitif dengan masalah ekonomi, bila ekonomi tidak stabil lansia cenderung merasa terbebani. Sehingga hal tersebut seringkali membuat seorang lansia mengalami stress (Mujiadi & Rachmah, 2021).

3. Masalah Spiritual

Masalah yang sering terjadi pada lansia selanjutnya adalah masalah spiritual. Dimana semakin tua seseorang akan merasa kebutuhan akan spiritual sangatlah penting. Sehingga apabila dalam anggota keluarganya ada yang belum patuh dalam melaksanakan peribadatan seorang lansia akan cenderung merasa sedih (Mujiadi & Rachmah, 2021).

4. Masalah kognitif

Salah satu masalah yang sering terjadi pada lansia adalah masalah kognitif. Dimana seorang lansia semakin hari akan mengalami penurunan daya ingat. Sehingga hal ini akan berdampak pada lansia yang memiliki riwayat kesehatan maka akan sulit untuk mengontrol kekehatannya. Dampak lain dari masalah kognitif ini adalah seorang lansia akan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat sekitar karna akan sering lupa dengan orang disekitarnya (Mujiadi & Rachmah, 2021).

2.1.5 Tipe Kepribadian Lansia

Menurut Padila (2013), lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia. Beberapa perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan 5 tipe kepribadian lansia sebagai berikut:

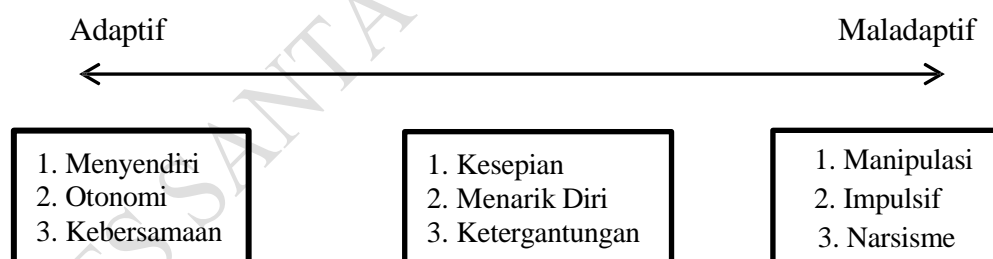
1. Tipe kepribadian onstruktif (*Constrction personality*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejala, tenang dan mantap sampai sangat tua
2. Tipe kepribadian mandiri (*Independent personality*), pada tipe ini ada kecenderungan mengalami post power sindrom, apalagi jika masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.
3. Tipe kepribadian tergantung (*Dependent personality*), pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi kehidupan keluarga, apabila kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada masa lansia tidak bergejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang ditinggalkan akan menjadi merana, apalagi jika tidak segera bangkit dari kedukaannya.
4. Tipe kepribadian bermusuhan (*Hostility personality*) pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang kadang-kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menjadi morat-marit
5. Tipe kepribadian kritik diri (*Self hate personality*), pada lansia tipe ini umumnya terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah.

2.2 Konsep Gangguan Interaksi Sosial

2.2.1 Defenisi Gangguan Interaksi Sosial

Gangguan interaksi sosial merupakan keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Gangguan interaksi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain hal ini terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial. Kelainan interaksi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang individu beradaptasi dalam suatu kuantitas yang tidak cukup/berlebihan kualitas interksi sosial yang tidak efektif (Prabowo, 2017).

2.2.2 Rentang Respon Interaksi Sosial



Gambar 2.1 Rentang Respon Sosial (sumber : Stuard 2013)

Manusia dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari selalu membutuhkan orang dan lingkungan sosial. Manusia tidak akan mampu memenuhi kebutuhan hidupnya tanpa adanya hubungan dengan lingkungan sosial, berada dalam rentang yang adaptif sampai maladaptif. Respon adaptif adalah respon yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku,

dengan kata lain bahwa individu tersebut masih dalam batas-batas normal menyelesaikan masalah, respon ini meliputi:

a) Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon individu menyelesaikan suatu hal dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat, respon ini meliputi:

1. Menyendiri : Respon yang dibutuhkan seseorang untuk memungkinkan apa yang telah terjadi dilingkungan sosialnya.
2. Otonomi : kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide pikiran, perasaan dan hubungan sosial.
3. Bekerjasama : Kemampuan individu yang saling membutuhkan satu sama lain
4. Interdependen : saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal

b) Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang bertentangan dengan norma agama & masyarakat. Respon maladaptif tersebut antara lain:

1. Menarik diri : Seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain
2. Ketergantungan : seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri sehingga ketergantungan dengan orang lain

3. Manipulasi : Seorang yang mengganggu orang lain sebagai objek individu sehingga tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam
4. Curiga : seseorang gagal mengembangkan rasa percaya terhadap orang lain kegagalan atau frustrasi yang dapat digunakan sebagai alat berkuasa atas orang lain (Slametiningsih et al., 2019).

2.2.3 Proses Terjadinya Gangguan Interaksi Sosial

Menurut Stuart (2016) dalam Slametiningsih (2019), proses terjadinya gangguan interaksi sosial yaitu:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Keahlian membina hubungan yang sehat bergantung dari pengalaman sepanjang proses berkembang. Setiap sesi berkembang mempunyai tugas yang wajib dilalui orang dengan sukses, karena jika tugas perkembangan ini tidak diselesaikan, maka akan menghambat perkembangan berikutnya, kurangnya rangsangan dari keterikatan, perhatian dan kehangatan ibu kepada bayi menciptakan perasaan tidak aman yang dapat mengganggu pembangunan kepercayaan.

2) Faktor biologi

Faktor genetik dapat mendukung respon sosial yang maladaptif dan ada bukti sebelumnya tentang keterlibatan

neurotransmitter dalam gangguan ini, tetapi pada penelitian lebih lanjut diperlukan beberapa titik.

3) Faktor sosialkultural

Isolasi sosial merupakan faktor utama dalam gangguan hubungan. Hal ini akibat dari transiensi norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang produktif, seperti lanjut usia, disabilitas dan penyakit kronis, dapat juga disebabkan oleh karena norma-norma yang salah yang dianut oleh satu keluarga seperti anggota tidak produktif diasingkan dari lingkungan sosial.

4) Faktor komunikasi dalam keluarga

Masalah komunikasi dalam keluarga dapat menjadi kontribusi penting dalam mengembangkan gangguan tingkah laku seperti sikap bermusuhan/hostilitas, sikap mengancam, merendahkan dan menjelek-jelekkan anak, selalu mengkritik, menyalahkan, dan anak tidak diberi kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya, kurang kehangatan, kurang memperhatikan ketertarikan pada pembicaraan anak, hubungan yang kaku antara anggota keluarga, kurang tegur sapa, komunikasi kurang terbuka, terutama dalam pemecahan masalah tidak diselesaikan secara terbuka dengan musyawarah, ekspresi emosi yang tinggi.

b. Faktor presipitasi

Pemicu stress biasanya mencakup peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti kehilangan yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berkomunikasi dengan orang lain dan menyebabkan kecemasan.

1. Faktor eksternal

Stress sosiokultural

Stress dapat ditimbulkan oleh karena menurunnya stabilitas unit keluarga seperti perceraian, berpisah dari orang yang berarti, kehilangan pasangan pada usia tua, kesepian karena ditinggal jauh, dan dirawat di rumah sakit atau di penjara. Semua ini dapat menimbulkan isolasi sosial.

2. Faktor internal

Stress Psikologis

Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas tingkat tinggi.

3. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor individu sangat penting dalam hal ini. Rasa sedih karena suatu kehilangan atau beberapa kehilangan dapat sangat besar sehingga individu tidak mau menghadapi kehilangan dimasa depan, bukan mengambil resiko

mengalami lebih banyak kesedihan. Respon ini lebih mungkin terjadi jika individu mengalami kesulitan dalam tugas per berkaitan dengan hubungan.

