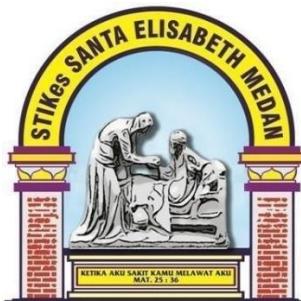


**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.D DENGAN
MASALAH DEFISIT PERAWATAN DIRI DI PANTI JOMPO
YAYASAN PEMENANG JIWA SUMATERA UTARA
TANGGAL 22-24 JANUARI
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

**ROYINDAH SINAGA
NIM. 052024086**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.D DENGAN
MASALAH DEFISIT PERAWATAN DIRI DI PANTI JOMPO
YAYASAN PEMENANG JIWA SUMATERA UTARA
TANGGAL 22-24 JANUARI 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:
Rovindah Sinaga
NIM. 052024086

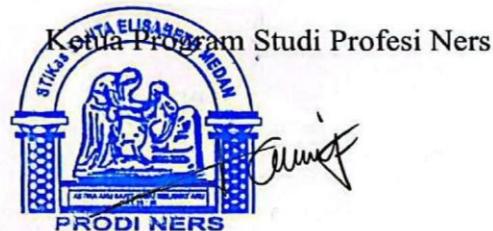
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 06 MEI 2025

MENGESAHKAN



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



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



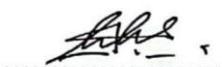
LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

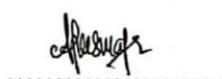
**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DIDEPAN TIM
PENGUJI SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 06 MEI 2025**

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua :Lindawati F Tampubolon,S.Kep.,Ns.,M.Kep 

Anggota :Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep 

:Ance M.Siallagan,S.Kep.,Ns.,M.Kep 



LEMBAR PERSETUJUAN

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

Oleh:
Royindah Sinaga
NIM.052024086

Medan, 06 Mei 2025

Menyetuji,

Ketua Penguji

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

Anggota:

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

(Ance M.Siallagan,S.Kep.,Ns.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny.DENGAN MASALAH DEFISIT PERAWATAN DIRI DI YAYASAN PEMENANG JIWA SUMATERA UTARA TANGGAL 22-24 JANUARI TAHUN 2025**

Karya ilmiah akhir ini telah mendapat banyak bimbingan, perhatian dan kerjasama dari berbagai pihak. Oleh Karena itu, pada kesempatan ini penulis secara khusus mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc, selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Lindawati Farida Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua program Studi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan dan selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan saya serta memberikan dukungan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
3. Lili Suryani Tumanggor, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji 2 saya yang telah bersedia menguji dan membimbing saya selama penulisan karya ilmiah akhir ini.



4. Ance Meys Siallagan S.Kep., Ns., M.Kep Kep selaku penguji 2 saya yang telah bersedia menguji dan membimbing saya selama penulisan karya ilmiah akhir ini.
5. Ev. Ance Cholia selaku ketua Panti Yayasan Pemenang Jiwa Medan yang selalu mendampingi dan mengayomi pada saat praktek di panti jompo yayasan pemenang jiwa sumatera utara sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan.
6. Seluruh staf dosen serta tenaga pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam upaya pencapaian pendidikan sejak semester I sampai semester II. Terimakasih untuk motivasi dan dukungan yang diberikan kepada penulis, untuk segala cinta dan kasih yang telah tercurah selama proses pendidikan sehingga penulis dapat sampai pada penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teristimewa kepada keluarga yang sangat saya cintai Ayah saya dan ibu saya serta kakak,adik dan abang saya yang telah memberikan kasih sayang yang sangat luar biasa kepada penulis dan dukungan baik materi, kesabaran, dan doa yang telah diberikan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari 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 Kuasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis.

Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang membantu. Harapan penulis semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya profesi keperawatan.

Medan, 06 Mei 2025

Penulis,

(Royindah Sinaga)



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	1
SAMPUL DALAM.....	2
LEMBAR PENGESAHAN.....	3
LEMBAR PERSETUJUIAN	4
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	5
KATA PENGANTAR	6
DAFTAR ISI.....	9
BAB 1 PENDAHULUAN.....	11
1.1. Latar Belakang.....	13
1.2. Identifikasi Masalah	13
1.3. Tujuan Penelitian.....	13
1.3.1 Tujuan Umum.....	13
1.3.2 Tujuan Khusus.....	13
1.4. Manfaat Penelitian.....	14
1.4.1 Manfaat Teoritis	14
1.4.2 Manfaat Praktis.....	14
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	16
2.1. Konsep Dasar Gerontik	16
2.1.1 Pengertian Lansia	16
2.1.2 Batasan Lansia.....	16
2.1.3 Teori Proses Menua Pada Lansia	17
2.1.4 Ciri-Ciri Lansia	18
2.1.5 Tujuan Keperawatan Gerontik	20
2.1.6 Perubahan Fisiologis Yang Lazim Pada Lansia	20
2.1.7 Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia.....	25
2.2. Konsep Defisit Perawatan Diri	25
2.2.1 Pengertian Defisit Perawatan Diri	25
2.2.2 Teori Defisit Perawatan Diri	25
2.2.3 Manfaat Perawatan Diri.....	25
2.2.4 Tujuan Perawatan Diri.....	26



2.3. Konsep Dasar Gangguan Memori	26
2.3.1 Pengertian Gangguan Memori.....	26
2.3.2 Etiologi	27
2.3.3 Patofisiologi.....	27
2.3.4 Manifestasi Klinis.....	28
2.3.5 Pemeriksaan Penunjang.....	28
2.4 Konsep Dasar Keperawatan	28
2.4.1 Pengkajian Keperawatan	28
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	29
2.4.3 Intervensi Keperawatan	29
2.4.4 Implementasi Keperawatan	29
2.4.5 Evaluasi keperawatan	30
BAB 3 KASUS	31
3.1 Pengkajian	31
3.2 Analisa Data	39
3.3 Diagnosa Keperawatan	41
3.4 Rencana Asuhan Keperawatan	42
3.5 Tindakan Keperawatan	49
3.6 Evaluasi Keperawatan	53
BAB 4 PEMBAHASAN	58
BAB 5 PENUTUP.....	62
5.1 Simpulan.....	62
5.2 Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA	66
DAFTAR LAMPIRAN	64



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, Sitopu and Sihaloho, 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 and Arini, 2021).

