

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Tn. S DENGAN
MASALAH GANGGUAN MEMORI DI PANTI JOMPO YAYASAN
PEMENANG JIWA SUMATERA UTARA TAHUN 2025**



Oleh:

Listen Karunia Barimbing
NIM. 052024070

**PROGRAM STUDI NERS TAHAP PROFESI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**



STIKes Santa Elisabeth Medan

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Tn. S DENGAN MASALAH GANGGUAN MEMORI DI PANTI JOMPO YAYASAN PEMENANG JIWA SUMATRA UTARA TAHUN 2025

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

Listen Karunia Barimbing
NIM. 052024070

**PROGRAM STUDI NERS TAHAP PROFESI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2025**



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 30 APRIL 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana B. Karo, M.Kep., DNSc)



STIKes Santa Elisabeth Medan

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 30 APRIL 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Vina Y.S Sigalingging , S.Kep., Ns., M.Kep

Amnita Andayani Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERESETUJUAN

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

Oleh:
Listen Karunia Barimbing
052024070

Medan, 30 April 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Anggota

(Vina Yolanda Sari Sigalingging, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

(Amnita Andayani Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karna rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyusun skripsi ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S Dengan Masalah Gangguan Memori Di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatra Utara Tahun 2025”. Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ilmu Keperawatan program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Pada penyusunan karya ilmiah ini peneliti menyadari bahwa semuanya ini tidak semata-mata hasil kerja peneliti sendiri, melainkan juga berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu baik secara materi maupun non materi. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Lindawati F. Tampubolon, S.kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan semangat.
3. Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji I yang berkenan menguji dan membimbing saya dalam penyusunan karya ilmiah ini.
4. Vina Y.S Sigalingging, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji II yang berkenan menguji dan membimbing saya dalam penyusunan karya ilmiah ini.
5. Amnita A.Y Ginting, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji III yang berkenan menguji dan membimbing saya dalam penyusunan karya ilmiah ini.



STIKes Santa Elisabeth Medan

6. Seluruh dosen dan Tenaga Kependidikan STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan memotivasi dan membantu dalam menjalani pendidikan.
7. Kedua orangtua tercinta saya Bapak Pandapotan Barimbing dan Mamak Kristina Br. Pasaribu Gorat yang telah memberikan motivasi, dukungan serta dalam bentuk material selama peneliti mengikuti Pendidikan dan penyusunan karya ilmiah akhir saya.
8. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan stambuk 2024 yang telah berjuang bersama-sama dan saling memberikan dukungan.

Dengan rendah hati peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan karya ilmiah ini, akhir kata peneliti mengucapkan banyak terimakasih semoga karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Medan, 20 April 2025

(Listen Karunia Barimbing)

RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR



Listen Karunia Barimbing, 052024070

“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S Dengan Masalah Gangguan Memori
Di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatra Utara Tahun 2025”

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Gangguan Memori

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM DAN PERSYARATAN GELAR.....	ii



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vi
RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Identifikasi Masalah.....	2
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.3.1. Tujuan umum	3
1.3.2. Tujuan khusus	3
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Manfaat teoritis	4
1.4.2. Manfaat Praktis	4
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS.....	7
2.1. Konsep Dasar Gerontik	7
2.1.1. Pengertian lansia	7
2.1.2. Batasan lansia.....	7
2.1.3. Teori proses menua pada lansia	8
2.1.4. Ciri-ciri lansia.....	8
2.1.5. Tujuan keperawatan Gerontik	8
2.1.6. Perubahan fisiologis yang lazim pada lansia.....	9
2.1.7. Prinsip etika pada pelayanan kesehatan lansia.....	10
2.2. Konsep dasar gangguan memori	11
2.2.1. Pengertian.....	11
2.2.2. Etiologi.....	11
2.2.3. Patofisiologi	12
2.2.4. Manifestasi Klinis	13
2.2.5. Pemeriksaan penunjang.....	14
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan.....	17
2.3.1. Pengkajian keperawatan	17
2.3.2. Diagnosa keperawatan.....	17
2.3.3. Intervensi keperawatan.....	18
2.3.4. Implementasi keperawatan	22
2.3.5. Evaluasi keperawatan	22
BAB 3 Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	24
BAB 4 Pembahasan	52
4.1. Gangguan Memori b.d Proses penuaan (D.0062).....	53
4.2. Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (D.0055).....	55
4.3. Gangguan interaksi sosial b.d Model peran negative (D.0118).....	55
BAB 5 Simpulan dan Saran.....	58
5.1. Simpulan	58



STIKes Santa Elisabeth Medan

5.2. Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA	60
LAMPIRAN	61



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Lansia adalah mereka yang berusia di atas 60 tahun cenderung mengalami penurunan kesehatan secara bertahap akibat dari penuaan dan dampak dari berbagai penyakit, hal ini merupakan permasalahan besar mengingat populasi lansia terus bertambah. Maka perlu adanya perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan khusus lansia. Lansia menurut WHO mengklasifikasikan usia dalam beberapa kategori yaitu usia 60 sampai 74 tahun disebut “lansia” usia 75 sampai 90 tahun “Usia tua” dan rentang usia 90 dianggap sangat tua (Sigalingging et al., 2020). Lanjut usia adalah proses alami yang tidak dapat dihindari, proses menua disebabkan oleh faktor biologi, berlangsung secara alamiah, terus menerus dan berkelanjutan yang dapat menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, biokemis pada jaringan tubuh dan mempengaruhi fungsi seperti gangguan memori, kemampuan badan dan jiwa (Syarli & Arini, 2021).

Memori atau ingatan adalah kekuatan jiwa untuk menerima, menyimpan, dan memproduksi kesan-kesan, dimana dengan adanya kemampuan untuk mengingat dan mampu menimbulkan kembali sesuatu yang pernah dialami. Tidak semua yang pernah dialami itu akan tetap tinggal seluruhnya dalam ingatan karna keterbatasan kemampuan mengingat. Semakin tinggi umur harapan hidup lansia di Indonesia maka semakin tinggi pula masalah kesehatan lansia di masyarakat khususnya gangguan memori dan pelayanan kesehatan terhadap lansia akan semakin tinggi



pula dimana pelayanan kesehatan harus dilakukan dengan baik dan professional guna untuk meningkatkan taraf hidup lansia (Ramli & Fadhillah, 2022).

Penduduk lanjut usia saat ini diseluruh dunia jumlah lanjut usia (lansia) diperkirakan lebih dari 629 juta jiwa dan pada tahun 2025 lanjut usia akan mencapai 1,2 miliar jiwa. Di negara maju populasi/ penduduk lanjut usia gangguan memori ringan (46,67%), yang mengalami gangguan memori sedang (26,67%), yang mengalami gangguan memori berat (26,67%). Menurut WHO 2021, terdapat 65,6 juta lansia di seluruh dunia yang mengalami gangguan fungsi kognitif. Di Indonesia, sekitar 121 juta lansia menghadapi gangguan kognitif, dengan persentase 5,8% laki-laki dan 9,5% perempuan. Berdasarkan hasil observasi di Desa Meranjat 2 Dusun 3 dan 4, menunjukkan bahwa terdapat 4-6 keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan memori akibat penuaan (Sari et al., 2020).

Fungsi kognitif umumnya disebabkan oleh gangguan pada sistem saraf pusat yang meliputi gangguan suplai oksigen ke otak, degenerasi/penuaan, penyakit alzheimer dan malnutrisi. Dari faktor faktor tersebut masalah yang sering terjadi pada lansia yang mengalami perubahan mental (gangguan kognitif) diantaranya gangguan orientasi waktu, ruang tempat dan tidak mudah menerima hal/ide baru. Beberapa faktor risiko terjadinya gangguan fungsi kognitif adalah usia, gender, ras, genetik, tekanan darah, payah jantung, aritmi jantung, diabetes melitus, kadar lipid dan kolesterol, fungsi tiroid, obesitas, nutrisi, alkohol, merokok dan trauma (Ramli & Fadhillah, 2022).

Salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat dalam melakukan intervensi keperawatan pada lansia dengan gangguan memori yaitu



memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Penanganan gangguan memori menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) (2019) adalah Latihan Memori yaitu dengan stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan. Tindakan tersebut berperan penting pada lansia untuk menurunkan proses kemunduran otak lansia dan menjadikan lansia mampu berperan aktif dan produktif dalam menjalankan aktivitasnya.