2.2.4 Tanda dan Gejala Gangguan Interaksi Sosial

Menurut Prabowo (2017), ada beberapa tanda dan gejala gangguan interaksi sosial yaitu :

a. Gejala Subjektif

1. Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak orang lain
2. Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain
3. Respon verbal kurang dan sangat singkat
4. Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain
5. Klien merasa bosan dan lambat dalam menghabiskan waktu
6. Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat Keputusan
7. Klien merasa tidak berguna
8. Klien merasa ditolak

b. Gejala Objektif

1. Klien banyak diam dan tidak mau bicara
2. Tidak mengikuti kegiatan
3. Banyak berdiam diri dikamar
4. Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat
5. Klien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
6. Kontak mata kurang

7. Kurang spontan
8. Apatis (acuh terhadap lingkungan)
9. Ekspresi wajah kurang berseri
10. Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
11. Mengisolasi diri
12. Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya
13. Masukan makanan dan minuman terganggu
14. Retensi urin dan feses
15. Aktivitas menurun
16. Kurang energy (tenaga)
17. Rendah diri
18. Postur tubuh berubah, misalnya sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur)

2.2.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Prabowo (2017), ada beberapa terapi diantaranya yaitu:

- a. Terapi farmakologi
- b. Terapi Kelompok

Terapi ini merupakan psikoterapi yang dilakukan oleh sekelompok pasien secara bersama-sama dalam percakapan satu sama lain, dipimpin atau diarahkan oleh terapis atau psikiater. Terapi ini bertujuan untuk merangsang klien dengan gangguan interpersonal.

c. Terapi Lingkungan

Manusia tidak bisa lepas dari lingkungan, oleh karena itu aspek lingkungan harus mendapatkan perhatian khusus dalam kaitannya dengan pemeliharaan dan pemeliharaan kesehatan manusia. Lingkungan sangat erat kaitannya dengan stimulus psikologis seseorang yang akan berakibatkan pada kesembuhan, sebab lingkungan ini akan berpengaruh baik terhadap keadaan fisik maupun psikologis seseorang.

2.3 Konsep Dasar Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, umur, status perkawinan, agama, pekerjaan, pendidikan terakhir, alamat klien, tanggal masuk panti, tanggal pengkajian, diagnose medik.

b. Riwayat Kesehatan

Meliputi keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan yang lalu, riwayat kesehatan keluarga

c. Pola aktivitas sehari-hari

Meliputi pola tidur/ istirahat, pola eliminasi, pola makan dan minum, kebersihan diri, pola kegiatan atau aktivitas, penggunaan bahan yang merusak kesehatan, dan riwayat alergi.

d. Data Psikososial

Meliputi Pola Komunikasi, Orang yang paling dekat dengan pasien, hubungan dengan orang lain, dan Data kognitif klien.

e. Data Spritual

Meliputi Ketaatan beribadah dan keyakinan terhadap sehat dan sakit klien.

f. Pemeriksaan Fisik

Meliputi Pemeriksaan Umum, Tanda-tanda vital, Pemeriksaan kepala dan leher, Pemeriksaan integument/ kulit, pemeriksaan thorax dan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan musculoskeletal, pemeriksaan neurologis, dan dilanjut dengan pemeriksaan Penunjang.

g. Penatalaksanaan dan Terapi

Meliputi Therapi dan Penatalaksaan perawatan (indeks katz, MMSE, SPMSQ, dan IDB).

2.3.2 Diagnosa

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Dalam tinjauan teori diagnosa yang dapat muncul pada klien dengan psikososial menurut Nugroho (2008) yaitu:

- 1) Isolasi sosial : Menarik diri (D.0121)
- 2) Gangguan konsep diri : Harga diri rendah (D.0086)
- 3) Risiko gangguan persepsi sensori : Halusinasi (D.0085)
- 4) Ansietas : krisis situasional/maturasional (D.0080)
- 5) Koping tidak efektif : Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri

2.3.3 Intervensi

Tindakan keperawatan/ intervensi keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas khusus yang dapat dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan kepada klien.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Isolasi Sosial	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan keterlibatan sosial (L.13115) meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none">- Minat interaksi (5)-Minat terhadap aktivitas (5)-Perilaku menarik diri (5)-Perilaku sesuai dengan harapan orang lain (5)	Terapi Aktivitas (I.05186) Observasi 1.identifikasi defisit aktivitas klien 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 4. monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas Terapeutik 1. fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami 2. sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 3. fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas

		<p>yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis dan social</p> <p>4. libatkan dalam permaianna kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur dan akti</p> <p>Edukasi</p> <p>1. jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari</p> <p>2. anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. kolaborasi terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivita</p>
<p>Harga Diri</p> <p>Rendah</p> <p>Situasional</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan harga diri (L.09069) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>-Penilaian diri positif (5)</p> <p>-Perasaan memiliki kelebihan/kemampuan positif (5)</p> <p>-Minat mencoba hal baru (5)</p> <p>-Konsentrasi (5)</p> <p>-Tidur (5)</p> <p>-Kontak mata (5)</p> <p>-Gairah aktivitas (5)</p> <p>-Aktif (5)</p> <p>-Percaya diri bicara (5)</p> <p>-Kemampuan membuat keputusan (5)</p> <p>-Perasaan tidak mampu melakukan apapun (5)</p>	<p>Promosi Harga Diri (I.09307)</p> <p>Observasi</p> <p>1. identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri</p> <p>2. monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>Monitor tingkat harga diri setiap waktu</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. motivasi terlibat dalam verbalisasi untuk diri sendiri</p> <p>2. motivasi menerima tantangan atau hal baru</p> <p>3. beri umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>4. fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</p> <p>5. jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari</p> <p>Edukasi</p> <p>1. anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki 2.</p>

		<p>anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>3. anjurkan membuka diri terhadap kritik negative</p> <p>4. latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</p> <p>5. latih pernyataan/kemampuan positif diri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. kolaborasi cara meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</p>
Ansietas	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan Dukungan Sosial (L.12113) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kemampuan meminta bantuan pada orang lain (5) -Bantuan yang ditawarkan orang lain (5) -Dukungan emosi yang disediakan orang lain (5) -Jaringan social yang membantu (5) 	<p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi 2. Identifikasi teknik relaksasi 3. Identifikasi kesedihan 4. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman 2. Gunakan nada suara lembut 3. Gunakan relaksasi dengan strategi penunjang dengan analgetik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan, tujuan dan manfaat 2. Anjurkan posisi yang nyaman

			3. Anjurkan mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
Koping efektif	Tidak	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan keterlibatan interaksi sosial (L.13115) meningkat dengan kriteria hasil: - Minat interaksi (5) -Minat terhadap aktivitas (5) -Perilaku menarik diri (5) -Perilaku sesuai dengan harapan orang lain (5)	<p>Terapi Aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.identifikasi defisit aktivitas klien 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 4. monitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami 2. sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 3. fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis dan social 4. libatkan dalam permainannya kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur dan akti <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari 2. anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi <p>Kolaborasi</p>

- | | | |
|--|--|---|
| | | 1. kolaborasi terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas |
|--|--|---|

2.3.4 Implementasi

Implementasi Keperawatan merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal, diantaranya bahaya fisik dan perlindungan kepada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak pasien tingkat perkembangan pasien. Dalam tahap pelaksanaan, terdapat dua tindakan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Adolph, 2016)

2.3.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap terakhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai, serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Tahap evaluasi ini terdiri dari dua komponen yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan selama proses perawatan berlangsung atau menilai respon pasien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan atas target tujuan yang diharapkan (Aldoph, 2016)