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi(*hygiene*), berpakaian/berhias, makan/minum dan BAB/BAK (*toileting*) (Fitria, 2020). Masalah defisit perawatan diri tidak boleh dianggap remeh, karena perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhan untuk mempertahankan kehidupannya. Defisit perawatan diri merupakan gangguan kemampuan untuk melakukan perawatan terhadap diri sendiri, kurangnya perawatan diri pada penderita



disebabkan oleh kelemahan fisik dan kurangnya kesadaran penderita akan pentingnya melakukan perawatan diri. Klien di nyatakan mengalami defisit perawatan diri jika tidak dapat melakukan kegiatan perawatan diri, berhias secara mandiri, makan secara mandiri dan *toileting* (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, Riasmini and Guslinda, 2020).

Defisit perawatan diri umumnya disebabkan oleh penurunan minat dan gangguan moskulokeletal sehingga tidak dapat melakukan perawatan diri dimana dengan komunikasi yang baik dengan cara dukungan dalam perawatan diri sehingga meningkatkan perawatan diri dengan baik secara mandiri. Dimana akan melakukan latihan perawatan diri secara mandiri, memfasilitasi perawatan diri dan akan didampingi sehingga mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (Ramli & Fadhillah, 2022).



Salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat dalam melakukan intervensi keperawatan pada lansia dengan defisit perawatan diri yaitu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Penanganan defisit perawatan diri menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) (2019) adalah Dukungan perawatan diri yaitu memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehingga kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri.

1.2 Identifikasi Masalah

Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.D dengan defisit perawatan diri di Yayasan Pemenag Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami defisit perawatan diri di Yayasan Pemenag Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan defisit perawatan diri di Panti Jompo Yayasan Pemenag Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.
2. Menegakkan diagnosa pada pasien dengan defisit perawatan diri di Panti Jompo Yayasan Pemenag Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.
3. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri di Panti Jompo Yayasan Pemenag Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.



4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan pada pasien dengan defisit perawatan diri di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.
5. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien dengan defisit perawatan diri di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam ilmu keperawatan dapat menjadi sumber informasi dan tambahan referensi bagi ilmu keperawatan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien defisit perawatan diri di yayasan pemenang jiwa sumatera utara tahun 2025.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Perawat

Bagi perawat yaitu untuk menambah pengetahuan perawat mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.

2. Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Utara

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi klien khususnya klien defisit perawatan diri.

3. Institusi



Pendidikan Manfaat praktis penulisan karya ilmiah akhir bagi institusi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi untuk mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien defisit perawatan diri.

4. Lansia

Manfaat

praktis penulisan karya ilmiah akhir bagi klien/lansia yaitu agar asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia dapat bermanfaat untuk aktivitas sehari-hari pada lansia dengan defisit perawatan diri.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Gerontik

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

Dibawah ini dikemukakan beberapa pendapat mengenai batasan umur. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia dalam Widiyawati (2020), ada empat tahapan yaitu:

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

Menurut Depkes Kesehatan RI



- a. Kelompok pertengahan umur (45-55 tahun) adalah kelompok usia dalam masa fertilitas (masa persiapan usia lanjut yang menunjukkan kepekaan fisik dan kematangan jiwa).
- b. Kelompok usia lanjut dini (55-64 tahun) adalah kelompok dalam masa pensiun yang mulai memasuki usia lanjut.
- c. Kelompok usia lanjut (65 tahun keatas)
- d. Kelompok usia dengan resiko tinggi (lebih dari 70 tahun) adalah kelompok usia lanjut yang hidup sendiri dan menderita penyakit berat atau cacat.

2.1.3 Teori 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 mengamayi pada sikap, keyakinan dan perilaku lansia. Ada beberapa macam teori kejiwaan sosial, yakni sebagai berikut: Aktifitas atau kegiatan, Kepribadian berlanjut.

3. 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 loos) yaitu kehilangan peran (loss role), hambatan kontak sosial (restriction of contacts and relationships), dan berkurangnya komitmen (reduced commitment to social mores and values).

4. 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 dicapainnya.

5. 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 (Sujati, 2019).

2.1.5 Tujuan Keperawatan Gerontik

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.

2.1.6 Perubahan Fisiologis Yang Lazim Pada Lansia

Secara umum menurut Padila,(2013) menjadi tua ditandai oleh kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala-gejala kemuduran fisik, antara lain:

1. Kulit mulai mengendur dan wajah mulai keriput serta garis-garis yang menetap.
2. Rambut kepala mulai memutih atau beruban
3. Gigi mulai lepas (ompong)



<ul style="list-style-type: none">4. Penglihatan dan pendengaran berkurang5. Mudah lelah dan mudah jatuh6. Mudah terserang penyakit7. Nafsu makan menurun8. Penciuman mulai berkurang9. Gerakan menjadi lamban dan kurang lincah10. Pola tidur berubah
<ul style="list-style-type: none">1. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut pada sistem kardiovaskuler:<ul style="list-style-type: none">a. Elastis dinding aorta menurunb. Perubahan miokara, atrofi menurunc. Lemak sub endoicard menurun, fibrosis, menebal, sclerosisd. Katup-katup jantung mudah fibrosis dan klasifikasi (kaku)e. Peningkatan jaringan ikat pada Sa Nodef. Penurunan denyut jantung maksimal pada latihang. Cardiac output menurunh. Penurunan jumlah sel pada pace makeri. Jaringan kolagen bertambah dan jaringan elastis berkurangj. Pada otot jantungk. Penurunan elastis pada diding venal. Respon baro reseptor menurun2. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut system gastrointestinal<ul style="list-style-type: none">a. Terjadi artropi mukosa.



b. Artropi dari sel kelenjar, sel parietal dan sel chief akan menyebabkan sekresi asam lambung, pepsin dan factor intrinsic berkurang.

c. Ukuran lambung pada lansia menjadi lebih kecil, sehingga daya tampung makanan menjadi lebih berkurang

d. Proses perubahan protein menjadi pepton terganggu karena sekresi asam lambung berkurang dan rasa lapar juga berkurang.

3. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut system respiratori

- Perubahan seperti hilangnya silia dan menurunnya refleks batuk dan muntah mengubah keterbatasan fisiologis dan kemampuan perlindungan pada sistem pulmonal.
- Perubahan anatomic seperti penurunan komplians paru dan dinding dada turut berperan dalam peningkatan kerja pernapasan sekitar 20% pada usia 60 tahun.
- Atrofi otot-otot pernapasan dan penurunan kekuatan otot-otot pernapasan dapat meningkatkan risiko berkembangnya keletihan otot-otot pernapasan pada lansia.
- Perubahan fisiologis yang ditemukan pada lansia yaitu alveoli menjadi kurang elastik dan lebih berserabut serta berisi kapiler-kapiler yang kurang berfungsi sehingga kapasitas penggunaan menurun karena kapasitas difusi paru-paru untuk oksigen tidak dapat memenuhi permintaan tubuh.

4. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut system musculoskeletal:

- Penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh penurunan massa otot (atropi otot).