1.2 Identifikasi Masalah

Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S Dengan Masalah Gangguan Memori Di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatra Utara Tahun 2025.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan memori di yayasan pemenag jiwa sumatera utara tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan memori di yayasan pemenang jiwa sumatera utara tahun 2025
2. Menegakkan diagnosa pada pasien dengan gangguan memori di yayasan pemenang jiwa sumatera utara tahun 2025
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan memori di yayasan pemenang jiwa sumatera utara tahun 2025



4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan pada pasien dengan gangguan memori di yayasan pemenang jiwa sumatera utara tahun 2025
5. Mengevaluasi hasil keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien dengan gangguan memori di yayasan pemenang jiwa sumatera utara tahun 2025.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai salah satu sumber bacaan penelitian dan pengembangan ilmu asuhan keperawatan gerontik dengan masalah gangguan memori dan penelitian ini juga dapat di gunakan oleh institusi pelayanan kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi institusi pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan sebagai masukan pendidikan untuk memberikan wawasan dan pengetahuan serta informasi mengenai asuhan keperawatan gerontik dengan masalah gangguan memori pada lansia.
2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan hasil dari karya tulis ilmiah ini sebagai masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi perkembangan keperawatan gerontik dan juga sebagai acuan untuk meningkatkan pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan pada klien gangguan memori.



BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia dikaitkan dengan berbagai penurunan dalam hal kesehatan, terutama kesehatan fisik. Kualitas hidup orang tua dipengaruhi oleh status kesehatan yang menurun seiring bertambahnya usia. Bertambahnya usia diiringi dengan munculnya berbagai penyakit, penurunan fungsi tubuh, keseimbangan tubuh, dan peningkatan risiko jatuh. Tidak memperoleh akses ke pendidikan dan perawatan kesehatan, tidak memiliki jaminan hari tua, tidak memiliki dukungan sosial dari teman atau keluarga untuk merawat mereka, dan kurangnya latihan fisik adalah beberapa masalah yang dihadapi orang tua seiring bertambahnya jumlah orang tua (Ramli & Fadhillah, 2022).

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO 2019), lansia dibagi menjadi empat tahapan berdasarkan rentang usia, yaitu usia pertengahan (45-59 tahun), lanjut usia (60-74 tahun), lanjut usia tua (75-90 tahun), dan usia sangat tua (di atas 90 tahun). Namun, menurut Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2016 di Indonesia, klasifikasi lansia terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu pra lanjut usia (45-59 tahun), lanjut usia (60-69 tahun), dan lanjut usia dengan risiko tinggi (di atas 70 tahun). Secara umum, seseorang dianggap lansia ketika mencapai usia 60 Tahun (Woro, 2019).

2.1.3 Proses menua pada lansia

Teori proses menua menurut Mulyasari, (2022) ada beberapa yaitu

1. Teori Biologi

Lansia secara fisik terjadi penuaan dimulai dengan genetika, tetapi sering bertambahnya usia, proses biokimia dan fisiologis dalam tubuh juga berubah. Ahli biologi seluler dan molekuler terdapat beberapa teori penyebab terjadinya penuaan. Teori biologis ini fokus pada kepercayaan bahwa penuaan merupakan rancangan dari sebuah organisme.

2. Teori Kejiwaan Sosial

Teori kejiwaan sosial meneliti tentang pengaruh sosial terhadap perilaku manusia. Teori ini mengamati pada sikap, keyakinan dan perilaku lansia. Ada beberapa macam teori kejiwaan sosial, yakni sebagai berikut: Aktifitas atau kegiatan, Kepribadian berlanjut.

1. Teori Pembebasan

Teori ini menerangkan putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu bahwa dengan bertambahnya usia, menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Hal ini dapat mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (triple loss) yaitu kehilangan peran (loss role), hambatan kontak sosial (restraction of contacts and

relationships), dan berkurangnya komitmen (reduced commitment to social mores and values).

3. Teori Subkultur

Lansia merupakan kelompok yang memiliki norma, harapan rasa percaya, dan adat kebiasaan tersendiri sehingga dapat digolongkan sebagai subkultur, akan tetapi para lansia tersebut kurang terintegrasi pada masyarakat luas dan banyak berinteraksi sesama lansia. pada kalangan lansia status lebih ditekankan pada bagaimana ditekankan tingkat kesehatan dan kemampuan mobilitasnya, bukan pada hasil pekerjaan, ekonomi, pendidikan yang pernah dicapainya.

4. Teori strati kasi usia

Teori ini menjelaskan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur sosial yang dapat dijelaskan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur usia. Orang-orang tumbuh dengan dewasa bersama masyarakat dalam bentuk kohor dalam arti sosial, biologis, dan psikologis.

2.1.4 Ciri-ciri lansia

a) Lansia Merupakan Periode Kemunduran

Faktor fisik dan psikologis terlibat dalam penurunan fungsional pada orang lanjut usia. Motivasi memainkan peran penting dalam penurunan fungsional pada orang dewasa yang lebih tua. Motivasi yang rendah dapat mempercepat penurunan fisik pada lansia, sedangkan motivasi yang tinggi dapat memperlambat penurunan tersebut.

b) Lansia memiliki status kelompok minoritas

Sikap negatif masyarakat terhadap orang tua menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kondisi ini, pandangan negatif tersebut diperkuat dengan Persepsi yang kurang baik. Misalnya, perilaku orang tua yang keras kepala dapat menimbulkan suasana sosial yang tidak menyenangkan, sedangkan sebagian orang tua bersikap sensitif terhadap orang lain sehingga menciptakan suasana sosial yang positif.

c) Menua membutuhkan perubahan peran

Para lansia harus menyesuaikan peran mereka seiring dengan kemunduran mereka dalam banyak hal. Perubahan peran ini sebaiknya didasarkan pada keinginan sendiri dan bukan karena tekanan lingkungan. Misalnya, jika ada orang lanjut usia di masyarakat yang mempunyai peran penting sebagai ketua RW, maka masyarakat tidak boleh memutuskan untuk mengganti orang tersebut hanya karena alasan usia.

d) Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan buruk terhadap orang tua dapat memperburuk penyesuaian diri mereka karena dapat mempengaruhi perkembangan konsep diri yang negatif, yang pada akhirnya dapat memengaruhi perilaku mereka. Sebagai contoh, ketika orang tua tinggal bersama keluarga, mereka sering diabaikan dalam proses pengambilan keputusan karena dianggap memiliki pandangan yang ketinggalan zaman. Hal ini dapat menyebabkan mereka merasa terisolasi, mudah tersinggung, dan bahkan mengalami penurunan harga diri (Woro, 2018).

2.1.5 Tujuan perawatan lansia

1. Peningkatan kesehatan dalam memelihara kesehatan dan mengoptimalkan kondisi lansia dengan menjaga perilaku yang sehat.
2. Berupaya terhadap pencegahan penyakit karena proses penuaan dengan melakukan pemeriksaan secara berkala untuk sedini mungkin dapat mendeteksi ada atau tidak adanya suatu penyakit.
3. Mengoptimalkan fungsi mental dengan melakukan bimbingan rohani (pengajian, sholat berjamaah), senam lansia dan melakukan aktivitas fisik bersama lansia lainnya untuk mengoptimalkan mental dan spiritual.
4. Berupaya untuk bisa berkomunikasi atau bekerja sama dengan tim kesehatan dalam pengobatan pada penyakit yang diderita lansia, terutama lansia yang memiliki risiko tinggi pada penyakit tertentu.

2.2.6 Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia

Beberapa prinsip etika yang harus dijalankan dalam pelayanan pada lansia adalah (Woro, 2019):

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 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 patologi 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).



2.1.1 Pengertian.

Gangguan memori atau kognitif adalah kondisi patofisiologis yang dapat merusak atau mengubah jaringan otak, mengganggu fungsi serebral, tanpa memandang penyebab fisiknya. Tanda dan gejala seseorang terkena Gangguan Memori adalah sering merasa lupa. Gejala khasnya meliputi kerusakan kognitif, disfungsi perilaku, dan perubahan kepribadian. Gangguan memori ini sangat berdampak buruk di kehidupan sehari-hari bagi lanjut usia dimana jika tidak segera diatasi maka akan menimbulkan komplikasi lebih lanjut, maka di butuhkan terapi nonfarmakologis (Studi et al., 2024).