BAB 3**KASUS****FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN****GERONTIK****A. PENGKAJIAN****1. BIODATA**

Nama : Ny. L

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 70 tahun

Status Perkawinan : Menikah (Janda)

Pekerjaan : Wiraswasta

Agama : Kristen Protestan

Pendidikan Terakhir : SD

Alamat : Perumahan X

Tanggal Masuk Panti : 12 Agustus 2024

Tanggal Pengkajian : 4 Februari 2025

Diagnosa Medis :

2. RIWAYAT KESEHATAN**a. Keluhan Utama:**

Ny.L mengatakan jarang berkomunikasi dengan teman-teman di panti jompo karena menganggap teman-teman di panti jompo tidak sefrekuensi di ajak berkomunikasi.

b. Riwayat Penyakit Sekarang:

Ny. L mengatakan tidak nyaman tinggal di panti jompo dikarenakan kondisi panti jompo yang kurang bersih, jarang berkomunikasi dan berinteraksi dengan lansia yang lain karena merasa lansia yang lain tidak sefrekuensi diajak berkomunikasi dan Ny.L mengatakan lebih suka menyendiri.

c. Riwayat Kesehatan Yang Lalu:

Ny.L mengatakan 6 bulan yang lalu terjatuh dari tempat tidur dan mengalami dislokasi pada bagian bahu sebelah kanan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga:

Ny. L mengatakan tidak memiliki penyakit bawaan dari keluarga.

3. POLA AKTIVITAS SEHARI HARI

a. Pola Tidur atau Istirahat

Sebelum Sakit:

Ny. L mengatakan tidur malam jam 10 dan bangun jam 4 pagi,

Ny.L mengatakan tidak pernah tidur siang dikarenakan bekerja

b. Saat Sakit:

Ny. L mengatakan sulit tidur di malam hari dikarenakan terganggu dengan teman sekamar yang ribut dan kondisi kamar yang kurang bersih, Ny.L mengatakan dapat tidur jam 1 pagi dan bangun di jam 4 pagi, Ny.L mengatakan memang tidak pernah tidur siang dari sebelum masuk panti jompo.

c. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit:

Ny L mengatakan BAB 1 kali sehari dan BAK 4-8 kali sehari, BAB dan BAK lancar dan tidak ada masalah.

Saat Sakit:

Ny.L tidak memiliki masalah dalam BAB dan BAK, BAB dan BAK menggunakan pampers dengan konsistensi lembek berwarna coklat dengan frekuensi 1 kali sehari dan urine berwarna kuning tua.

d. Pola Makan dan Minum:

Sebelum Sakit:

Ny. L mengatakan makan 3 kali sehari dengan nasi, ikan, sayur dan minum >1 liter sehari

Saat Sakit:

Ny. L mengatakan nafsu makan berkurang makan tetap 3 kali sehari namun dengan porsi yang sedikit dan minum hanya saat makan yaitu 3-4 gelas sehari selama berada dipanti jompo karena Ny.L merasa kondisi panti jompo kurang bersih.

e. Kebersihan Diri

Sebelum Sakit:

Ny.L mengatakan sangat suka bersih-bersih, beberes rumah dan menjaga kebersihan diri sendiri.

Saat Sakit:

Sesudah masuk ke panti, Ny. L butuh bantuan ke kamar mandi dan menggunakan pakaian, Ny.L tidak mampu membersihkan lingkungan sekitarnya secara mandiri sehingga perlu bantuan orang lain.

f. Pola Kegiatan/Aktivitas

Sebelum Sakit:

Ny. L mengatakan aktivitas yang dilakukan adalah berdagang yakni menjaga toko milik sendiri dan juga berkebun.

Saat Sakit:

Ny.L tampak melakukan aktivitas sehari-hari seperti berpindah tempat menggunakan kursi roda, mandi dan mencuci kain dibantu pengurus dipanti jompo, melalukan ROM di pagi hari dengan bantuan pengurus panti jompo, mengikuti kegiatan senam dan berjemur di pagi hari, kemudian mengikuti kegiatan ibadah di panti jompo, dan mengikuti makan bersama para lansia lain di panti jompo.

g. Penggunaan Bahan yang Merusak Kesehatan: Tidak ada

h. Riwayat Alergi: Tidak ada

4. DATA PSIKOSOSIAL

a. Pola Komunikasi

Pola komunikasi yang digunakan Ny. L kurang baik, tidak ramah dengan lansia di panti jompo, jarang melakukan komunikasi dikarenakan Ny.L merasa tidak memiliki teman

yang sefrekuensi di panti jompo. Ny.L tampak tidak senang saat berkomunikasi dengan lansia lain.

b. Orang yang Paling Dekat dengan Pasien

Anak perempuan Ny.L yang masih sering menelepon ke panti jompo dan pengurus panti jompo.

c. Hubungan dengan Orang Lain

Hubungan Ny.L dengan orang lain kurang baik dikarenakan Ny. L mengatakan lansia di panti jompo tidak sefrekuensi saat diajak berkomunikasi dan lebih nyaman menyendiri. Ny.L tampak tidak responsif saat berbicara dengan lansia lain dan tampak tidak kooperatif berteman dengan lansia lain, Ny.L tampak mudah tersinggung dan marah jika lansia lain ribut, tampak gelisah dan tampak selalu membawa tas nya kemana-mana karena tidak percaya dengan lansia lain di panti jompo, Ny.L tampak murung dan lebih sering menyendiri.

d. Data Kognitif

Berdasarkan format pengkajian SPMSQ didapatkan fungsi kognitif intelektual Ny.L utuh dengan skor salah 2 dan pengkajian MMSE dengan skore 24 yang berarti tidak mengalami kerusakan kognitif.

5. DATA SPIRITUAL

a. Ketaatan Beribadah

Ny.L mengatakan dirinya beragama kristen protestan dan selalu rajin beribadah ke gereja sebelum masuk ke panti jompo. Ny.L mengatakan setelah masuk ke panti jompo selalu berdoa dan mengikuti kegiatan ibadah di panti jompo.

b. Keyakinan terhadap Sehat dan Sakit

Ny.L mengatakan bahwa ia selalu percaya mujizat Tuhan bahwa rencana Tuhan itu nyata meskipun dalam keadaannya sekarang, Tuhan selalu memberi yang terbaik pada umatnya.

6. PEMERIKSAAN FISIK

a. Penampilan Umum

Ny.L sadar penuh, berpenampilan rapi, bersih, namun kuku tampak kotor dan tampak menggunakan alat bantu jalan yaitu kursi roda.

b. Tanda-tanda Vital

TTV: TD: 130/80 mmHg

HR 76 x/i

RR 20x/i

T: 36,4 C

c. Pemeriksaan Kepala dan Leher

1. Kepala: Tidak terdapat lesi, rambut beruban, tidak ada ketombe
2. Wajah : Wajah tampak mengkerut, terdapat age spots pada kulit wajah, tidak ada luka pada wajah.

3. Mata: pupil isokor, ketika disuruh membaca Ny.L mulai kesulitan karna sudah rabun, tidak terdapat katarak.
4. Hidung: Hidung tidak ada polip, dan tidak ada lesi pada kedua lobang hidung.
5. Mulut/faring: Mulut tampak kurang bersih, gigi banyak plak, dan beberapa sudah ompong, tidak terdapat pembesaran tonsil.

d. Pemeriksaan Integumen/Kulit

Kulit Ny.L tampak sudah keriput dan kering dengan warna sawo matang, tidak terdapat edema/ lesi, kulit tampak ada age spots.

e. Pemeriksaan Thorax dan Dada:

1. Inspeksi: Bentuk dada bungkuk, pengembangan kedua lapang dada sama, tidak ada lesi atau edema.
2. Palpasi: Tidak dikaji
3. Perkusi : Tidak dikaji
4. Auskultasi : Tidak dikaji

f. Pemeriksaan Abdomen

1. Inspeksi: perut tampak simetris, tidak ada lesi maupun edema
2. Auskultasi: Tidak dikaji
3. Perkusi : Tidak dikaji
4. Palpasi: Tidak dikaji

g. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Ny. L sulit berdiri dan berjalan untuk mobilisasi sehari-hari karena kaki sebelah kanan yang sakit saat berjalan sehingga membutuhkan bantuan kursi roda, dan tangan sebelah kanan yang sulit digerakkan karena pernah mengalami dislokasi di bagian bahu kanan.