- b. Ukuran otot mengecil dan penurunan massa otot lebih banyak terjadi pada ekstrimitas bawah.
- c. Sel otot yang mati digantikan oleh jaringan ikat dan lemak.
- d. Kekuatan atau jumlah daya yang dihasilkan oleh otot menurun dengan bertambahnya usia.
- e. Kekuatan otot ekstrimitas bawah berkurang sebesar 40% antara usia 30 sampai 80 tahun luka kurang baik, kuku pada jari tangan dan kaki menjadi tebal dan rapuh dan temperatur tubuh menurun akibat kecepatan metabolisme yang menurun.

5. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut system endokrin

Sistem endocrine mempunyai fungsi yaitu sebagai sistem yang utama dalam mengontrol seluruh sistem tubuh. Melalui hormon, sistem endocrine menstimulus seperti proses yang berkesinambungan dalam tubuh sebagai pertumbuhan dan perkembangan, metabolisme dalam tubuh, reproduksi, dan pertahanan tubuh terhadap berbagai serangan-serangan penyakit atau virus.

6. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut sistem integumen

Perubahan pada sistem integumentary yang terjadi pada dewasa lanjut yaitu kulit keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kering dan kurang keelastisannya karena menurunnya cairan dan hilangnya jaringan adipose, kelenjar kelenjar keringat mulai tak bekerja dengan baik, sehingga tidak begitu tahan terhadap panas dengan temperatur yang tinggi, kulit pucat dan terdapat bintik-bintik hitam akibat menurunnya aliran darah dan menurunnya sel-sel yang memproduksi



pigmen, menurunnya aliran darah dalam kulit juga menyebabkan penyembuhan luka.

7. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut system neurology.

Perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem saraf pada dewasa lanjut atau lansia yaitu berat otak menurun, hubungan persyarafan cepat menurun, lambat dalam respon dan waktu untuk berpikir, Berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya syarat pencium dan perasa lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin, kurang sensitif terhadap sentuhan, cepatnya menurunkan hubungan persyarafan, reflek tubuh akan semakin berkurang serta terjadi kurang koordinasi tubuh, dan membuat dewasa lanjut menjadi cepat pikun dalam mengingat sesuatu.

8. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut system genetourinari

Dengan bertambahnya usia, ginjal akan kurang efisien dalam memindahkan kotoran dari saluran darah. Kondisi kronik, seperti diabetes atau tekanan darah tinggi, dan beberapa pengobatan dapat merusak ginjal. Dewasa lanjut yang berusia 65 tahun akan mengalami kelemahan dalam kontrol kandung karnih (urinary incontinence) Incontinence dapat disebabkan oleh beragam masalah kesehatan, seperti obesitas, konstipasi dan batuk kronik.

9. Perubahan dan kosekuensi fisiologis usia lanjut system sensori (Panca Indra)

Perubahan Pada Panca Indra. Pada hakikatnya panca indra merupakan suatu organ yang tersusun dari jaringan, sedangkan jaringan sendiri merupakan kumpulan sel yang mempunyai fungsi yang sama. Karena mengalami proses penuaan (aging)



sel telah mengalami perubahan bentuk maupun komposisi sel tidak normal. Maka secara otomatis fungsi indera pun akan mengalami penurunan.

2.1.7 Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia

Beberapa prinsip etika yang harus dijalankan dalam pelayanan pada lansia adalah (Sujati, 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 patologik dari penderita lansia.

2. Non maleficence dan beneficence.

Pelayanan pada lansia selalu didasarkan pada keharusan untuk mengerjakan yang baik dan harus menghindari tindakan yang menambah penderitaan (harm). Sebagai contoh, upaya pemberian posisi baring yang tepat untuk menghindari rasa nyeri, pemberian analgesik (kalau perlu dengan derivate morfina) yang cukup,



pengucapan kata-kata hiburan merupakan contoh berbagai hal yang mungkin mudah dan praktis untuk dikerjakan.

3. Otonomi

Suatu prinsip bahwa seorang individu mempunyai hak untuk menentukan nasibnya, dan mengemukakan keinginannya sendiri. Dalam etika ketimuran, seringkali hal ini dibantu (atau menjadi semakin rumit) oleh pendapat keluarga dekat. Jadi secara hakiki, prinsip otonomi berupaya untuk melindungi penderita yang fungsional masih kapabel (sedangkan non-maleficence dan beneficence lebih bersifat melindungi penderita yang inkapabel). Dalam berbagai hal aspek etik ini seolah-olah memakai prinsip paternalisme, dimana seseorang menjadi wakil dari orang lain untuk membuat suatu keputusan (misalnya seorang ayah membuat keputusan bagi anaknya yang belum dewasa).

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Pengertian

Defisit perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam menjaga fungsi tubuh dan kehidupan yang harus dimilikinya. Defisit perawatan diri menjelaskan hubungan antara kemampuan untuk memenuhi kebutuhan tentang perawatan diri, sehingga ketika tuntutan lebih besar dari kemampuan, maka seseorang akan mengalami penurunan atau defisit perawatan diri.

2.2.2. Teori-Teori Perawatan diri

1. Menggambarkan dan menjelaskan tujuan dari metode individu melakukan perawatan dirinya.



2. Mengambarkan dan menjelaskan keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri, salah satunya adalah dari tenaga keperawatan.
3. Mengambarkan dan menjelaskan hubungan interpersonal yang harus dilakukan dan dipertahankan oleh petugas keperawatan agar dapat melakukan sesuatu secara produktif, efektif dan efisien.

2.2.3. Manfaat Perawatan Diri

1. Memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk meningkatkan kehidupan kesehatan serta kesejahteraan.
2. Mempertahankan kualitas hidup, kesehatan dan kesejahteraan baik dalam keadaan sehat atau sakit.
3. Membantu individu dan keluarga dalam mempertahankan perawatan diri.

2.2.4. Tujuan Perawatan Diri

1. Meningkatkan derajat Kesehatan seseorang
2. Memelihara kebersihan diri seseorang
3. Memperbaiki persoalan hygiene keindahan
4. Mencegah Penyakit menciptakan keindahan
5. Meningkatkan rasa percaya diri.

2.3 Konsep Dasar Gangguan Memori



2.3.1 Pengertian Gangguan Memori

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 dikehidupan sehari-hari bagi lanjut usia dimana jika tidak segera diatasi maka akan menimbulkan komplikasi lebih lanjut, maka dibutuhkan terapi nonfarmakologis (Studi *et al.*, 2024).