2.1.2 Etiologi

Menurut Sulistyaawati & Ari, (2023) etiologi pada gangguan memori pada lansia ada beberapa yaitu:

1. Penyakit Alzheimer (gangguan otak)
2. Dimensia Vaskular (penurunan suplai darah ke otak)
3. penyakit Pick (penurunan fungsi otak)
4. Penyakit creutzfeldt- jakob (gangguan sistem saraf)
5. Penyakit parkinson (perlambatan kognitif)
6. cedera otak

2.1.3 Manifestasi klinis

Beberapa manifestasi klinis menurut Sulistyaawati (2023), yaitu antara lain:



1. Gangguan Memori

- Mengatakan pernah mengalami pengalaman lupa
- Tidak mampu mempelajari keterampilan baru
- Tidak mampu mengingat informasi faktual
- Tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan
- Tidak mampu mengingat informasi

2. Resiko Jatuh

-

3. Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan

- Mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan penecegahannya
- Mengekspresikan tidak adanya hambatan yang berarti dalam mengintegrasikan program yang ditetapkan untuk mengatasi masalah kesehatan
- Menggambarkan berkurangnya faktor resiko terjadinya masalah kesehatan

4. Gangguan mobilitas fisik

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak

2.1.4 Klasifikasi

Demensia di bagi dalam empat stadium:

1. Stadium awal Gejala stadium awal sering diabaikan dan di salah artikan sebagai usia lanjut atau sebagai bagian normal dari proses otak menua, oleh para profesional, anggota keluarga, dan orang terdekat penyandang demensia. Karena proses penyakit berjalan sangat lambat, sulit sekali untuk menentukan kapan proses ini dimulai. Klien menunjukan gejala sebagai berikut: Kesulitan dalam berbahasa, mengalami kemunduran daya ingat secara bermakna, disorientasi waktu dan

tempat, sering tersesat ditempat yang biasa dikenal, kesulitan membuat keputusan, kehilangan inisiatif dan motivasi, menunjukkan gejala depresi dan agitasi, kehilangan minat dalam hobi dan aktifitas.

2. Stadium menengah Proses penyakit berlanjut dan masalah menjadi semakin nyata. Pada stadium ini, klien mengalami kesulitan melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari dan menunjukkan gejala seperti berikut : Sangat mudah lupa, terutama untuk peristiwa yang baru dan nama orang, tidak dapat mengelola kehidupan sendiri tanpa timbul masalah, tidak dapat memasak, membersihkan rumah, ataupun berbelanja, sangat bergantung pada orang lain, semakin sulit berbicara, membutuhkan bantuan untuk kebersihan diri (ke toilet, mandi, dan berpakaian), terjadi perubahan perilaku, adanya gangguan pribadi, sering tersesat, walaupun jalan tersebut telah dikenal (tersesat dirumah sendiri), dapat juga menunjukkan adanya halusinasi.

3. Menurut umur, terbagi atas Demensia senilis > 65 tahun, dan demensia presenilis < 65 tahun

4. Stadium lanjut Pada stadium ini terjadi: Ketidakmandirian dan inaktif yang total, tidak mengenali lagi anggota keluarga (disorientasi personal), sukar memahami dan menilai peristiwa, tidak mampu menemukan jalan disekitar rumah sendiri, kesulitan berjalan, mengalami inkontinensia (berkemih atau defekasi), menunjukkan perilaku tidak wajar di masyarakat, akhirnya bergantung pada kursi roda/tempat tidur.

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan awal meliputi pengobatan setiap penyebab demensia yang reversibel atau keadaan bingung yang saling tumpang tindih. Pasien demensia ringan dapat melanjutkan aktivitas di rumah yang relatif normal tetapi jarang di tempat kerja. Dengan berkembangnya demensia diperlukan lebih banyak pengawasan. Ketika gangguan menjadi lebih dalam, pasien membutuhkan banyak bantuan dengan aktivitas kehidupan sehari-hari. Beberapa pasien yang terganggu agak berat dapat hidup sendiri jika mereka mendapat dukungan dari masyarakat, termasuk kunjungan setiap hari dari keluarga atau teman, kunjungan teratur oleh perawat masyarakat, pemberian makanan dan bantuan dari tetangga. Beberapa individu demensia ringan menjadi terganggu orientasinya dan bingung jika dipindahkan ke lingkungan yang tidak bisa seperti rumah sakit.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Menurut Ummah (2019) terdapat beberapa pemeriksaan penunjang pada gangguan memori yaitu:

5. pemeriksaan laboratorium rutin
6. CT scan dan MRI
7. Pemeriksaan EKG
8. Pemeriksaan cairan otak
9. Pemeriksaan genetika
10. Pemeriksaan Neurologis

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan



Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada. Data yang dibutuhkan meliputi data tentang biopsikososial dan spiritual atau data yang berhubungan dengan masalah pasien serta data tentang factor-faktor yang mempengaruhi masalah pasien. Dalam pengumpulan data, perangkat atau format yang dimiliki dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara (melalui komunikasi untuk mendapatkan respon dari pasien dengan tatap muka), observasi (mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung kepada pasien), konsultasi (melakukan konsultasi kepada ahli atau spesialis), dan pemeriksaan fisik (inspeksi melalui pengamatan secara langsung pada organ yang diperiksa, palpasi dengan cara meraba organ yang diperiksa, perkusi dengan melakukan pengetukan menggunakan jari telunjuk atau palu (hammer) pada pemeriksaan neurologis dan auskultasi dengan mendengarkan bunyi bagian organ yang diperiksa, pemeriksaan laboratorium dan rontsen, dan lain-lain (Adolph, 2016).

Analisa Data

DS:

- Melaporkan pernah mengalami lupa
- Tidak mampu mempelajari keterampilan baru
- Tidak mampu mengingat informasi faktual
- Tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan
- tidak mampu mengingat peristiwa

DO:

- Tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya

Gangguan Memori (D.0062)



STIKes Santa Elisabeth Medan

-	Resiko Jatuh
DS: -Mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya. -Mengekspresikan tidak adanya hambatan yang berarti dalam mengintegrasikan program yang ditetapkan untuk mengatasi masalah kesehatan. -Menggambarkan berkurangnya faktor resiko terjadinya masalah kesehatan DO: -Pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan -Tidak ditemukan adanya gejala masalah kesehatan atau penyakit yang tidak terduga	Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)
DS: -Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas -Nyeri saat bergerak -Enggan melakukan pergerakan -Merasa cemas saat bergerak DO: -Kekuatan otot menurun -Rentang gerak (ROM) menurun -Sendi kaku -Gerakan tidak terkoordinasi -Gerakan terbatas -Fisik lemah	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah



mengidentifikasi respons pasien secara individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Adolph, 2016).

Dalam tinjauan teori diagnosa yang dapat muncul pada klien lansia dengan demensia menurut (Suparyanto dan Rosad, 2020)

1. Gangguan Memori (D.0062) berhubungan dengan proses penuaan
2. Risiko Jatuh (D.0143)
3. Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)
4. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan gangguan sensoripersepsi

3. Intervensi keperawatan

Tahap ini merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menghilangkan, atau mengurangi masalah-masalah pasien. Tahap ini juga diartikan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Kegiatan tahapan perencanaan dapat dilaksanakan (Adolph, 2016).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1. Gangguan Memori (D.0062) berhubungan dengan proses penuaan	Memori (L.09079) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x90 menit diharapkan kemampuan mengingat pada klien meningkat dengan kriteria hasil:	Latihan memori (1.06188) Observasi - Identifikasi masalah yang dialami -Identifikasi kesalahan terhadap orientasi



STIKes Santa Elisabeth Medan

	<p>1. Klien mengungkapkan kemampuan mempelajari hal baru</p> <p>2. Klien mengungkapkan kemampuan mengingat informasi faktual</p> <p>3. Klien mengungkapkan kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan</p> <p>4. Klien mengungkapkan kemampuan mengingat peristiwa</p> <p>5. Klien dapat melakukan kemampuan yang dipelajari</p>	<p>-Monitor perilaku dan perubahan memori Terapeutik</p> <p>- Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien</p> <p>-Koreksi kesalahan orientasi</p> <p>-Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu</p> <p>-Fasilitasi kemampuan konsentrasi (senam otak) - Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (seperti menanyakan kembali nama petugas) Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi</p> <p>- Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>-Ajarkan teknik memori yang tepat</p>
2. Risiko Jatuh (D.0143)	<p>Tingkat Jatuh (L.14138)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x90 menit diharapkan tingkat jatuh pada klien menurun dan keamanan lingkungan rumah klien meningkat dengan kriteria hasil:</p>	<p>Manajemen Keselamatan Lingkungan (1.14513)</p> <p>Observasi</p> <p>-Identifikasi kebutuhan keselamatan</p> <p>-Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Terapeutik</p>