Hasil Pengkajian kekuatan otot:

Ekstremitas Atas: Mengalami kelemahan otot tangan sebelah kanan

Ekstremitas Bawah: Mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan

3	5
3	4

Keterangan:

0 : Tidak terdapat kontraksi otot

1 : Gerakan otot dapat di palpasi tanpa gerakan persendian

2: Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerakan pasif)

3: Mampu melawan gaya gravitasi namun belum bisa melawan tahanan

4: Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang

5: Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup Gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh

h. Pemeriksaan Neurologis

Ny.L mampu merasakan rangsangan nyeri pada semua bagian tubuh

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Laboratorium: -

b. Foto Rontgen: -

8. PENATALAKSANAAN TERAPI

a. Therapi:

Ny.L mengonsumsi obat vitamin dan penguat tulang yaitu caltrat dan maxprime

b. Penatalaksanaan Perawatan

1. Art therapy menggambar dan mewarnai

2. Senam dan berjemur pagi

3. Mengikuti ibadah di panti jompo

4. Memberikan pijat Swedish

5. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

B. ANALISA DATA

Tanggal	Symptom	Problem	Etiologi
04/02/2025	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ny.L mengatakan jarang berkomunikasi dengan teman-teman di panti jompo- Merasa tidak nyaman tinggal di panti jompo karena menganggap teman di panti jompo tidak nyambung di ajak berkomunikasi- Ny.L mengatakan lebih suka menyendiri. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">-Ny.L tampak murung dan lebih sering menyendiri-Ny.L kurang responsif atau kurang tertarik berkomunikasi dengan lansia lain di panti jompo-Ny.L tidak kooperatif berteman dengan lansia di panti jompo	Gangguan Interaksi Sosial (D. 0118)	Ketiadaan orang terdekat

04/02/2025	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ny. L mengatakan tidak nyaman tinggal di panti jompo karena menganggap teman di panti jompo tidak sefrekuensi di ajak berkomunikasi- Ny.L mengatakan sulit tidur dikarenakan kondisi panti yang ribut dan kondisi kamar yang kurang bersih tidur, Ny.L dapat tidur jam 1 pagi dan bangun di jam 4 pagi, Ny.L mengatakan memang tidak pernah tidur siang dari sebelum masuk panti jompo. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">-Ny.L tampak tidak senang dengan teman satu kamarnya- Ny.L tampak mudah tersinggung dan marah jika lansia lain ribut.- Ny.L tampak gelisah dan waspada selalu	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	Kurang pengendalian situasional/ lingkungan
------------	--	-------------------------------	---

04/02/2025	<p>membawa tas nya kemana-mana.</p> <p>- Hasil pengkajian IDB di dapatkan skor 9 (Depresi sedang)</p> <p>DS :</p> <p>- Ny. L mengatakan 6 bulan yang lalu terjatuh dari tempat tidur dan mengalami dislokasi di bagian bahu sebelah kanan sehingga sulit digerakkan.</p> <p>-Ny.L membutuhkan bantuan kursi roda untuk beraktivitas karena kaki sebelah kanan terasa nyeri dan susah untuk digerakkan.</p> <p>DO:</p> <p>- Hasil pemeriksaan medis Ny.L mengalami dislokasi dibagian bahu sebelah kanan</p> <p>- Pengkajian indeks katz di dapatkan nilai F dengan hasil kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kekamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan.</p> <p>- Hasil Pengkajian kekuatan otot:</p>	Resiko Jatuh (D.0143)	Riwayat Jatuh
------------	--	-----------------------	---------------

	<ul style="list-style-type: none">• Ekstremitas Atas: Mengalami kelemahan otot tangan sebelah kanan• Ekstremitas Bawah: Mengalami kelemahan otot kaki sebelah kanan <div><div>3</div><div>5</div><div>3</div><div>4</div></div>		
--	--	--	--

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan
1.	04/02/2025	Gangguan Interaksi Sosial (D. 0118) berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat ditandai dengan Ny.L mengatakan jarang berkomunikasi dengan teman-teman di panti jompo, merasa tidak nyaman tinggal di panti jompo karena menganggap teman di panti jompo tidak sefrekuensi di ajak berkomunikasi dan lebih suka menyendiri, tampak murung dan, kurang responsif atau kurang tertarik berkomunikasi dengan lansia lain di panti jompo, tidak kooperatif berteman dengan lansia di panti jompo.
2.	04/02/2025	Gangguan Rasa Nyaman terhadap lingkungan (D.0074) berhubungan dengan kurang pengendalian situasional/ lingkungan ditandai dengan Ny. L mengatakan tidak nyaman tinggal di panti jompo karena menganggap teman di panti jompo tidak sefrekuensi di ajak berkomunikasi dan sulit tidur dikarenakan terganggu dengan teman sekamar yang ribut dan kondisi kamar yang kurang bersih, tampak tidak senang dengan teman satu kamarnya, tampak mudah tersinggung dan marah jika lansia lain ribut, tampak gelisah waspada selalu membawa tas nya kemana-mana.
3.	04/02/2025	Resiko Jatuh (D.0143) berhubungan dengan riwayat jatuh ditandai dengan Ny. L mengatakan 6 bulan yang lalu terjatuh dari tempat tidur dan mengalami dislokasi di bahu sebelah kanan sehingga sulit digerakkan, untuk beraktivitas Ny.L membutuhkan bantuan kursi roda karena kaki sebelah kanan terasa nyeri dan susah untuk digerakkan, Pengkajian indeks katz di dapatkan nilai F.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
04/02/2025	Gangguan Interaksi Sosial (D. 0118)	Interaksi sosial meningkat (L.13115) Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan gangguan interaksi sosial meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat 2. Responsif pada orang lain meningkat 3. Kooperatif bermain dengan sebaya meningkat 4. Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan meningkat 5. Ekspresi wajah responsif meningkat	Modifikasi perilaku keterampilan sosial (L.13484) Observasi 1. Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial 2. Identifikasi fokus pelatihan keterampilan sosial Terapeutik 3. Motivasi untuk berlatih keterampilan sosial 4. Beri umpan balik positif (pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasinya 5. Libatkan keluarga selama latihan keterampilan sosial, jika perlu Edukasi 6. Jelaskan tujuan melatih keterampilan sosial 7. Jelaskan respon dan konsekuensi keterampilan sosial 8. Anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang

			dialami 9. Latih keterampilan sosial secara bertahap
04/02/2025	Gangguan Rasa Nyaman (D.0054)	Status Kenyamanan (L.08064) setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat 1. Keluhan tidak nyaman terhadap lingkungannya menurun 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Gelisah menurun 4. Kewaspadaan membaik	Manajemen Kenyamanan Lingkungan (L.08237) Observasi 1. Identifikasi sumber ketidaknyamanan Terapeutik 2. Sediakan ruangan yang tenang dan mendukung 3. Jadwalkan kegiatan sosial 4. Berikan penerimaan dan dukungan kepindahan lingkungan baru 5. Fasilitasi kenyamanan lingkungan Edukasi 6. Jelaskan tujuan manajemen lingkungan
04/02/2025	Resiko Jatuh (D.0143)	Tingkat jatuh menurun (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Risiko jatuh menurun. karakteristik hasil:	Pencegahan jatuh (L.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, gangguan