2.3.2 Etiologi

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

1. Penyakit Azheimer (gangguan otak)
2. Dimensia Vaskular (penurunan suplai darak keotak)
3. Penyakit Pick (penurunan fungsi otak)
4. Penyakit Creutzfeldt- Jakob (gangguan sistem saraf)
5. Penyakit Parkinson (perlambatan kognitif)
6. Cedera otak

2.3.3 Patofisiologi

Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan saraf pusat yaitu berat otak akan menurun 10% pada penuaan antara umur 30-70 tahun. Berbagai faktor etiologi yang telah disebutkan diatas merupakan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi sel-sel neuron mengalami kerusakan



melalui mekanisme iskemia, infark, inflamasi deposisi protein abnormal. Disamping itu, kadar neurotransmitter di otak yang diperlukan untuk proses konduksi saraf juga akan berkurang. Hal ini menimbulkan fungsi kognitif (daya ingat, daya pikir dan belajar), gangguan sensorium (perhatian, kesadaran), persepsi isi pikir, dan mood. Fungsi yang mengalami gangguan tergantung lokasi area yang terkena (kortikal atau subkortikal) atau penyebabnya karena manifestasinya dapat berbeda. Keadaan patologis dari hal tersebut akan memicu keadaan akut konfusio demensia (Boedhi Darmojo, 2009).

2.3.4 Manifestasi Klinis

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

1. Gangguan komunikasi (afasia),
2. Kesulitan dalam memberikan alasan,
3. Kesulitan merencanakan sesuatu (executive function),
4. Agnosia dan apraksia,
5. Orientasi dan regulasi emosi

2.3.5 Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pemeriksaan laboratorium rutin
2. CT scan dan MRI
3. Pemeriksaan EKG
4. Pemeriksaan cairan otak
5. Pemeriksaan genetika



6. Pemeriksaan Neurologis

2.4 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 faktor-faktor yang mempengaruhi masalah 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 rontgen, dan lain-lain (Adolph, 2016).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa 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). Diagnosa yang muncul pada kasus demensia pada lansia yaitu:

1. Gangguan memori (D. 0062)
2. Gangguan persepsi sensori (D. 0085)
3. Gangguan pola tidur (D. 0055)
4. Gangguan eliminasi urin (D. 0040)
5. Defisit perawatan diri (D. 0109)
6. Koping tidak efektif (D. 0096)
7. Resiko defisit nutrisi (D. 0032)
8. Resiko cedera (D. 0136)
9. Gangguan komunikasi verbal (D. 0119)
10. Gangguan interaksi sosial (D. 0118)

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).

4. Implementasi Keperawatan

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).

5. Evaluasi Keperawatan

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. 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** **FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN** **GERONTIK**

A. Pengkajian

1. BIODATA

Nama	: Ny.D
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 60 Tahun
Status Perkawinan	: Belum Menikah
Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Kristen
Pendidikan Terakhir	: S1 Ekonomi
Alamat	: Jl. Setia Budi
Tanggal Masuk Panti	: 28 Oktober 2024
Tanggal Pengkajian	: 22 Januari 2025
Diagnosa Medis	: -

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama

Klien mengatakan mandi 1x sehari dan jarang untuk mandi sore serta ia mengatakan malas untuk gosok gigi klien mengatakan sakit di bagian pergelangan tangan sehingga dia tidak dapat leluasa untuk bergerak.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang.

Selain mudah lupa, klien juga sulit tidur dan sering terbangun di malam hari, tangan kiri kurang bebas digerakkan karena sakit pada pergelangan tangan.

c. Riwayat Kesehatan Yang Lalu.

Klien pernah dirawat di RS Jiwa 8 tahun yang lalu.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada data yang dapat diperoleh.

3. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI



a. Pola Tidur/Istirahat	
Sebelum sakit	: Klien mengatakan sebelum dia sakit dia tidur jam 21:30 dan bangun pagi di jam 05:00 dan dia tidak tidur siang
Saat sakit	:Klien mengatakan akhir-akhir ini dia tidur malam tidak tentu jam berapa kadang dia tidur jam 21:00 dan kadang di jam 22:00 dan merasa kesulitan untuk memulai tidur. Malam hari dia sering terbangun di jam 2-3 lewat dan kadang dia juga tidak bisa tidur kembali.
b. Pola Eliminasi	
Sebelum Sakit	:Klien mengatakan BAB DAN BAK sebelumnya lancar dan tidak ada masalah , BAB 1X sehari dan BAK 5-6 X serta ketoilet sendiri.
Saat Sakit	: Klien mengatakan sejak sakit BAB dan BAK tetap lancar dan ketoilet sendiri.
c. Pola Makan Dan Minum	
Sebelum Sakit	: Klien mengatakan makan teratur 3x sehari sesuai porsi selera makan baik dan minum juga banyak sekitar 1-2 liter/ hari.
Saat Sakit	: Klien mengatakan makan teratur 3x sehari dan makan makan yang disedikan di panti tetapi kadang tidak selera, minum juga banyak sekitar 1-2 liter/ hari.
d. Kebersihan Diri	
Sebelum Sakit	: Klien mengatakan mandi 2x dalam sehari dan keramas 2hari sekali.
Saat Sakit	: Klien mengatakan biasanya dia mandi saat di pagi hari dan jarang untuk mandi sore dan malas untuk gosok gigi.
e. Pola Kegiatan Atau Aktivitas	
Sebelum Sakit	: Klien mengatakan sebelumnya dia bekerja di salah satu perusahaan di medan dan memiliki kerja sampingan yaitu guru les musik.



	<p>Saat Sakit</p> <p>: Klien mengatakan saat ini dia hanya dapat duduk dan mengikuti senam pagi dan mengikuti kebaktian singkat dipanti.</p>
f.	<p>Penggunaan Bahan yang Merusak Kesehatan</p> <p>Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi rokok atau minum alkohol karena dapat merusak kesehatan</p>
g.	<p>Riwayat Alergi</p> <p>Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan dan alergi obat (-)</p>
4.	<p>DATA PSIKOSOSIAL</p> <p>a. Pola Komunikasi</p> <p>Klien mampu berkomunikasi dengan orang sekitar, sering bercerita dengan teman di panti dan bisa diajak berkomunikasi dan mempertahankan komunikasi yang baik.</p>
b.	<p>Orang yang paling dekat dengan pasien</p> <p>Klien tampak mampu bersosialisasi dengan orang lain, mengenal lansia yang satu unit dengannya. Orang yang paling dekat dengannya adalah Ny.s teman sekamarnya dan oma Ance.</p>
c.	<p>Hubungan dengan orang lain</p> <p>Klien tampak menjalin hubungan dengan orang lain atau bersosialisasi dengan baik dan mampu mengenal lansia lainnya.</p>
d.	<p>Data kognitif</p> <p>Klien tidak dapat mengingat tanggal,bulan,tahun lahir dan alamat lengkap rumahnya, mudah lupa akan perkataannya dan aktivitas yang ingin dilakukan.</p>
5.	<p>DATA SPIRITUAL</p> <p>a. Ketaatan Beribadah</p> <p>Klien mengatakan dia sering mengikuti doa bersama di panti dan mengikuti ibadah yang dibawakan oleh pendeta yang datang kepanti</p>
b.	<p>Keyakinan terhadap sehat dan sakit</p> <p>Ny.D mengatakan sehat dan sakit tergantung umur dan juga takdir tuhan</p>
6.	<p>PEMERIKSAAN FISIK</p> <p>a. Penampilan Umum</p> <p>Klien tampak berjalan tidak tegak (sedikit membungkuk) dan lambat klien tampak tidak terlalu bersih. Kuku tampak tidak bersih dan panjang , rambut tampak memutih sebagian, terdapat ketombe, kuit putih.</p>
b.	<p>Tanda-tanda Vital</p> <p>TD :140/70 mmHg HR:84x/menit RR:20x/menit T : 36,8 °C</p>