STIKes Santa Elisabeth Medan

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada kejadian jatuh pada klien 2. Adanya peningkatan pemeliharaan rumah klien 3. Adanya peningkatan pencahayaan lingkungan klien 4. Adanya peningkatan kebersihan penyimpanan klien 5. Adanya peningkatan kebersihan hunian klien 6. Adanya peningkatan keamanan kunci pada pintu klien 7. Adanya peningkatan keamanan kunci pada jendela klien 8. Menunjukan adanya pemasangan handrail 9. Adanya peningkatan kemudahan akses ke kamar mandi klien 10. Adanya perangkat bantu klien 11. Adanya peningkatan pemeliharaan peralatan rumah 	<ul style="list-style-type: none"> -Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan -Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko -Sarankan menyediakan alat bantu keamanan lingkungan -Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi - Informasikan klien dan keluarga tentang risiko bahaya lingkungan
3. Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)	Manajemen Kesehatan (L.12104) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x90 menit diharapkan	Manajemen Perilaku (1.12463) Observasi



STIKes Santa Elisabeth Medan

	<p>manajemen kesehatan pada klien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko 2. Klien menerapkan program perawatan 3. Aktivitas sehari-hari klien efektif memenuhi tujuan kesehatan 4. Klien mengungkapkan tidak kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik -Diskusikan tanggungjawab terhadap perilaku -Jadwalkan kegiatan terstruktur -Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan -Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku -Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan -Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi -Informasikan keluarga klien bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif
4. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x90 menit diharapkan mobilitas fisik pada klien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menggerakkan ekstremitas 2. Kekuatan otot klien meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p>



	<p>3. Rentang gerak (ROM) klien meningkat</p> <p>4. Tidak ada nyeri saat bergerak</p> <p>5. Tidak ada kaku sendi pada klien</p> <p>6. Tidak ada gerakan tidak terkoordinasi</p> <p>7. Tidak ada keterbatasan gerak</p> <p>8. Tidak ada kelemahan fisik</p>	<p>-Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>-Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>-Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
<p>4. Implementasi Keperawatan</p> <p>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).</p> <p>5. Evaluasi Keperawatan</p> <p>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</p>		



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 (Adolph, 2016).



BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

1. Biodata

Nama : Tn. S
Jenis kelamin : Laki Laki
Umur : 64 tahun
Status perkawinan : Menikah
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Protestan
Pendidikan terakhir : SMA
Alamat : Jambi
Tanggal masuk panti :
Tanggal pengkajian : 23 Januari 2024
Diagnosa medis : Dimensia

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan utama

Tn. S suka bepergian sendiri, tidak ingat jalan pulang serta tidak tahu umur dan tahun ia lahir, tidak mampu mengingat peristiwa dan tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan.

Tn. S mengatakan sering sakit pada leher bagian belakang.

b. Riwayat penyakit saat ini

Saat ini Tn. S memiliki riwayat penyakit darah tinggi sehingga klien mengonsumsi obat amlodipine

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Tn. S Pernah dirawat di Rumah Sakit karena penyakit tipes.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Tn. S tidak mengetahui riwayat kesehatan keluarga nya.

3. Pola aktivitas sehari-hari

a. Pola tidur/ istirahat



STIKes Santa Elisabeth Medan

Sebelum sakit : Sebelum sakit Tn. S dapat tidur malam di jam 22.00 tidur dengan nyanyak dan bangun pagi pada jam 06.00, Tn. S tidak pernah tidur siang

Saat sakit : Tn. S mengatakan semenjak sakit dia tidur malam tidak tentu jam berapa kadang ia tidur jam 22.00 dan merasa kesulitan untuk memulai tidur, sering terbangun dini hari, tidak puas tidur di malam hari, sering merasa terjaga, wajah tampak lesu dan mengantuk.

b. Pola eliminasi

Sebelum sakit : Tn. S sebelumnya untuk BAB dan BAK lancar dan tidak ada masalah.

Saat sakit : Sejak sakit Tn. S juga tidak memiliki masalah dalam BAB dan BAK, sesekali menggunakan pampers untuk BAK namun tidak membuang popoknya ke tempat sampah, melainkan menyimpannya didalam tas

c. Pola makan dan minum

Sebelum sakit : Tn. S Sebelum sakit mampu makan dan menyiapkan sendiri makanannya.

Saat sakit : Saat ini Tn. S makan 3x sehari, tetapi untuk makanan nya harus diambulkan dan terkadang Tn. S mau makan dikamar.

d. Kebersihan diri

Sebelum sakit : sebelum sakit Tn. S Mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri dan mandi 2x sehari

Saat sakit : saat ini Tn. S kadang mandi didampingi oleh penjaga/teman nya, karena beliau selalu mengatakan sudah mandi walau kenyataannya belum, saat mandi pun Tn. S hanya menyiram air ke tubuh nya lalu selesai tanpa sabun dll.

e. Pola kegiatan atau aktivitas

Sebelum sakit : saat masih sehat, Tn. S bekerja sebagai kariawan swata.



STIKes Santa Elisabeth Medan

Saat sakit : Saat ini Tn. S Mengikuti setiap kegiatan yang ada di YPJ seperti pendalaman rohani, rekreasi, dan terkadang juga mau ikut senam pagi.

f. **Penggunaan bahan yang merusak kesehatan** : Tn. S tidak pernah menggunakan bahan yang berpotensi merusak kesehatan.

g. **Riwayat alergi** : Tn. S Tidak memiliki riwayat alergi baik makanan maupun obat-obatan.

4. DATA PSIKOSOSIAL

a. **Pola komunikasi** : Tn. S mampu berkomunikasi dengan baik, namun saat diajak bicara selalu melihat ke arah lain (tidak ada kontak mata) dan menjawab seadanya saja bahkan mau langsung pergi saat diajak bicara

b. **Orang yang paling dekat dengan pasien:** Tn. S mengatakan orang yang paling dekat dengannya adalah anak-anaknya, namun di Yayasan pemenang jiwa orang yang paling dekat dengannya adalah rudi, mas andi

c. **Hubungan degan orang lain** : Tn.S jarang mau berbaaur dengan sekitar nya, namun jika sudah sangat merasa bosan ia mau bergabung dan kadang juga dia menyendiri dan bernyanyi dengan sendirinya.

d. **Data kognitif** : Tn. S tidak dapat menyebutkan dengan benar data-data tentang dirinya juga ia tidak tau tanggal lahirnya.

5. DATA SPIRITUAL

a. **Ketaatan beribadah** : Tn. S Mengatakan Ia adalah seorang umat Kristen yang taat beribadah. Dan saat diminta memimpin Doa beliau dapat memimpin doa dengan baik walaupun dengan bahasa yang bercampur

b. **Keyakinan tentang konsep sehat sakit** : Saat ditanya tentang konsep sehat sakit Tn. S Hanya mengatakan YA dan menganggun-

angguk. Dalam arti lain Tn. S Tidak dapat menjelaskan tentang konsep sehat sakit.

6. Pemeriksaan fisik

- a. **Penampilan umum:** Tn. S dalam keadaan sadar, berpenampilan biasa dengan menggunakan baju kaos, kadang kemeja dan selalu menggunakan celana pendek, kuku bersih dan tidak panjang, Rambut sebatas pendek dan dalam keadaan bersih.

b. **Tanda-tanda vital**

TD: 180/75

HR: 82X/Mnt

RR: 20x/mnt

T: 36,7

c. **Pemeriksaan kepala dan leher**

1. **Kepala** : kepala tampak bersih dengan rambut yang sudah memutih, tidak ada ketombe dan tidak ada luka pada kepala.
2. **Wajah** : wajah tampak bersih, mengkerut dan tidak ada luka
3. **Mata** : Mata simetris, ketika disuru membaca Tn. S mulai kesulitan karna sudah mulai rabun.
4. **Hidung** : Hidung tampak bersih, tidak ada polip dan tidak ada lesi pada kedua lobang hidung.
5. **Mulut dan faring:** Mulut tampak kurang bersih, gigi banyak plak dan beberapa sudah ompong.