		<ol style="list-style-type: none">1. Jatuh dari tempat tidur menurun2. Jatuh saat berdiri menurun3. Jatuh saat duduk menurun4. Jatuh saat berjalan menurun	<p>keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <ol style="list-style-type: none">2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">4. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci5. Pasang handrail tempat tidur6. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah7. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">8. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin9. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga
--	--	---	--

			keseimbangan tubuh 10. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	--	--	---

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No. Dia gno sa	Tangga l/Jam	Implementasi	Respon
1,3	04-02-25 08.00 09.00	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan perkenalan diri dan membangun hubungan saling percaya dengan Ny.L Mengidentifikasi kemampuan, hambatan ketika berinteraksi dengan orang lain dan faktor pemicu risiko jatuh. 	✓ Ny.L tampak mampu diajak komunikasi terapeutik dan menjawab pertanyaan dengan baik
1,2	10.00	<ul style="list-style-type: none"> Menjadwalkan kegiatan sosial di halaman panti jompo yaitu kegiatan ibadah pagi, senam, berjemur untuk membina hubungan yang baik dengan lansia lain. 	✓ Ny.L tampak mengikuti kegiatan namun tampak bingung dan jarang berbicara
1	11.00	<ul style="list-style-type: none"> Mengontrak waktu Ny.L untuk melakukan Art Therapy 	✓ Ny.L tampak bingung dan bertanya kegiatan apa ini
3	13.00	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor kemampuan klien untuk berpindah dan menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin. 	✓ Ny.L tampak menjawab dan mengikuti arahan dengan baik
3		<ul style="list-style-type: none"> Mengantar Ny.L menggunakan kursi 	

	13.30	roda kembali ke kamar dan menganjurkan Ny.L untuk berhati-hati saat berpindah dari kursi roda ke tempat tidur.	✓ Ny.L tampak tersenyum dan mengucapkan terimakasih
1,2	05-02-25 08.00	• Melakukan komunikasi terapeutik dan menanyakan perasaan Ny.L hari ini	✓ Ny.L tampak mampu diajak komunikasi terapeutik dan menjawab pertanyaan dengan baik
1,2	08.30		
	09.00	• Membantu Ny.L melakukan personal hygiene (mengganti pampers Ny.L)	✓ Ny.L tampak tersenyum dan mengucapkan terimakasih
	09.30	• Menjadwalkan kegiatan harian kepada Ny.L untuk mengikuti kegiatan senam, berjemur, pijat Swedish, art therapy yaitu menggambar dan mewarnai, dan ibadah di panti jompo dan menganjurkan Ny.L untuk melakukan	✓ Ny.L tampak mengikuti kegiatan dengan lebih responsif
1,2	12.30		

1,2	13.00	interaksi dengan orang lain.	
	13.30	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kemampuan Ny.L dalam berinteraksi dan ketidaknyamanan terhadap lingkungan 	✓ Ny.L tampak menjawab pertanyaan dengan baik dan terbuka
3		<ul style="list-style-type: none"> Memberikan motivasi kepada Ny.L agar lebih aktif mengikuti kegiatan di panti jompo 	✓ Ny.L tampak tersenyum dan mengiyakan saran saya
3		<ul style="list-style-type: none"> Memonitor kemampuan berpindah Ny.L Menganjurkan kembali Ny.L untuk berhati-hati berpindah ke tempat tidur/kursi roda 	✓ Ny.L tampak dapat berpindah dari tempat tidur ke kursi roda ✓ Ny.L tampak mengiyakan dengan baik
1,2	06-02-25 08.00	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan komunikasi terapeutik pada Ny.L dan mengevaluasi perasaan Ny.L hari ini 	✓ Ny.L tampak mampu diajak komunikasi terapeutik dan menjawab pertanyaan dengan baik
1,2	08.30		
	09.30	<ul style="list-style-type: none"> Menjadwalkan kegiatan harian kepada Ny.L untuk mengikuti kegiatan senam, berjemur, pijat Swedish, art therapy yaitu menggambar dan mewarnai, dan ibadah 	✓ Ny. L tampak mengikuti kegiatan dengan baik dan tampak sudah lebih bersemangat

1,2,3	12.30	<p>di panti jompo dan menganjurkan Ny.L untuk melakukan interaksi dengan orang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi hambatan dalam melakukan interaksi sosial, ketidaknyamanan lingkungan panti jompo, dan faktor resiko jatuh kepada klien 	✓ Ny. L menjawab dengan baik
1	13.00	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan motivasi untuk meningkatkan keterlibatan dalam hubungan dengan orang lain 	✓ Ny.S tampak mengiyakan saran saya
3	13.30	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kemampuan berpindah tempat dan memastikan roda kursi terkunci 	✓ Ny. S tampak berpindah dengan baik.
3		<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan Ny.L menggunakan alas kaki yang tidak licin 	✓ Ny.S tampak mengiyakan saran saya

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal/No Diagnosa	Catatan Perkembangan
04/02/2025 1	<p>S: Ny.L mengatakan masih jarang berkomunikasi dengan lansia yang lain</p> <p>O: - Ny.L tampak termenung dan suka menyendiri - Ny.L tampak tidak kooperatif saat berkomunikasi dengan lansia lain</p> <p>A: Gangguan interaksi sosial belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Lanjutkan intervensi Modifikasi perilaku keterampilan sosial nomor 1,3,6,8,9</p>
04/02/2025 2	<p>S: Ny.L mengatakan masih merasa tidak nyaman tinggal di panti dan belum terbiasa dengan lingkungan panti jompo yang kurang bersih dan ribut.</p> <p>O: - Ny.L tampak tidak mau di ajak berbicara - Ny.L tampak mudah tersinggung dan marah saat lansia lain ribut - Tampak malas mengikuti kegiatan sosial di panti</p> <p>A: Gangguan rasa nyaman belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Lanjutkan intervensi Manajemen Kenyamanan Lingkungan nomor 1,2,3</p>
04/02/2025 3	<p>S: Ny.L mengatakan jika berpindah harus menggunakan bantuan kursi roda</p> <p>O:- Ny.L tampak selalu berada di kursi roda dan berpindah dengan bantuan kursi roda</p> <p>A: Resiko jatuh tidak terjadi</p>

	<p>P: intervensi dilanjutkan Lanjutkan intervensi Pencegahan jatuh nomor 2,3,4,7,8</p>
05/02/2025 1	<p>S: Ny.L mengatakan sudah mencoba berkomunikasi dengan lansia di dalam kamarnya, namun Ny.L mengatakan masih kesulitan bersosialisasi dengan baik di panti jompo</p> <p>O: Ny.L terkadang tampak menyendiri dan tidak mau berbaur dengan lansia lain -Ny.L tampak senang saat di ajak bercerita, menggambar, mewarnai dan bermain plaistisin</p> <p>A: Gangguan interaksi sosial belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Lanjutkan intervensi Modifikasi perilaku keterampilan sosial nomor 1,3,6,8,9</p>
05/02/2025 2	<p>S: Ny.L mengatakan masih merasa tidak nyaman di panti jompo dikarenakan sulit tidur di malam hari akibat kondisi panti yang ribut, dan kondis panti yang kurang bersih.</p> <p>O: - Ny.L tampak akrab dan nyaman bercerita dengan mahasiswa - Ny.L tampak mudah tersinggung dan marah jika lansia lain ribut</p> <p>A: gangguan rasa nyaman belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Lanjutkan intervensi Manajemen Kenyamanan Lingkungan nomor 1,2,3</p>
05/02/2025 3	<p>S: Ny.L mengatakan sudah menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>O: Ny.L tampak menggunakan bantuan orang lain untuk ke kamar mandi</p>