c. Pemeriksaan Kepala dan Leher
Kepala : Kepala tampak berketombe , dan rambut memutih sebagian dan telinga tampak kotor.
Wajah : Wajah bersih tidak ada lesi wajah tampak datar dan murung.
Mata : Mata simetris dan konjungtiva tidak anemis.
Hidung : Hidung bersih
Mulut &Faring: Tampak gigi kuning dan berkarang dan terdapat gigi bolong dan ompong.

d. Pemeriksaan Integumen/Kulit
Kulit tampak mulai tampak keriput, berwarna putih, kulit tampak tipis, CRT kurang dari 3 detik, tidak ada edema atau lesi, tidak adanya luka, kulit tampak ada bercak-bercak hitam.

e. Pemeriksaan Thorax dan Dada
Inspeksi : Dada tampak simetris, pengembangan kedua dada (+) tidak ada lesi (edema) tampak normal.
Palpasi : Fermitus dada kanan dan kiri dada menghasilkan getaran yang sama.
Perkusi : Terdengar bunyi normal (tympani)
Auskultasi : Tidak ada bunyi nafas tambahan yang dihasilkan, suara nafas vesikuler/normal.

f. Pemeriksaan Abdomen
Inspeksi : Perut tampak sedikit berlemak dan berlipat tidak ada lesi, edema.
Auskultasi : Hasil peristaltik usus normal 22x/menit
Perkusi : Terdengar normal, dalam batas normal
Palpasi : Tampak normal tidak ada nyeri tekan

g. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Klien tidak mampu melakukan pergerakan tangan kiri secara leluasa karna merasa sakit pada pergelangan tangan kiri sehingga tidak bisa banyak bergerak.

h. Pemeriksaan Neurologis
Klien mampu merasakan rangsangan nyeri pada bagian tubuh (keseluruhan).

1. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Laboratorium

-

b. Foto Rontgen

-

2. PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

a. Therapi

Nama obat	Fungsi	Dosis
-----------	--------	-------



Paracetamol	Mengurangi rasa nyeri dan meredakan demam.	1x1
Resperidon	Meredakan gejala skizofrenia dan gangguan bipolar.	2x1
Clozapine	Meredakan gejala skizofrenia, yaitu gangguan mental yang menyebabkan seseorang mengalami halusinasi, serta gangguan berpikir dan berperilaku.	2x1
Depakut	Obat kejang, kondisi kejiwaan tertentu dan mencegah sakit kepala migrain.	1x1

b. Penatalaksanaan Perawatan

1. Melakukan pengkajian Indeks Katz untuk kemandirian klien dengan hasil nilai B
2. Melakukan pengkajian MMSE untuk menilai kemampuan kognitif Klien dengan jumlah besar $18 < 21$
3. Melakukan pengkajian SPMSQ untuk menilai fungsi intelektual Klien dengan hasil skore yang salah berjumlah 5 yaitu kategori intelektual sedang.



A. ANALISA DATA

Tanggal 22/01/2025	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>Ds:</p> <p>Klien mengatakan sering lupa akan apa yang ingin dikerjakan dan yang baru saja dikerjakan.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hasil MMSE 18 (<21) yang dimana terdapat pertanyaan yang dijawab benar ada 18 sehingga dari hasil tersebut mengalami kerusakan kognitif.- Hasil pengkajian SPMSQ : 5 salah skore dari 10 pertanyaan sehingga mengalami (kerusakan intelektual sedang)	Proses Penuaan	Gangguan Memori D.0062
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan mandi 1x sehari dan jarang untuk mandi sore serta ia mengatakan malas untuk gosok gigi- Klien mengatakan sakit di bagian pergelangan tangan sehingga dia tidak dapat	gangguan muskuloskeletal	Defisit Perawatan Diri (D.0109)



		<p>leluasa untuk bergerak.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hasil nilai indeks KATz B kemandirian dalam semua hal kecuali satu fungsi tersebut.- Tampak gigi kuning dan terdapat karang gigi dan tampak bagian telinga kotor.- Tampak rambut berketombe dan kering. <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan kesulitan untuk memulai tidur malam- Klien mengatakan sering terbangun di malam sekitar jam 2-3 pagi dan kadang tidak dapat tidur kembali dan kesulitan untuk tidur kembali- Klien mengatakan tidur sekitar 5 jam <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak Sering menguap dan mengatuk- Wajah pasien tampak lesu dan tampak mengatuk		
3		<p>Hambatan lingkungan</p>	Gangguan Pola Tidur D.0055	



B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan
1	22/01/2025	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan klien mengatakan ia mandi 1x sehari dan malas untuk mengosok gigi klien mengatakan sakit di bagian pergelangan tangan sehingga dia tidak dapat leluasa untuk bergerak, Hasil nilai indeks KATz B kemandirian dalam semua hal kecuali satu fungsi tersebut tampak mulut kotor dan terdapat karang gigi dan tampak rambut kotor dan berketombe dan telinga tampak kotor.
2	22/01/2025	Gangguan Memori berhubungan dengan proses penuaan ditandai dengan klien mengatakan sering lupa akan apa yang ingin dikerjakan dan baru saja dikerjakan. Hasil MMSE 18 (<21) yang dimana terdapat pertanyaan yang dijawab benar ada 18 sehingga dari hasil tersebut mengalami kerusakan kognitif. Hasil pengkajian SPMSQ : 5 salah skore dari 10 pertanyaan sehingga mengalami (kerusakan intelektual sedang)
3	22/01/2025	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan Klien mengatakan kesulitan untuk memulai tidur malam, sering terbangun di malam hari sekitar jam 2-3 pagi dan kadang tidak dapat tidur kembali dan kesulitan untuk tidur kembali dan klien tampak Sering menguap dan mengatuk, Wajah pasien tampak lesu dan tampak mengatuk.



C. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	TT D
22/01/2025	Defisit perawatan Diri (D.0109)	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan kemampuan melakukan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil, yaitu: 1. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat. 2. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	Dukungan perawatan Diri (I.05173) Observasi : <ul style="list-style-type: none">- Monitoring tingkat kemandirian- Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: <ul style="list-style-type: none">- Dampingi dalam melakukan perawatan diri- Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan- Jadwal rutinitas perawatan diri- Siapkan keperluan pribadi Edukasi : <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.	R O Y I N D A H .S
22/01/2025	Gangguan memori	Memori (L.09079) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3X8jam diharapkan kemampuan mengingat klien meningkat, dengan kriteria: 1. klien mampu mempelajari hal baru. 2. klien mampu mengingat informasi faktual.	Latihan memori (I. 06188) Observasi <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi masalah yang dialami- Identifikasi kesalahan terhadap orientasi terapeutik <ul style="list-style-type: none">- Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien- Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu	R O Y I N D A H .S



		3.klien mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan.	<p>- Koreksi kesalahan orientasi</p> <p>- Fasilitasi dan motivasi pasien untuk menggunakan catatan harian terkait dengan kegiatan yang sudah atau akan dilakukan, serta kejadian-kejadian penting dalam kehidupan.</p> <p>- Fasilitasi tugas pembelajaran (mis. mengingat informasi verbal dan gambar)</p> <p>- Fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis. bermain kartu pasangan), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>- Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>- Ajarkan teknik memori yang tepat (mis. imajinasi visual, permainan memori, isyarat memori, teknik asosiasi, membuat daftar, komputer, papan nama)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>- Rujuk pada terapi okupasi, jika perlu</p>	
22/01/2025	Gangguan pola tidur (D.0055)	Pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil, yaitu: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi : <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi pola aktivitas dan tidur- Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis)- Anjurkan	R O Y I N D A H .S



		<p>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>menghindari makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none">- Modifikasi lingkungan (misalnya kebisingan, pencahayaan, suhu, matras, dan tempat tidur)- Batasi waktu tidur siang- Tetapkan jadwal rutin tidur- Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur sampai terjaga- Edukasi :- Ajarkan teknik relaksasi otot atau cara nonfarmakologi lainnya.	
--	--	--	---	--



D. TINDAKAN KEPERAWATAN

No Dx	Tanggal/ Jam	Implementasi	Ttd
2	08:45	-Melakukan pengkajian MMSE dengan hasil 18<21.	R
2	09:12	-Melakukan pengkajian SPMSQ dengan hasil 5 skore salah (kerusakan integritas sedang).	O
2	09: 20	-Mengajak klien untuk mengontrol stimulus memori dengan menyebut 3 benda	Y
2	09:24	-Mengevaluasi klien untuk mengulang 3 benda yang baru disebut.	I
1	10:00	-Melakukan pengkajian pada klien meliputi kebersihan mulut & gigi serta rambut, kuku dan telinga (tampak gigi kotor dan berkaran telinga kotor) - Mengarahkan klien untuk mengunting kuku.	N
	10:00	-Melakukan observasi tanda-tanda vital, dimana - TD: 140/90 mmHg - T : 36,3°C - HR: 65x/minit - RR : 20x/ menit	D
3	11:03	-Memberikan edukasi pada klien untuk tidak meminum/makan-makan yang mengandung kopi sehingga mengganggu pola tidur.	A
3	11:06	-Mengarahkan klien untuk membatasi tidur siang	H
2	11:25	- Memfasilitasi klien untuk mencatat kegiatan sehari-hari pulpen (catatan) untuk membantu mengingat kegiatan sehari-hari.	.
2,3	23/01/2025 14:50	- Menanyakan kabar dan tidur tadi malam, menanyakan jadwal tidur klien (menulis dicatatkan kegiatan dan menetapkan jadwal tidur klien) dan mengajak klien untuk merapikan tempat tidur.	S
2	15:45	-Mengajak klien untuk berbagi cerita tentang pengalaman masa lalunya, tentang bagaimana dia bekerja saat masih bekerja di perusahaan tempat dia kerja.	R
1	16:30	-Mengarahkan klien untuk mengosok gigi dan mandi serta membantu untuk perawatan diri (memotong kuku dan berpakaian serta berbandan)	O
1,2,3	19:00		Y
			I
			N
			D
			A
			H
			.
			S



			-Melakukan pemeriksaan TTV pada klien td: 130/70 t:36,0 rr:20 P: 80 -Memberikan obat pada klien paracetamol,clozapine,resperidon	
2	24/01/2025	15:00	-Mengajak klien untuk melakukan brain gym dengan cara telapak tangan kanan dan kiri melakukan gerakan mengepal dan tidak mengepal yang berbeda (meningkatkan konsentrasi)	R
2		16:40	-Menanyakan apasaja aktivitas yang sudah dilakukan dari pagi dan mengcet catatan kegiatan klien	O
3		16:20	-Menyakan dan memastikan jadwal tidur sudah terlaksana atau tidak, dan memastikan apakah klien sudah merapikan tempat tidur.	Y
1		16:35	-Memastikan klien mengosok gigi dan keramas dengan sampho serta mengarahkan klien untuk berpakaian secara berlahan-lahan dan merapiakan rambut (memberi cap rambut sebagai motivasi untuk rajin gosok gigi dan merdandan)	I
3			-Membantu klien menyiapkan makanan diatas meja dekat klien dan mendampingi makan	N
				D
				A
				H
				.
				S



E. EVALUASI

Tanggal/No.DX	Catatan Perkembangan
22/01/2025 1	S: <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan ia mandi 1 kali dan jarang mandi sore dan malas untuk gosok gigi O: <ul style="list-style-type: none">- Tampak kuku kotor dan panjang- Tampak rambut berketombe dan kotor dan telinga kotor- Tampak gigi kuning dan berkarang A: Perawatan diri masih dibantu <i>caregiver</i> P: Intervensi keperawatan dilanjutkan
22/01/2025 2	S : <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan sering lupa akan apa yang ingin dikerjakan dan yang baru saja dikerjakan. O: <ul style="list-style-type: none">- Tampak klien lupa dengan kegiatan sebelumnya Hasil MMSE 18 (<21). Hasil pengkajian SPMSQ : 5 salah skore (kerusakan intelektual sedang). A : Pasien masih mudah lupa tetapi telah memiliki catatan harian untuk membantu mengingat kejadian. P : - Intervensi keperawatan dilanjutkan
22/01/2025 3	S: <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan mengatakan sulit tidur dimalam hari, sering terbangun dini hari, mengeluh tidak puas tidur di malam hari. O : <ul style="list-style-type: none">- Sering menguap dan mengatuk,- Wajah pasien tampak lesu dan tampak mengatuk A : Pola tidur masih terganggu P: Lanjutkan intervensi keperawatan
23/01/2025 1	S: <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan sudah mengerti pentingnya kebersihan mulut dan gigi O: <ul style="list-style-type: none">- Tampak klien mau untuk mengosok gigi dan tampak klien masih membutuhkan orang lain saat berpakaian dan berdandan. A: pasien sudah mulai ingin mengosok gigi dan berdandan P: Intervensi keperawatan dilanjutkan
23/01/2025 2	S :