- d. **Pemeriksaan integument/kulit** : Kulit tampak keriput dan kering/bersisik dengan warna sawo matang, CRT lebih kurang 3 detik tidak ada edema dan lesi, tidak ada luka, kulit tampak ada bercak-bercak hitam.

e. **Pemeriksaan thorax dan dada**

1. **Inspeksi** : Dada tampak simetris, pengembangan kedua lapang dada sama, tidak ada lesi dan edema.



STIKes Santa Elisabeth Medan

2. **Palpasi** : Frenitas dada kanan dan kiri menghasilkan suara yang sama.

3. **Perkusi** : terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru.

4. **Auskultasi** : Tidak ada bunyi nafas tambahan yang dihasilkan, suara nafas terdengar vaskuler/ normal.

f. **Pemeriksaan abdomen**

1. **Inspeksi** : perut tampak baik, tidak ada lesi ataupun edema.

2. **Palpasi** : Hasil peristaltic usus dalam batas normal yaitu kurang lebih 22x/i.

5. **Perkusi** : suara perkusi tympani pada kedua lapang paru.

3. **Auskultasi** : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi abdomen dan tampak normal.

g. **Pemeriksaan muskuloskeletal**: Tn. S dapat melakukan pergerakan tangan dengan bebas, sehingga ia bebas mau melakukan aktivitas apapun

h. **Pemeriksaan neurologis** : Tn. S mampu merasakan nyeri pada bagian tubuh (keseluruhan).

7. **Pemeriksaan penunjang**

a. **Laboratorium** : Tidak ada hasil pemeriksaan laboratorium

b. **Foto rongent** : Tidak ada hasil pemeriksaan foto rongen

8. **Penatalaksanaan dan terapi**

a. **Therapy**

Paracetamol 2x1	Untuk mengurangi demam dan pusing (dikonsumsi oleh Tn. S saat demam saja)
-----------------	---



STIKes Santa Elisabeth Medan

Amlodipine 10 mg 1x1	Untuk mencegah terjadinya peningkatan tekanan darah atau untuk mengobati hipertensi (dikonsumsi oleh Tn. S sekali sehari saat selesai makan malam)
Resperidone 2x1	Untuk menyeimbangkan kadar dopamine dan serotonin di otak, zat yang membantu mengatur suasana hati, perilaku dan pikiran (dikonsumsi oleh Tn. S pada saat setelah makan pagi dan makan malam)

Penatalaksanaan perawatan :

1. Melakukan pengukuran indeks Katz untuk mengetahui tingkat kemandirian Tn. S
2. Melakukan pengkajian MSSE Untuk menilai kemampuan kognitif Tn. S
3. Melakukan pengkajian SPMSQ, Untuk menilai fungsi intelektual



STIKes Santa Elisabeth Medan

A. ANALISA DATA

TGL	SYMPTOM	PROBLEM	ETIOLOGI
22/01/25	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">Klien mengatakan tidak tau dia berada di manaTidak tau tanggal dan bulan hari iniSerta tidak tau tanggal lahir dirinyaTidak mampu mengingat peristiwaTidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">Tn. S tampak sering lupa dengan hal yang baru ia lakukanTidak tau jalan menuju ke kamarnyaTidak mampu mengingat nama seseorang yang baru saja memperkenalkan diri.Selalu berusaha mencari-cari sesuatu yang dia sendiri tidak tau sedang mencari apaHasil pengkajian pengkajian MSSE diperoleh nilai 14, hal ini menunjukkan Tn. S Mengalami kerusakan kognitif.Hasil pengkajian SPMSQ: 5 <p>salah skore (kerusakan intelektual sedang)</p>	Gangguan Memori	Efek agen farmakologi
22/01/25	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">Tn. S mengatakan kesulitan untuk memulai tidur malam	Gangguan Pola Tidur	Kurangnya Kontrol Tidur



STIKes Santa Elisabeth Medan

	<ul style="list-style-type: none">• Tn. S mengatakan sering terbangun di malam hari dan kesulitan untuk tidur kembali.• Mengeluh sulit tidur• Mengeluh sering terjaga• Tidak puas tidur• Mengeluh istirahat tidak cukup <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tn. S sering menguap di pagi hari• Wajah tampak lesu, tidak bersemangat karena merasa ngantuk		
22/01/25	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan orang-orang disekitarnya adalah penjahat yang ingin mencuri tasnya• Merasa tidak nyaman dengan lingkungan sekitarnya• Merasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan• Sulit mengungkapkan kasih sayang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kurang responsive dan kooperatif bila diajak ngobrol• Kurang berminat melakukan kontak fisik• Selalu mengepit tas di ketiak karena takut dicuri orang.• Ekspresi wajah tidak responsif	Gangguan interaksi sosial	Model peran negative



B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan
1.	22 januari 2025	Gangguan memori b/d efek agen farmakologi (D.0062). ditandai dengan klien tidak tau sedang berada dimana, tidak tau tanggal hari ini dan tidak tau tanggal lahirnya sendiri, tidak mampu mengingat peristiwa dan tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan. Klien juga mengatakan sudah mandi, namun nyatanya belum, dan menyimpan popok yanag sudah dipake didalam tas.
2.	22 januari 2025	Gangguan pola tidur b/d kurangnya kontrol tidur (D.0055). ditandai dengan Klien mengatakan mengatakan sulit tidur dimalam hari, mengeluh sering terjaga, sering terbangun dini hari, mengeluh tidak puas tidur di malam hari, jam tidur berubah, Sering menguap dan mengatuk, Wajah pasien tampak lesu dan tampak mengatuk
3.	22 januari 2025	Gangguan interaksi sosial b/d Model peran negative (D.0118). Ditandai dengan tidak mau berinteraksi dengan orang lain karena menganggap orang lain adalah penjahat yang ingin mencuri tasnya, tidak mau berbaur dan tidak responsive bila diajak berbicara.



STIKes Santa Elisabeth Medan

C. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tgl	Diagnose keperawatan	SLKI	SIKI
25/01/25	Gangguan memori b/d efek agen farmakologi	<p>Memori (L.09079). Hal 64</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam memori meningkat dengankriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mempelajari hal baru meningkat 2. Verbalisasi kemampuan mengingat meningkat 3. Kemampuan mengingat peristiwa meningkat 	<p>Latihan memori (1.06188) hal 143</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah memori yg dialami 2. Identifikasi kesalahan terhadap orientasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stimulus pikiran denganmengulang pikiran yang terakhir 2. Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu bila perlu 3. Fasilitasi kemmpuan konsentrasi cth, bermain 4. Stimulus menggunakan mengulang kembali memori mis: bertanya kemana saja baru pergi akhir-akhirie ini <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tehnik memori yang trpat, mis: imajinasi visual, membuat daftar, dan papa nama <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk pada retapi okupasi, bila perlu
26/01/25	Gangguan pola tidur b/d kurangnya kontrol tidur	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dala 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria:</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi:</p>



STIKes Santa Elisabeth Medan

		<p>1. Keluhan sulit tidur</p> <p>menurun</p> <p>2. Keluhan sering terjaga menurun</p> <p>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis)</p> <p>3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Modifikasi lingkungan (misalnya kebisingan, pencahayaan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p>
--	--	---	---



STIKes Santa Elisabeth Medan

			<p>2. Batasi waktu tidur siang</p> <p>4. Tetapkan jadwal rutin tidur</p> <p>Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur sampai terjaga</p> <p>Edukasi: Ajarkan teknik relaksasi otot atau cara nonfarmakologi lainnya.</p>
27/01/25	<p>Gangguan Interaksi Sosial b/d Model peran negative (PPNI, 2018a)</p>	<p>Interaksi sosial (L.13115) Hal 36</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam 3x24 jam diharapkan interaksi sosial meningkat, dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan yang nyaman dengan situasi sosial 2. Responsive pada orang lain 3. Minat melakukan kontak emosional dan fisik (PPNI, 2018c) 	<p>Modifikasi perilaku keterampilan sosial (1.13484) hal 234</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab kurangnya interaksi sosial 2. Identifikasi focus latihan keterampilan interaksi sosial <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi untuk latihan keterampilan sosial 2. Beri umpan balik positif 3. Libatkan keluarga selama latihan keterampilan sosial bila perlu <p>Edukasi Latih keterampilan sosial secara bertahap (PPNI, 2018b)</p>