	<p>-Ny.L menggunakan sandal yang tidak licin dan beraktivitas menggunakan kursi roda</p> <p>A: Resiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Lanjutkan intervensi Pencegahan jatuh nomor 2,3,4,7,8</p>
06/02/2025 1	<p>S: Ny.L mengatakan sudah mulai berkomunikasi dengan lansia lain namun masih kesulitan menjalin komunikasi dan interaksi yang baik</p> <p>O:</p> <p>-Ny. L mulai responsive berbicara dengan lansia di panti jompo walaupun masih mudah marah jika lansia lain ribut</p> <p>-Ny.L tampak senang saat di ajak bercerita, menggambar, mewarnai dan bermain plaistisin dengan mahasiswa.</p> <p>A: Pasien sudah mulai membuka diri berinteraksi dengan lansia lain, meskipun masih mudah marah dan tersinggung jika lansia lain ribut</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Lanjutkan intervensi Modifikasi perilaku keterampilan sosial nomor 1,3,6,8,9</p>
06/02/2025 2	<p>S: Ny.L mengatakan sudah dapat istirahat di malam hari namun terkadang terbangun karena ada beberapa lansia yang ribut di tengah malam</p> <p>O:</p> <p>-Ny.L tampak gampang tersinggung dan marah jika lansia lain ribut</p> <p>A: Gangguan rasa nyaman belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Lanjutkan intervensi Manajemen Kenyamanan Lingkungan nomor 1,2,3</p>
06/02/2025	<p>S: Ny.L mengatakan sudah mencoba berkonsetrasi</p>

3

untuk menjaga keseimbangan tubuh saat Latihan berjalan, namun kaki kanannya masih terasa sakit dan masih sulit digerakkan

O:

-Ny.L tampak dibantu orang lain saat melakukan aktivitas seperti latihan berjalan

-Ny.L tampak berkonsentrasi saat melakukan aktivitas menggunakan alat bantu kursi roda

A: Resiko jatuh tidak terjadi

P: intervensi dilanjutkan

Lanjutkan intervensi Pencegahan jatuh nomor 2,3,4,7,8

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini mahasiswa akan menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Ny.L dengan masalah Distres Spritual: Kesepian di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Medan pada tanggal 04 Februari 2025 melalui pendekatan studi untuk kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan pada Ny L dengan masalah utama gangguan interaksi sosial ini mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 sampai tanggal 6 Februari 2025 dengan menggunakan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Dalam metode wawancara, penulis melakukan pengumpulan data. Data yang dikaji adalah data umum (nama , umur, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, , aktivitas rekreasi keluarga), riwayat keluarga, keluhan yang dirasakan sedangkan keadaan serta perilaku keluarga yang meliputi pemeriksaan fisik, pola dan komunikasi yang digunakan. Penulis juga melakukan metode pemeriksaan fisik yang dilakukan secara keseluruhan melalui head to toe.

Dalam asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny.L dengan masalah utama gangguan interaksi sosial didapatkan bahwa Ny. L Ny.L mengatakan jarang berkomunikasi dengan teman-teman di panti jompo, merasa tidak nyaman tinggal di panti jompo karena menganggap teman di panti jompo tidak nyambung di ajak berkomunikasi.

Data subjektif yang didapatkan melalui pengurus panti jompo yaitu Ny.L diantar oleh keluarga ke Rumah Pemulihan Panti Jompo pada bulan Agustus 2024 dikarenakan 6 bulan yang lalu Ny.L terjatuh dari tempat tidur dan bahu nya mengalami dislokasi kemudian Ny.L mengalami nyeri tulang bagian kaki sebelah kanan diakibatkan usia yang semakin tua, dan tidak ada yang merawat Ny.L di rumah, hal ini karena anak-anak Ny.L yang berada diluar negeri, pengurus panti jompo juga mengatakan Ny.L tidak akrab dengan lansia yang lain, Ny.L pernah ingin melarikan diri, dan selalu mengatakan ingin pulang dan cepat bertemu dengan anaknya. Hal tersebut juga di dukung oleh data objektif dimana Ny.L tampak tidak melakukan interaksi social yang baik dengan lansia lainnya dan mudah marah, tampak termenung memandang gerbang, dan selalu menceritakan masa lalu nya yang ditinggal sumainya dan harus berjuang sendiri menafkahi ke 2 anaknya.

Hal ini juga didukung oleh hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck (IDB) didapatkan skor 9 yang berarti Ny.L mengalami depresi sedang, hal ini didukung oleh jurnal Rahmawati (2023), yang menyatakan, Depresi merupakan gangguan mental ditandai dengan adanya perasaan sedih, murung dan adanya perasaan frustrasi atau mudah marah. Lansia tidak bisa beradaptasi dengan baik dapat mengakibatkan terjadinya depresi, menjalani kehidupan yang asing dalam lingkungan yang baru. lansia yang memiliki potensi terkena depresi paling tinggi ialah lansia yang tinggal dipanti dibandingkan dengan lansia yang tinggal dirumah dengan keluarga atau yang sedang mendapatkan perawatan di rumah sakit. Hal ini dikarenakan lansia yang berada di panti tinggal terpisah jauh dari keluarga sehingga tidak memiliki tempat untuk berbagi masalah dan kesedihan yang dirasakan.

Terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko depresi pada lansia, diantaranya jenis kelamin yaitu pada wanita angka depresi lebih tinggi dibanding pria, dikarenakan hal ini dipengaruhi oleh ketidakseimbangan hormonal misalnya adanya depresi prahaid, pasca melahirkan dan post menopause, selanjutnya status perkawinan yaitu depresi lebih sering dialami oleh individu yang bercerai atau berpisah dibandingkan dengan individu yang menikah.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada Asuhan keperawatan gerontik ini ditemukan kesenjangan antara diagnosa yang ada pada teori konsep dasar keperawatan dengan yang ditemukan peneliti pada saat melakukan asuhan keperawatan dilapangan, pada konsep teori ditemukan ada 4 yaitu: Isolasi sosial, Harga diri rendah, koping tidak efektif, dan Ansietas. Sementara diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan keluhan, wawancara dan pengkajian yang dilakukan pada Ny.L serta keadaan nyata yang ditemukan pada Ny.L adalah:

1. Gangguan interaksi sosial b/d ketiadaan orang terdekat

Menurut PPNI (2018), gangguan interaksi sosial adalah kuantitas dan atau kualitas hubungan sosial yang kurang atau berlebih. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor antara lain Defisiensi bicara, Hambatan perkembangan/maturase, Ketidaan terdekat, Perubahan neurologis (mis. Kelahiran, prematur, distres fetal, persalinan cepat atau persalinan lama), Disfungsi sistem keluarga, Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan, Penganiayaan atau pengabaian anak, Hubungan orang tua-anak tidak

memuaskan, Model peran negative, Implusif, Perilaku menentang, Perilaku Agresif, Keengganan berpisah dengan orang terdekat.

Setelah dilakukannya intervensi terdapat perkembangan klien dalam melakukan interaksi sosial, hal ini ketika perawat melakukan satu therapy yaitu art therapy. Ketika dilakukan art therapy klien menjadi lebih responsif saat diajak berbicara dan lebih terbuka dalam mengungkapkan perasaannya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Kusuma (2023), yang mengemukakan bahwa art therapy merupakan suatu pendekatan terapeutik yang menggunakan ekspresi kreatif melalui seni visual sebagai sarana untuk membantu individu mengungkapkan, menjelajahi, dan mengatasi berbagai masalah psikologis, emosional, atau sosial. Dalam intervensi ini, partisipan diberikan kesempatan untuk menggambar dan mewarnai. Intervensi art therapy dilakukan dalam rangka meningkatkan kesadaran diri, mengeksplorasi emosi, mengatasi stres atau trauma, meningkatkan keterampilan komunikasi, atau mencapai tujuan tertentu lainnya yang relevan dengan kebutuhan klien.