		<p>- Klien mengatakan dia sudah menulis kegiatan hariannya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak saat ditanya kegiatan yang sudah dilakukan klien membaca catatan kecilnya- Tampak klien bercerita tentang masa lalu saat bekerja di salah satu perusahaan. <p>A : Catatan harian digunakan untuk mengingat kejadian yang sudah dan akan dilakukan.</p> <p>P : - Intervensi keperawatan dilanjutkan</p>
23/01/2025 3	S: O: A: P:	<p>- Klien mengatakan masih sulit tidur dimalam hari, sering terbangun dini hari, mengeluh tidak puas tidur di malam hari.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak Sering menguap dan mengatuk,- Masih Wajah pasien tampak lesu dan pucat- observasi tanda-tanda vital, dimana :- TD: 130/70 mmHg- T : 36,0°C- HR: 80x/menit- RR : 20x/ menit. <p>A : Pola tidur masih terganggu</p> <p>P: Lanjutkan intervensi keperawatan</p>
24/01/2025 1	S: O: A: P:	<p>- Klien mengatakan tadi pagi telah gosok gigi saat mandi</p> <p>- Saat berpakaian dia sudah bisa memakai pakaiannya meski dibantu sebagian temannya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak rambut klien rapi dan mulut tampak sudah tidak terlalu kotor <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak senang berdandan (cap rambut)- Pasien telah mau mengosok giginya. <p>P: Intervensi keperawatan dilanjutkan</p>
24/01/2025 2	S : O: A:	<p>- Klien mengatakan sudah melakukan kegiatan harian sesuai catatan yang telah di tulis meski sebagian kadang tidak dilakukan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak klien dapat mengikuti <i>brain gym</i> menggunakan telapak dan jari-jari tangan dengan baik.- Pertanyaan terkait kegiatan pasien dijawab



		<p>dengan membaca catatan terlebih dahulu.</p> <p>A : Kemampuan mengingat masih kurang tetapi catatan harian digunakan untuk mempermudah mengingat.</p> <p>P : - Intervensi keperawatan dilanjutkan</p>
24/01/2025 3	S: <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan dia cepat tidur dimalam hari, namun masih terbangun dini hari. O: <ul style="list-style-type: none">- Tampak sering menguap dan mengatuk- Tampak tempat tidur klien sudah rapi dan bersih A: <ul style="list-style-type: none">- Pasien sudah dapat merapikan tempat tidur secara mandiri- Pasien sudah mengikuti jadwal tidur malam P: Lanjutkan intervensi keperawatan	



BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini mahasiswa akan menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Ny D dengan masalah gangguan defisit perawatan diri di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Utara pada tanggal 22 januari 2025 melalui pendekatan studi untuk kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan pada Ny.D dengan masalah ini mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi.

1.1 Pengkajian

Dalam asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. D dimana Ny. D pada bulan oktober dia diantar oleh saudaranya dan daya ingat semakin menurun dimana telah dilakukan pengkajian dengan diagnosa gangguan defisit perawatan diri didapatkan bahwa Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan klien mengatakan ia mandi 1x sehari dan malas untuk mengosok gigi klien mengatakan sakit di bagian pergelangan tangan sehingga dia tidak dapat leluasa untuk bergerak, Hasil nilai indeks KATz B kemandirian dalam semua hal kecuali satu fungsi tersebut tampak mulut kotor dan terdapat karang gigi dan tampak rambut kotor dan berketombe dan telinga tampak kotor.

Berdasarkan teori dan kenyataan yang ada, tidak terdapat kesenjangan. Masalah-masalah yang dihadapi Ny.D merupakan hal yang wajar dan merupakan



salah satu penyakit tua, namun tetap membutuhkan bantuan, dukungan moral dan pendampingan.

1.2 Diagnosa keperawatan

Dalam kasus yang didapatkan pada pasien lansia kelolaan terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul, termasuk juga di dalamnya dalam hal masalah keperawatan dasar pasien, yaitu:

- Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Menurut PPNI (2018) defisit perawatan diri adalah ketidak mampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (misalnya, berdandan, berpakaian, perawatan diri). Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam terdapat perkembangan dimana pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri meski tidak sepenuhnya atau masih dibantu oleh teman saat berpakaian, keinginan mengosok gigi membaik dan tampak klien senang akan rambutnya.

Berdasarkan hasil observasi klien sudah mampu melakukan perawatan diri meski seperti mandi sore, gosok gigi dan klien juga sudah dapat memotong kuku secara mandiri serta klien mau dan senang untuk berdandan. Hal ini sejalan dengan Zaini et.al (2024) dimana tidak terdapat kesenjangan dari teori dan lapangan dimana klien dapat melakukan perawatan diri dengan cara membantu dan mengarahkan serta memberi dukungan pada klien. Dalam melakukan dukungan perawatan diri ini klien senang dan mau untuk diajak bekerja sama dalam hal perawatan diri.

- Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan



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

Berdasarkan hasil obsevasi penulis gangguan memori yang dialami oleh klien 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 bagian otak yaitu hipokampus akan bekerja.



Hal ini sejalan dengan penelitian Hukmiyah, (2019) yang dimana salah satu cara mencegah dan mengatasi gangguan fungsi kognitif. *Brain gym exercice* sendiri bertujuan untuk menjaga keseimbangan kinerja antara otak kanan dan kiri tetapi optimal. Hal ini memberi stimulus perbaikan serat-serat di corpus callosum yang menyediakan banyak hubungan saraf dua arah antara area kotrikal kedua hemisfer otak, termasuk hipokampus dan amigdala.

Berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan oleh penulis selama 3x 8 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* dan *brain gym* ini akan berpengaruh bila dilakukan berulang-ulang sesering mungkin.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

Menurut PPNI (2018) 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, Restraint fisik, ketiadaan teman tidur dan tidak familiar dengan lingkungan atau peralatan tidur. Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam terdapat perkembangan klien dalam melakukan merapikan tempat tidur, mengatur jadwal tidur malam dan membatasi tidur siang.

1.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan tidak terdapat kesenjangan yaitu diambil dengan pedoman buku standar intervensi



keperawatan Indonesia sesuai dengan diagnosa keperawatan (masalah) yang ditemui.