STIKes Santa Elisabeth Medan

C. TINDAKAN KEPERAWATAN

No Dx	Tanggal/ Jam	Implementasi	Ttd
1	25/01/2025 09:20	-Mengajak Tn. S untuk mengontrol stimulus memori dengan menyebut 3 benda	L
3	10:00	-Mengajak Tn. S bermain Lumbung sambil bercerita	
2	11:03	-Memberikan edukasi pada Tn. S untuk tidak meminum/makan-makan yang mengandung kopi sehingga mengganggu pola tidur.	K
2	11:06	-Mengarahkan Tn. S untuk membatasi tidur siang	
1	11:25	- Memfasilitasi klien untuk mencatat kegiatan sehari-hari pulpen (catatan) untuk membantu mengingat kegiatan sehari-hari.	B
1,2	26/01/2025 14:50	- Menanyakan kabar dan tidur tadi malam, menanyakan jadwal tidur Tn. S (menulis dicatat kegiatan dan menetapkan jadwal tidur Tn. S) dan mengajak Tn. S untuk merapikan tempat tidur.	L
3	15:00	-Mengajak Tn. S untuk ikut serta dalam kegiatan TAK (memasukkan bola sesuai warna)	
1	16:00	-Mengajak Tn. S untuk berbagi cerita tentang pengalaman masa lalunya, tentang bagaimana dia bekerja saat masih bekerja	K
3	16:30	- Bernyanyi bersama Tn. S dengan judul lagu "yesus kekasih jiwaku"	
1,2,3	19:00	-Memberikan obat pada Tn. S	B
1	27/01/2025 15:00	-Mengajak Tn. S untuk melakukan brain gym dengan cara telapak tangan kanan dan kiri melakukan gerakan mengepal dan tidak mengepal yang berbeda (meningkatkan konsentrasi)	L
1	16:40	-Menanyakan apasaja aktivitas yang sudah dilakukan dari pagi dan mengecek catatan	K



STIKes Santa Elisabeth Medan

2	16:20	kegiatan Tn. S -Menyakan dan memastikan jadwal tidur sudah terlaksana atau tidak, dan memastikan apakah klien sudah merapikan tempat tidur.	
3	16:35	-Memotivasi Tn. S untuk maju ke depan untuk bersaksi saat ibadah sore	
2	17:15	- Memberikan edukasi pada Tn. S untuk tidak meminum/makan-makan yang mengandung kopi sehingga mengganggu pola tidur.	B

C. EVALUASI

Tanggal/NO. Dx	SOAP
25 januari 2025 1	S: Tn. S mengatakan tidak tau saat ini dia berada, ia juga tidak tau hari ini hari apa O: Terlihat kebingungan seperti mencari sesuatu, saat ditanya kegiatan yang sudah dilakukan lupa -Hasil MMSE 14(<21). Hasil pengkajian SPMSQ: 5 skor salah (kerusakan intelektual sedang) A: Masalah keperawatan gangguan memori P: Lakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan
2	S: Tn. S megatakan sulit tidur dimalam hari, sering terbangun, mengeluh tidak puas tidur dimalam hari. O: -Sering menegupap dan mengantuk -Wajah tampak lesu dan tampak mengantuk A: Gangguan pola tidur



STIKes Santa Elisabeth Medan

		P: Lakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan
	3	<p>S: Klien mengatakan orang-orang disekitarnya adalah penjahat yang ingin mencuri tasnya</p> <p>O: klien memperlihatkan reaksi curiga pada orang yang mendekatinya, tidak mau berbaur, menghindari kontak fisik dan cenderung diam</p> <p>A: masalah keperawatan gangguan interaksi sosial</p> <p>P: Lakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan</p>
26 januari 2025	1	<p>S: -</p> <p>O: Terlihat kebingungan seperti mencari sesuatu, lupa bahwa dia sudah makan dan dan tidak tau arah menuju ke kamarnya.</p> <p>A: Masalah keperawatan gangguan memori belum teratasi.</p> <p>P: intervensi keperawatan diteruskan</p>
	2	<p>S: Tn. S mengatakan masih slit tidur dimalam hari, sering terbangun dini hari, mengeluh tidk puas tidur malam hari</p> <p>O: -Tampak sering menguap dan mengantuk</p> <p>-Wajah masih tampak lesu</p> <p>A: Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: intervensi keperawatan diteruskan</p>
	3	S: Klien mengatakn orang-orang disekitarnya adalah penjahat yang ingin mencuri tasnya



STIKes Santa Elisabeth Medan

	<p>O: klien memperlihatkan reaksi curiga pada orang yang mendekatinya, perlahan-lahan sudah mau berbicara dan berceita.</p> <p>A: masalah keperawatan gangguan interaksi sosial belum teratasi</p> <p>P: intervensi keperawatan diteruskan</p>
27 januari 2025	<p>S: Tn. S mengatakan masih sering lupa apa yang ingin dikerjain</p> <p>-Tn. S mengatakan belum ingat tanggal lahir nya dan bulan tahun lahirnya.</p> <p>O: Tampak saat melakukan permainan Lumbung menghitung anak lumbung masih terlupa beberapa angka.</p> <p>-Tn. S dapat mengikuti Brain Gym dengan baik.</p> <p>A: Masalah keperawatan gangguan memori belum teratasi.</p> <p>P: intervensi keperawatan diteruskan</p>
1	
2	<p>S: -Tn. S mengatakan dia cepat tidur dimalam hari, namun masih sering terbangun dini hari, masih mengeluh tidak puas tidur</p> <p>O: -Tampak sering menguap dan mengantuk</p> <p>-wajah masih terlihat lesu</p> <p>A: Masalah keperawatan Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: intervensi keperawatan diteruskan</p>
3	S:-



STIKes Santa Elisabeth Medan

O: Tn.S tampak sudah lebih mau berbaur dengan yang lain, namun masih terlihat menjaga jarak dan menghindar bila ada yang mendekat

A: Masalah keperawatan gangguan interaksi sosial teratasi sebagian

P: intervensi keperawatan ditruskan

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 januari 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.

Data subyektif yang didapatkan yaitu melalui penanggung jawab mengatakan bahwa Tn. S sudah mudah lupa sejak Tahun 2020, diantar ke kYPJ tahun 2020 dan daya ingat semakin menurun dari tahun ke tahun yang. Hal tersebut didukung oleh data obyektif yang didapatkan baik dari Tn. S maupun Miss penanggung jawab, yaitu hasil pemeriksaan Mini Mental Status Exam (MMSE Tn. S yaitu 14 diartikan mengalami gangguan kognitif dan hasil pemeriksaan Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) yaitu kesalahan total 5, termasuk kerusakan intelektual Sedang.

Berdasarkan batasan karakteristik untuk kerusakan memori, kondisi yang diperoleh saat mengkaji Tn. S lupa dengan orang, waktu dan tempat dibuktikan dengan Tn S tidak dapat menjawab pertanyaan penulis tentang orientasi orang, waktu, dan tempat.

Berdasarkan teori dan kenyataan yang ada, tidak terdapat kesenjangan. masalah-masalah yang dihadapi Tn. S merupakan hal yang wajar dan merupakan salah satu penyakit tua, jadi tidak perlu diobati, namun tetap membutuhkan bantuan, dukungan moral dan pendampingan.

1.1 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 di lapangan, pada konsep teori ditemukan ada 4 diagnosa yaitu gangguan memori, resiko jatuh, kesiapan peningkatan manajemen kesehatan, gangguan mobilitas fisik. Sementara diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan keluhan, wawancara dan pengkajian yang dilakukan pada Tn. S dan serta keadaan nyata yang ditemukan pada klien adalah:

1. Gangguan memori b/d Efek agen farmakologi

Menurut (PPNI, 2018a) gangguan Memori adalah ketidakmampuan mengingat beberapa peristiwa atau perilaku. Hal ini disebabkan oleh Ketidakadekuatan stimulasi intelektual, gangguan sirkulasi ke otak, gangguan volume cairan dan/atau elektrolit, Proses penuaan, Hipoksia, Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang), Efek agen farmakologis, Penyalahgunaan zat dan Faktor psikologis (mis. kecemasan, depresi, stres berlebihan, berduka, gangguan tidur)

Berdasarkan hasil observasi penulis gangguan memori yang dialami oleh Tn. S disebabkan oleh proses penuaan. Gejala-gejala yang sering muncul adalah tidak

mampu mengingat peristiwanya, tidak mampu mengingat informasi dan juga tidak memahami fungsi dan kegunaan alat-alat yang ada di sekitarnya.