2. Gangguan Rasa Nyaman b/d kurang pengendalian situasional/lingkungan

Menurut PPNI (2018), gangguan rasa nyaman adalah perasaan senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial. Hal ini disebabkan oleh gejala penyakit, kurang pengendalian situasional/lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis. Dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan), kurangnya privasi,

gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi), gangguan adaptasi kehamilan.

Berdasarkan hasil observasi kondisi yang diperoleh saat mengkaji Ny.L yaitu mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak nyaman dengan lingkungan panti jompo, mudah tersinggung dan marah dengan lansia lain yang ribut. Setelah dilakukannya intervensi massage swedish Ny.L tampak lebih kooperatif diajak berbicara dan tampak lebih senang, penulis berpendapat hal ini terjadi karena klien merasa nyaman dan merasa dirinya diperhatikan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sukmawati (2018), yang mengemukakan bahwa swedish memberikan Relaksasi efektif terhadap menurunkan tingkat kecemasan lanjut usia. Swedish massage merupakan suatu kegiatan yang dapat memberikan efek ketenangan karena adanya unsur relaksasi yang terkandung di dalamnya. Rasa tenang ini selanjutnya akan memberikan respon emosi positif yang sangat berpengaruh dalam mendatangkan persepsi positif.

3. Risiko jatuh b/d riwayat jatuh

Menurut PPNI (2018), risiko jatuh yaitu berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Hal ini disebabkan oleh Usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak), Riwayat jatuh, Anggota gerak bawah prostesis (buatan), Penggunaan alat bantu berjalan, Penurunan tingkat kesadaran, Perubahan fungsi kognitif, Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap,

lingkungan asing), Kondisi pasca operasi, Hipotensi ortostatik, Perubahan kadar glukosa darah, Anemia, Kekuatan otot menurun, Gangguan pendengaran, Gangguan keseimbangan, Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus), Neuropati, Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum).

Setelah dilakukan intervensi keperawatan terdapat perkembangan klien dalam mengurangi risiko jatuh terjadi dengan mengontrol kemampuan berpindah Ny.L, dan penggunaan alas kaki yang tidak licin.

4.1 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dibuat penulis disusun dengan standar asuhan keperawatan SDKI (STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA), SIKI (STANDAR INTERBENSI KEPERAWATAN INDONESIA) DAN SLKI (STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA)

4.2 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun, penulis dapat melaksanakan implementasi dikarenakan adanya kerjasama antara klien dan perawat. Dimana implementasi yang dilakukan yaitu kegiatan senam, berjemur, ibadah bersama, art therapy, pijat swedish, melalui mengikut sertakan Ny.L dalam sebuah kegiatan akan membantu teralinnnya interaksi antara Ny.L dengan orang disekitarnya. Semua tindakan yang tercantum dalam intervensi belum semua dilakukan karna keterbatasan waktu.

4.3 Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan terdapat 1 diagnosa yang belum teratasi yakni gangguan rasa nyaman b/d gangguan stimulus lingkungan, 1 diagnosa yang tidak terjadi yaitu risiko jatuh b/d riwayat jatuh, oleh karena itu diperlukannya intervensi lebih lanjut. Sementara diagnosa keperawatan gangguan interaksi sosial b/d ketiadaan orang terdekat, sudah menunjukkan perubahan kearah yang lebih baik dimana pasien sudah mulai membuka diri berinteraksi dengan lansia yang lain meskipun masih mudah marah dan tersinggung.

BAB 5**PENUTUP****5.1 Kesimpulan**

Dari hasil asuhan keperawatan Gerontik pada Ny.L dengan masalah utama gangguan interaksi sosial di Panti Jompo Pemenang Jiwa Medan dapat disimpulkan bahwa :

- a) Saat dilakukan pengkajian didapati tanda dan gejala yang sama dengan konsep teori dimana pasien dengan gangguan interaksi sosial kurang responsive atau tertarik pada orang lain, tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik, ekspresi wajah tidak responsive, tidak kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebaya, merasa tidak nyaman dengan situasi sosial, merasa sulit menerima dan mengkomunikasikan perasaan, sulit mengungkapkan kasih sayang.
- b) Terdapat kesenjangan dari diagnosa yang didapatkan pada kasus Ny.L, didapatkan 3 diagnosa keperawatan, dan sesuai dengan teori yang tercantum pada tinjauan pustaka.
- c) Pada Ny.L dilakukan intervensi keperawatan non farmakologi yaitu dengan melakukan Art Therapy.
- d) Implementasi yang dilakukan lebih difokuskan untuk tindakan yang berfokus pada melatih interaksi sosial Ny.L di panti jompo.
- e) Evaluasi keperawatan dapat berupa respon verbal , respon non verbal dan hasil pemeriksaan. Tidak semua masalah dapat teratasi, karena adanya keterbatasan waktu bagi penulis untuk melakukan asuhan keperawatan.

5.2 Saran

Diharapkan setelah menyusun laporan pendahuluan asuhan keperawatan Gerontik dengan Masalah utama gangguan interaksi sosial mahasiswa mampu meningkatkan dan mengembangkan ilmunya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldoph, R. (2016). *Konsep keperawatan Dasar*.
- Anny, |, Umami, R. M., Feroniks, K., & Ika, P. (2022). Hubungan Interaksi Sosial Dan Fungsi Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Posyandu Seroja Desa Sambian Rembang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 13(1), 176–184.
- Astuti, A. D., Basuki, H. O., & Priyanto, S. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*.
- Jamini, T., Jumaedy, F., & Agustina, D. M. (2020). Hubungan Interaksi Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan. *Jurnal Surya Medika*, 6(1), 171–176. <https://doi.org/10.33084/jsm.v6i1.1631>
- Kusuma, A. T., Safitri, N. N., Prilani, D. M., Trias Pramudita, N., Kesejahteraan, P., & Bandung, S. (2023). JSH Apresiasi Seni: Sarana Pengembangan Karakter Self Compassion. *Jurnal Sosial Humaniora*, 3(1). <https://journal.unpar.ac.id/index.php/Sapientia/issue/view/512>
- Maharani, R. P., Azzahra, R. P., Aniqotunnajma, A. N., & Mahfud, A. (2024). *Pengembangan Konseling Komunitas Dengan Teknik Art Therapy Untuk Meningkatkan Kebahagiaan Lansia*. 2(November), 229–232.
- Mujiadi, & Rachmah, S. (2021). Buku Ajar Keperawatan. In *CV Jejak, anggota IKAPI*.
- Nugroho, W. (2008). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*, Ed.3.
- Oktavianti, A., & Setyowati, S. (2020). Interaksi Sosial Berhubungan dengan

- Kualitas Hidup Lansia. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 2(2), 119. <https://doi.org/10.32807/jkt.v2i2.68>
- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *STANDART DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA* (EDISI 1).
- Prabowo, E. (2017). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Puspitasari, A., & Maria, L. (2020). Hubungan Interaksi Sosial dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Panti Werdha Pangesti Lawang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Rustida*, 7(2), 142–148. <https://doi.org/10.55500/jikr.v7i2.110>
- Putri, N. A., Zakira, I., Ayu, D., Listiani, N., Mahfud, A., Studi, P., Ilmu, F., & Semarang, U. N. (2025). *Penggunaan Art therapy Sebagai Bentuk Pencegahan Stress pada Lansia di Panti Jompo*. 2(April).
- Rahmawati, A. R. (2023). Hubungan Tingkat Kesepian Dengan Depresi Pada Lanjut Usia Di UPTD Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia. *Jurnal Ilmu Kesehatan Kejuruan*, 1(2), 1–6.
- Simorangkir, L., Ginting, A. A. Y., Saragih, I. S., & Saragih, H. (2022). *No Title*.
- Slametiningsih, Yunitri, N., Nuraenah, & Hendra. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.
- Sukmawati, A. S., Pebriani, E., & Setiawan, A. A. (2018). Terapi Swedish Massage menurunkan Tingkat Kecemasan Lansia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Wredha (BPSTW) Unit Budi Luhur Yogyakarta. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 5(2), 117–122. <https://doi.org/10.26699/jnk.v5i2.art.p117-122>

Ulfa, M., & Yahya, M. (2021). *Hubungan perubahan psikososial dengan kualitas hidup lansia*. 2, 81–88.