1.4 Implementasi

Perbandingan yang sistemik atau rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara ketidakseimbangan antara tinjauan teoritis dengan kasus kelolaan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya

1.5 Evaluasi

Perbandingan yang sistemik atau rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara ketidakseimbangan antara tinjauan teoritis dengan kasus kelolaan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.



BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Dari hasil asuhan keperawatan Gerontik pada Ny.D dengan masalah defisit perawatan diri di Panti 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 defisit perawatan diri ditemukan oleh Ketidak adekuatan stimulasi intelektual, gangguan sirkulasi ke otak yang mengakibatkan adanya tampak kerusakan kognitif dan kerusakan intelektual sedang. Sehingga lebih berfokus pada pelatihan otak dan memori lansia.
2. Terdapat kesenjangan dari diagnosa yang didapatkan pada kasus Ny.D didapatkan 3 diagnosa keperawatan, dan sesuai dengan teori yang tercantum pada tinjauan pustaka.
3. Pada Ny.D dilakukan intervensi keperawatan non farmakologi yaitu dengan melakulan *brain gym* dan *Rherapy reminiscence* dan memberi dukungan perawatan diri.
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 defisit perawatan diri ini mahasiswa mampu mengembangkan ilmunya dan meningkatkan nya.



DAFTAR PUSTAKA

Adolph, R. (2016) *Konsep Keperawatan Dasar*.

Hukmiyah, A.N. (2019) ‘Pemberian Brain Gym Exercise Dapat Meningkatkan Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia’, *Jurnal Vokasi Indonesia*, 7(2), pp. 10–18. Available at: <https://doi.org/10.7454/jvi.v7i2.148>.

Mulyasari, D.W. (ed.) (2022) *Pengantar Keperawatan Gerontik*. Dewi sari,. 2022.

Padila (2013) *Buku Ajaran Keperawatan Gerontik*. 2013.

Ramli, R. and Masyita Nurul Fadhillah (2022) ‘Faktor yang Mempengaruhi Fungsi Kognitif Pada Lansia’, *Window of Nursing Journal*, 01(01), pp. 23–32. Available at: <https://doi.org/10.33096/won.v1i1.246>.

Sari, yuli permata, Riasmini, ni made and Guslinda (2020) ‘Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Preoperasi Bedah Mayor di Ruang Teratai’, *Menara Ilmu*, XIV(02), pp. 133–147. Available at: <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menarailmu/article/view/2176/1797>.

Sigalingging, G., Sitopu, S. and Sihaloho, L. (2020) ‘Karakteristik Lansia Usia yang Mengalami Gangguan Memori’, *Jurnal Darma Agung Husada*, 7(1), pp. 33–44.

Studi, P. *et al.* (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’.



Sujati (2019) 'Modul bahan ajar Farmakologi', *Pundik SDM Kesehatan* [Preprint]

Sulistyaawati, A. (2023) *gangguan mental pada lansia*. 2023.

Syarli, S. and Arini, L. (2021) 'Faktor Penyebab Hipertensi Pada Lansia: Literatur Review', *Ahmar Metastasis Health Journal*, 1(3), pp. 112–117. Available at: <https://doi.org/10.53770/amhj.v1i3.11>.

Ummah, M.S. (2019) 'Seminar Nasional Keperawatan “ Optimalisasi Praktik Keperawatan Dewasa Pendekatan Paliatif dalam Mengelola Diabetes Melitus untuk Meningkatkan’’, *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), pp. 1–14 Available at: http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regs.2018.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI.



LAMPIRAN

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESIONAIRE (SPMSQ)

No	ITEM PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1	Jam berapa sekarang?	✓	
2	Tahun berapa sekarang?	✓	
3	Kapan bapak/ibu lahir?		✓
4	Berapa umur bapak/ibu sekarang?		✓
5	Dimana alamat bapak/ibu sekarang?		✓
6	Berapa jumlah angota keluarga yang tinggal?	✓	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu ?	✓	
8	Tahun berapa kemerdekaan indonesia?		✓
9	Siapa nama presiden RI sekarang?	✓	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1?		✓

Analisa Hasil : (5)

Skore salah: 0-2 fungsi intelektual utuh

Skore salah: 3-4 kerusakan intelektual ringan

Skore salah: 5-7 kerusakan intelektual sedang

Skore salah: 8-10 kerusakan intelektual berat



MINI MENTAL STASE EXAM (MMSE)

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR	SALAH
1	ORIENTASI 1. Tahun berapa sekarang? 2. Musim apa sekarang? 3. Tanggal berapa sekarang? 4. Hari apa sekarang? 5. Bulan apa sekarang? 6. Dinegara mana anda tinggal? 7. Di provinsi mana anda tinggal? 8. Di kabupaten mana anda tinggal? 9. Dikecamatan mana anda tinggal? 10. Didesa mana anda tinggal?	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
2	REGISTRASI Minta klien menyebut objek 11. (Pulpen) 12. (sapu lidi) 13.(Buku)	✓ ✓ ✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI 14.K 15.A 16.P 17.A 18.B	✓ ✓ ✓	✓ ✓
4	MENGIGAT Meminta klien untuk mengulangi objek diatas 19. (Pulpen) 20. (Sapu lidi)	✓ ✓	

	21. (Buku)		✓
5	<p>BAHASA</p> <p>a. Penamaan (Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan)</p> <p>22. Jam tangan</p> <p>22. Pensil</p> <p>b. Pengulangan (minta klien untuk mengulangi 3 kalimat berikut)</p> <p>24. tak ada jika, dan atau tetapi</p> <p>c. perintah tiga langkah</p> <p>25. Ambil kertas</p> <p>26. Lipat dua</p> <p>27. Taruh dilantai</p> <p>d. turuti hal berikut</p> <p>28. Tutup maya</p> <p>29. tulis satu kalimat</p> <p>30. Salin gambar</p>	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	

Analisa Hasil: (18)

Nilai < 21: Kerusakan Kognitif



INDEKS KATz

No	Aktifitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung dan ekstermitas 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	Berpakain Mengambil baju dari lemari,memakai pakaian, melepaskan pakaian,menggantung/mengikat pakaian. Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		✓ ✓
3	Kekamar kecil Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri Menerima bantuan untuk masukmasuk kekamar kecil dan menggunakan pispot	✓ ✓	
4	Berpindah Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bantu 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;pengunaan kateter, pispot,enema dan pembalut (pampres)	✓	
6	Makan Mengambil makanan dari piring dan menuapinya sendiri Bantu hal dalam mengambil makan dari piring dan menuapinya, tidak makan sama sekali dan makan parenteral (NGT)	✓ ✓	

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



DOKUMENTASI