Berdasarkan hasil observasi tersebut penulis berinisiatif untuk selalu mengulang dan bertanya-tanya tentang pengalaman-pengalaman klien dimasa lalu sehingga dengan hal itu diharapkan gangguan memori yang dialami klien dapat teratasi sedikit-sedikit.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Syifak & Noventi, 2023) yang melakukan Pemberian Reminiscence Therapy dilakukan secara individu dengan cara memotivasi lansia untuk mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu. Tujuan dari pemberian terapi ini adalah untuk meningkatkan sosialisasi dan hubungan dengan orang lain, meningkatkan fungsi memory, dan kemampuan berkomunikasi. Dalam pemberian terapi ini akan membuat lansia mengingat kejadian masa lalu (recall) dari merecall bagain otak yaitu hipokampus akan bekerja.

Hipokampus berperan penting dalam fungsi memori yaitu untuk memproses informasi, kemudian dari hipokampus akan mengaktifkan neurotransmitter asetilkolin yang akan ditransmisikan impulsnya sehingga fungsi memori tersalurkan dan dapat meningkatkan fungsi kognitif. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pemberian Reminiscence Therapy dapat meningkatkan gangguan fungsi memori pada lansia. Sehingga asumsi peneliti tentang pemberian Reminiscence Therapy berpengaruh pada peningkatan fungsi memori pada lansia

Berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan oleh penulis selama 3x 24 jam tentang memotivasi lansia mengingat kembali kejadian dan pengalaman masa lalu

belum memberikan dampak yang berpengaruh, dimana kebiasaan klien masih tetap sama. Sehingga penulis mengambil kesimpulan Rherapy reminiscence ini akan berpengaruh bila dilakukan berulang-ulang sesering mungkin.

2. Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur

Menurut (PPNI) gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Hal ini disebabkan oleh hambatan lingkungan (Mis. Kelembapan lingkungan, suhu lingkungan, pencahayaan, bau tidak sedap, dll), kurang kontrol tidur, kurang privasi, Restaint fisik, ketiadaan teman tidur dan tidak familiar dengan lingkungan atau peralatan tidur.

Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam terdapat perkembangan klien dalam melakukan

3. Gangguan Interaksi Sosial b/d Model peran negative

Menurut (PPNI, 2018a) gangguan interaksi sosial adalah kuantitas dan kualitas hubungan sosial yang kurang atau berlebih. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor antara lain Defisiensi bicara, Hambatan perkembangan/maturase, Ketidadaan terdekat, Perubahan neurologis (mis. Kelahiran, prematur, distress 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 dilakukan intervensi selama 3x24 jam terdapat perkembangan klien dalam melakukan interaksi sosial, hal ini didasari ketika perawat melakukan satu therapy yakni massage swadish. Ketika dilakukan massage swadish awalnya klien

menolak, namun seiring berjalannya waktu akhirnya klien mau dilakukan massage swedish. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan penulis klien menjadi lebih kooperatif saat diajak bercerita, ketika dilakukan massage swedish, penulis berspekulasi hal ini terjadi karena klien merasa dirinya diperhatikan dan merasa nyaman dengan itu.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Sukmawati et al., 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. Persepsi positif selanjutnya ditransmisikan dalam sistem limbik dan korteks serebral dengan tingkat konektifitas yang kompleks antara batang otak-hipotalamusprefrontal kiri dan kanan-hipokampusamigdala.

Transmisi ini menyebabkan keseimbangan antara sintesis dan sekresi neurotransmitter seperti GABA (Gamma Amino Butiric Acid) dan antagonis GABA oleh hipokampus dan amigdala. Persepsi positif yang diterima dalam sistem limbic akan menyebabkan amigdala mengirimkan informasi kepada LC (locus coeruleus) untuk mengaktifkan reaksi saraf otonom. LC akan mengendalikan kinerja saraf otonom ke dalam tahapan homeostasis. Rangsangan saraf otonom yang terkendali menyebabkan sekresi epinefrin dan norepinefrin oleh medulla adrenal menjadi terkendali. Keadaan ini akan mengurangi semua manifestasi gangguan kecemasan dan gangguan interaksi sosial.



4.3 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)

4.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun, penulis melakukan tindakan keperawatan selama enam kali pertemuan dengan klien. Semua tindakan yang tercantum dalam intervensi belum semua dilakukan karena keterbatasan waktu. Selama dilakukan tindakan keperawatan, klien mulai kooperatif pada pertemuan ke 5.

4.5 EVALUASI

Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan, terdapat 2 diagnosa keperawatan yang belum teratasi yakni gangguan memori b/d proses penuaan dan gangguan pola tidurb/d kurang kontrol tidur. Sementara diagnose keperawatan gangguan interaksi sosial b/d model peran negative teratasi sebagian.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Dari hasil asuhan keperawatan Gerontik pada Tn. S dengan gangguan memori dipanti jompo yayasan pemenang jiwa sumatera utara pada tanggal 22 januari 2025 dapat disimpulkan bahwa :

1. Saat dilakukan pengkajian didapati tanda dan gejala yang sama dengan konsep teori dimana pasien lansia dengan gangguan mobilitas fisik ditemukan adanya perubahan fisik, perubahan mental, perubahan psikososial, perubahan spiritual yang mengakibatkan adanya tampak kemunduran dalam kemampuan berjalan dan beraktifitas sehari-hari. Sehingga pengkajian harus difokuskan pada observasi perubahan fisik lansia.
2. Terdapat kesenjangan dari diagnosa yang didapatkan pada kasus Tn. S didapatkan 3 diagnosa keperawatan, dengan diagnosa teori yang tercantum pada tinjauan pustaka.
3. Pada Tn. S dilakukan intervensi keperawatan non farmakologi yaitu dengan melakukan brain gym.
4. Implementasi yang dilakukan lebih difokuskan untuk tindakan yang berfokus pada kegiatan melatih otak pada gangguan memori.
5. 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 dan keadaan pasien yang belum membaik seutuhnya.

5.2 Saran

Diharapkan setelah menyusun laporan pendahuluan asuhan keperawatan Gerontik dengan gangguan memori ini mahasiswa mampu mengembangkan ilmunya dan meningkatkan nya.



DAFTAR PUSTAKA

- Adolph, R. (2016). *Konsep Keperawatan Dasar*.
- Mulyasari, D. W. (Ed.). (2022). *Pengantar Keperawatan Gerontik* (Dewi sari,). 2022.
- PPNI, T. P. S. D. (2018a). *STANDART DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA* (EDISI 1).
- PPNI, T. P. S. D. (2018b). *STANDART INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA* (EDISI 1).
- PPNI, T. P. S. D. (2018c). *STANDART LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA* (EDISI 1).
- Ramli, R., & Masyita Nurul Fadhillah. (2022). Faktor yang Mempengaruhi Fungsi Kognitif Pada Lansia. *Window of Nursing Journal*, 01(01), 23–32.
<https://doi.org/10.33096/won.v1i1.246>
- Sari, yuli permata, Riasmini, ni made, & Guslinda. (2020). Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Preoperasi Bedah Mayor di Ruang Teratai. *Menara Ilmu*, XIV(02), 133–147.
- Sigalingging, G., Sitopu, S., & Sihaloho, L. (2020). Karakteristik Lansia Usia yang Mengalami Gangguan Memori. *Jurnal Darma Agung Husada*, 7(1), 33–44.
- Studi, P., Ners, P., Kedokteran, F., & Sriwijaya, U. (2024). *Seminar Nasional Keperawatan “ Optimalisasi Praktik Keperawatan Dewasa Pendekatan Paliatif dalam Mengelola Diabetes Melitus untuk Meningkatkan Kualitas*



*Hidup ” Tahun 2024 ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN
LANSIA YANG MENGALAMI GANGGUAN MEMORI : STUDI KA.*

- 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>
- Sulistyaawati, A. (2023). *gangguan mental pada lansia*. 2023.
- Suparyanto dan Rosad. (2020). Demensia. *Suparyanto Dan Rosad*, 5(3), 248–253.
- Syarli, S., & Arini, L. (2021). Faktor Penyebab Hipertensi Pada Lansia: Literatur Review. *Ahmar Metastasis Health Journal*, 1(3), 112–117.
<https://doi.org/10.53770/amhj.v1i3.11>
- Syifak, S., & Noventi, I. (2023). Therapy Reminiscence: Sebagai Upaya Meningkatkan Memori pada Lansia dengan Demensia. *Jurnal Keperawatan STIKES Kendal*, 16(2), 571–580.
- Ummah, M. S. (2019). Seminar Nasional Keperawatan “ Optimalisasi Praktik Keperawatan Dewasa Pendekatan Paliatif d alam Mengelola Diabetes Melitus untuk Meningkatkan. *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1–14.
- Woro, S. (2018). Modul bahan ajar Farmakologi. *Pundik SDM Kesehatan*.