Yaslina, Y., Maidaliza, M., & Srimutia, R. (2021). *Aspek Fisik dan Psikososial terhadap Status Fungsional pada Lansia*. 4(2).

DOKUMENTASI**3. MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)****Batasan**

Merupakan instrument pengkajian sederhana yang digunakan untuk mengetahui kemampuan seseorang dalam berpikir atau menguji aspek kognitif apakah ada perbaikan atau semakin memburuk.

Tujuan

Untuk mengkaji kemajuan klien berhubungan dengan intervensi.

Prinsip

1. Akurat dan sistematis
2. Berkesinambungan
3. Jaga privacy klien

Alat

1. Lembar Observasi
2. Alat tulis (pulpen dan buku tulis)

No	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	✓	
	2. Musim apa sekarang?	✓	
	3. Tanggal berapa sekarang?	✓	
	4. Hari apa sekarang?	✓	
	5. Bula apa sekarang?	✓	
	6. Di Negara mana anda tinggal?	✓	
	7. Di Propinsi mana anda tinggal?	✓	
	8. Di Kabupaten mana anda tinggal?		✓
	9. Di Kecamatan mana anda tinggal?		✓
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. Kursi	✓	
	12. Meja	✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, missal "BAPAK"		
	14. K		
	15. A	✓	
	16. P	✓	
	17. A		✓
	18. B		✓
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang objek di atas		
	19. Kursi	✓	
	20. Meja	✓	
	21. Lemari	✓	


No	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan;		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut:		
	24. "Tak ada jika, dan, atau tetapi"		
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas!		
	26. Lipat dua!		
	27. Taruh di lantai!		
	b. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
	JUMLAH		

Analisa hasil:
Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

Catatan:

Analisa hasil pada My-L berada pada skor:
Nilai 24 → Tidak mengalami kerusakan kognitif.

Medan, 11-02
Pembimbing



4. INDEKS KATZ

BATASAN

Alat yang digunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis pada lanjut usia dan penyakit kronis.

TUJUAN

Menggambarkan tingkat fungsional klien (mandiri atau tergantung) dan secara objektif mengukur efek tindakan yang diharapkan untuk memperbaiki fungsi.

PRINSIP

1. Tenang dan sabar
2. Akurat dan sistematis
3. Berkesinambungan

ALAT

1. Lembar observasi
2. Alat tulis (pulpen dan kertas)

PROSEDUR

No	AKTIFITAS	Mandiri	Tergantung
1	Mandi: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		✓
2	Berpakaian Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		✓
3	Ke Kamar Kecil Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		✓
4	Berpindah Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan		✓
5	Kontinen BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)		✓

No	AKTIFITAS	Mandiri	Tergantung
6	Makan		
	Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri		
	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	✓	

Keterangan:
Beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil:

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Catatan:

Hasil : Pada Ny. L berada Pada Point
Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali
mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah
dan satu Fungsi tambahan.

Medan, 11-02-2025
Pembimbing

Disetujui dan Diketahui
Ketua Program Studi Ners Tahap Profesi STIKes St. Elisabeth

5. SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)
PENGKAJIAN FUNGSI KOGNITIF

BATASAN
Instrumen pengkajian sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia.

TUJUAN
Untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual

PRINSIP
1. Tenang dan sabar
2. Akurat dan sistematis

ALAT
1. Lembar observasi
2. Alat tulis (pulpen dan kertas, jam tangan)

PROSEDUR

No	ITEM PERTANYAAN	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang? Jawab : 11.00	✓	
2	Tahun berapa sekarang? Jawab : 2015	✓	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab : 15 Oktober 1957	✓	
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang? Jawab : 58	✓	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang? Jawab : Pabrik Lemper	✓	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : 2	✓	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : Rian	✓	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab : 1975		✓
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab : Jokowi		✓
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1? Jawab : 20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1	✓	
JUMLAH			

Analisis Hasil:
0-2 : Fungsi intelektual utuh
3-4 : Kerusakan intelektual Ringan
5-7 : Kerusakan intelektual Sedang
8-10 : Kerusakan intelektual Berat

Interpretasi:
Hasil pada My.L berada pada skor fungsi intelektual utuh.

Medan, 11-02-2015
Pembimbing

Praktek Keperawatan Gerontik Prodi Ners Tahap Profesi STIKes St. Elisabeth

Page 53

6. INVENTARIS DEPRESI BECK (IDB)

BATASAN

Sebuah alat ukur yang digunakan untuk membedakan jenis depresi yang mempengaruhi suasana hati.

TUJUAN

Membantu dalam memperkirakan beratnya depresi.

PRINSIP

1. Sabar dan tenang
2. Akurat dan sistematis
3. Berkesinambungan

ALAT

1. Lembar observasi
2. Alat tulis (pulpen dan kertas, jam tangan)

PROSEDUR

No	ITEM PERNYAAN	SKOR
1	Kesedihan	
	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tidak dapat menghadapinya	3
	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan tidak dapat keluar darinya	2
	Saya merasa sedih atau galau	1
2	Pesimisme	0
	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik	3
	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang ke depan	2
	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan	1
	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	0
3	Rasa Kegagalan	
	Saya merasa benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, istri)	3
	Seperti melihat ke belakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan	2
	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	1
4	Ketidakpuasan	0
	Saya tidak puas dengan segalanya	3
	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	2
	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	1
5	Rasa bersalah	0
	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tidak berharga	3
	Saya merasa sangat bersalah	2
	Saya merasa buruk atau tidak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik	1
	Saya merasa benar-benar tidak bersalah	0

Panduan Praktek Keperawatan Gerontik Prodi Ners Tahap Profesi STIKes St. Elisabeth

No	ITEM PERTANYAAN	SKOR
6	Tidak menyukai diri sendiri	
	Saya benci diri sendiri	3
	Saya muak dengan diri sendiri	2
	Saya tidak suka dengan diri sendiri	1
	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	0
7	Membahayakan diri sendiri	
	Saya akan membunuh diri sendiri jika saya mempunyai kesempatan	3
	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	2
	Saya merasa lebih baik mati	1
	Saya tidak mempunyai pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	0
8	Menarik diri dari social	
	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua	3
	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka	2
	Saya kurang berminat pada orang lain daripada sebelumnya	1
	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain	0
9	Keragu-raguan	
	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali	3
	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan	2
	Saya berusaha mengambil Keputusan	1
	Saya membuat keputusan yang baik	0
10	Perubahan gambaran diri	
	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan	3
	Saya merasa bahwa ada perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak menarik	2
	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik	1
	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya	0
11	Kesulitan kerja	
	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali	3
	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu	2
	Ini memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu	1
	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya	0
12	Keletihan	
	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu	3
	Saya lelah untuk melakukan sesuatu	2
	Saya lelah lebih dari yang biasanya	1
	Saya tidak lebih lelah dari biasanya	0
13	Anoreksia	
	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali	3
	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang	2
	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya	1
	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya	0

Penilaian:
0 - 4 : Depresi tidak ada atau minimal
5 - 7 : Depresi ringan
8 - 15 : Depresi sedang
≥ 16 : Depresi berat

Catatan:

Hasil Penilaian Pada Ny. L. Yaitu:
Penilaian 9 = Depresi sedang

Medan, 11-04-2025
Pembimbing