LAMPIRAN



STIKes Santa Elisabeth Medan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan : Senam Otak (Brain Gym)

Subpokok Bahasan : Senam Otak (Brain Gym)

Sasaran : Lansia

Hari/Tanggal :

Waktu : 40 menit

Tempat : Pemenag Jiwa

Pembicara : Perawat

A. Tujuan

1. Umum

Setelah selesai mengikuti senam otak, para lansia dapat menerapkan senam otak sebagai kegiatan olahraga rutin.

2. Khusus

Setelah selesai mengikuti senam otak selama 1x45 menit, para lansia mampu :

- Memahami konsep senam otak untuk lansia
- Mengikuti senam otak dengan lancar sampai selesai
- Mendemonstrasikan senam otak

B. Metode

Praktek senam otak

C. Media dan Alat

- Laptop
- Kursi
- Gelas dan air minum

D. Kegiatan

No	Komunikator	Komunikan	Waktu
1	Pre-interaksi Memberi salam dan memperkenalkan diri	Menjawab salam	5 menit
2	Menjelaskan tujuan penyuluhan dan tema penyuluhan	Mendengarkan	
3	Apersepsi dengan menanyakan pengetahuan mengenai senam otak	Mendengarkan	



STIKes Santa Elisabeth Medan

4	Isi Menjelaskan dan menguraikan tujuan senam otak.	Memperhatikan penjelasan	30 menit
5	Menjelaskan prosedur senam otak.	Memperhatikan simulasi	
6	Demonstrasi dan pelaksanaan senam otak.	Simulasi bersama lansia	
7	Memberikan kesempatan kepada lansia untuk bertanya.	Menanyakan hal yang belum dimengerti	
8	Menjawab pertanyaan.	Mendengarkan jawaban	
9	Penutup Menyimpulkan kegiatan yang telah disampaikan	Memperhatikan kesimpulan materi	5 menit
10	Melakukan evaluasi dengan mengajukan pertanyaan.	Menjawab pertanyaan	
11	Menutup penyuluhan dan mengucapkan salam	Menjawab salam	

E. Materi Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian

Brain Gym serangkaian latihan gerak sederhana untuk memudahkan kegiatan atau melatih kemampuan memori

2. Tujuan

Gerakan Brain Gym dibuat untuk mempertahankan bahkan meningkatkan kemampuan fungsi kognitif lansia (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

3. Manfaat

Gerakan-gerakan ringan dengan permainan melalui olah tangan dan kaki dapat memberikan rangsangan atau stimulus pada otak. Gerakan yang menghasilkan stimulus itulah yang dapat meningkatkan kemampuan kognitif (kewaspadaan, konsentrasi, kecepatan, persepsi, belajar, memori, pemecahan masalah dan kreativitas), selain itu kegiatan – kegiatan yang berhubungan dengan spiritual sebaiknya digiatkan agar dapat memberi ketenangan pada lansia (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

4. Fungsi Brain Gym



- A. Untuk memberi stimulasi dalam dimensi lateralitas, berkomunikasi dan pemecahan masalah
- B. Meningkatkan daya ingat
- C. Meningkatkan keseimbangan otak kiri dan kanan
- D. Meningkatkan kepercayaan diri
- E. Meredakan stres dan kecemasan
- F. Menjaga kesehatan otak

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
SENAM BRAIN GYM CARE
NURSING CENTER SMART BRAIN**

INSTRUKSI KERJA

Pengertian	Brain Gym adalah serangkaian gerak sederhana yang menyenangkan dan digunakan para murid di Educational Kinesiology (Edu-K) untuk meningkatkan kemampuan belajar mereka dengan menggunakan keseluruhan otak (Paul & Gail, 2002).
Tujuan	Gerakan <i>Brain Gym</i> dibuat untuk menstimulasi (dimensi lateralitas), meringankan (dimensi pemfokusan), atau merelaksasi (dimensi pemusatan) lansia yang terlibat dalam situasi belajar tertentu. Otak manusia seperti hologram, terdiri dari tiga dimensi dengan bagian-bagian yang saling berhubungan sebagai satu kesatuan. Pelajaran lebih mudah diterima apabila mengaktifkan sejumlah panca indera daripada hanya diberikan secara abstrak saja. Akan tetapi otak manusia juga spesifik tugasnya, untuk aplikasi gerakan Brain Gym dipakai istilah dimensi lateralitas untuk belahan otak kiri dan kanan, dimensi pemfokusan untuk bagian belakang otak



STIKes Santa Elisabeth Medan

	(batang otak atau brainstem) dan bagian depan otak (frontal lobes), serta dimensi pemusatan untuk sistem limbis (midbrain) dan otak besar (cerebral cortex).	
Petugas	Perawat	
Peralatan	<ul style="list-style-type: none">– LCD– DVD pleyer– Spiker– Laptop– Musik	
Prosedur		
Pendahuluan	Membuka pertemuan praktik klinik dengan mengucapkan salam.	
	Langkah Kerja	Key Point
	Cuci tangan	Cuci tangan dengan menggunakan dua belas langkah.
Gerakan Senam Otak (<i>Brain Gym</i>) Beberapa contoh gerakan		
Gerakan		Cara melakukan gerakan dan Fungsinya



Cara melakukan gerakan :

Menggerakkan tangan kanan bersamaan dengan kaki kiri dan kaki kiri dengan tangan kanan. Bergerak ke depan, ke samping, ke belakang, atau jalan di tempat. Untuk menyeberang garis tengah sebaiknya tangan menyentuh lutut yang berlawanan.



Cara melakukan gerakan:

Tangan kanan membentuk kearah sebelah kanan dan tangan kiri mengepal, ayunkan kanan dan kiri secara bergantian



Cara melakukan gerakan:

Tangan kanan menyentuh hidung dan tangan kiri menyentuh telinga dan gerakan bersilang secara bergantian




Cara melakukan gerakan:

Tangan kanan menggulung seperti roster, tangan kiri kebalikannya, laukan secara bersamaan dengan arah berlawanan secara bergantian

Cara melakukan gerakan :

Luruskan satu tangan ke atas, tangan yang lain ke samping kuping memegang tangan yang ke atas. Buang napas pelan, sementara otot-otot diaktifkan dengan mendorong tangan keempat jurusan (depan, belakang,

	<p>dalam dan luar), sementara tangan yang satu menahan dorongan tersebut</p> <p>Cara melakukan gerakan :</p> <p>Pertama, letakkan kaki kiri di atas kaki kanan, dan tangan kiri di atas tangan kanan dengan posisi jempol ke bawa, jari-jari kedua tangan saling menggenggam, kemudian tarik kedua tangan ke arah pusat dan terus ke depan dada. Tutuplah mata dan pada saat menarik napas lidah ditempelkan di langit-langit mulut dan dilepaskan lagi pada saat menghembuskan napas. Tahap kedua, buka silangan kaki, dan ujung-ujung jari kedua tangan saling bersentuhan secara halus, di dada atau dipangkuan, sambil bernapas dalam 1 menit lagi.</p>
---	---

DAFTAR PUSTAKA

- Komarudin., Saputra., A. (2023). Model Latihan Kognisi Dalam Olahraga. Indonesia. ISBN 978-623-8517-541
- Sijabat., Resmi., J. (2024). Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Gangguan Kognitif Demensia Dengan *Brain GYM Exercise* Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Binjai

Dokumentasi



