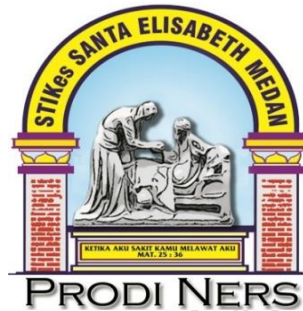


**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn.S PADA FASE LANJUT  
USIA DI DUSUN 9A SEI MENCIRIM DELI SERDANG  
TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



**Oleh:**

**Monica**  
**NIM. 052024026**

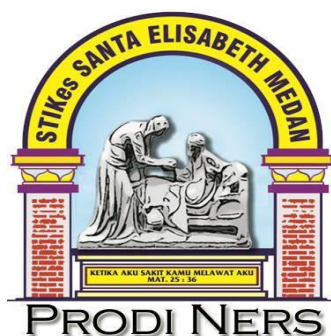
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
T.A 2024/2025**



# STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S PADA FASE LANJUT  
USIA DI DUSUN 9A SEI MENCIRIM DELI SERDANG  
TAHUN 2025**

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



**Oleh:**

**Monica**  
**NIM. 052024026**

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



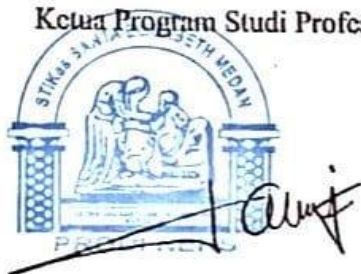
# STIKes Santa Elisabeth Medan

## LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN  
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL 16 Mei 2025

## MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karu, N.I.Kep., DNSc)

Scanned by TapScanner



## 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 16 Mei 2025

### TIM PENGUJI

#### TIM PENGUJI

#### TANDA TANGAN

Ketua : Dr. Lilis Novitarum, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN

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



## STIKes Santa Elisabeth Medan

### LEMBAR PERSETUJUAN

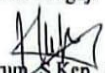
Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar  
Ners (Ns)

Oleh:  
Monica

Medan, 16 Mei 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

  
(Dr. Lilis Novitarum, S.Kep., Ns., M.Kep )

Anggota

  
(Sumfriati Sintra, S.Kep., Ns., MAN)

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



## KATA PENGANTAR

Penulis mengucapkan puji dan syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Dengan judul karya ilmiah akhir adalah “ **ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. S PADA FASE LANJUT USIA DI DUSUN 9A SEI MENCIRIM DELI SERDANG TAHUN 2025**” karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada jenjang profesi ners Program Studi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan.

Pada karya ilmiah akhir ini tidak semata-mata hasil kerja penulis sendiri, melainkan juga dukungan berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Lindawati Farida Tampubolon, S.kep., N.s., M.kep selaku Ketua Program Studi Ners Sekaligus penguji II saya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir dalam upaya penyelesaian pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
3. Dr. Lilis Novitarum, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji 1 saya yang telah memberikan waktunya untuk menguji saya yang telah sabar dan memberikan waktu dalam memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.



4. Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN selaku dosen penguji II saya yang telah memberikan waktunya untuk menguji saya yang telah sabar dan memberikan waktu dalam memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
5. Seluruh staf pengajar dan tenaga kependidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik dan membantu peneliti selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
6. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan Tahun 2025.
7. Teristimewa kepada keluarga tercinta saya, ayah Mangatas Ferminus Sinaga dan Ibu Nurhaida Sidabutar yang telah membesarkan saya, memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral dan material, motivasi dan semangat selama peneliti mengikuti pendidikan. Abang Saya Maruli Tua Sinaga dan beserta istrinya, Kakak saya Hermayuni Sinaga, Adik saya Rumondang Sinaga yang selalu memberi dukungan, doa dan dorongan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan dalam karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari materi maupun teknik asuhan keperawatan. Akhir kata penulis mengucapkan banyak terimakasih dan semoga karya ilmiah ini bermanfaat untuk kita dan semoga Tuhan Yesus Kristus mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu saya.



# STIKes Santa Elisabeth Medan

Medan, 16 Mei 2025

(Monica)

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN





## RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR

Monica, 052024026

“Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S Pada Fase Lanjut Usia di Dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang Tahun 2025”.

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Keluarga, Lanjut Usia, Gangguan Memori.

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat terdiri dua atau lebih Individu yang memiliki Ikatan Perkawinan, hubungan darah maupun tidak, kelahiran, adopsi, disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emotional Saling berinteraksi dan ketergantungan memiliki tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya Serta meningkatkan Perkembangan fisik Mental, emosional, sosial dari anggota Keluarga. Lanjut usia atau biasa disebut dengan istilah “lansia” merupakan seseorang yang telah mencapai tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia, yang ditandai dengan usia 60 tahun ke atas. Lansia mengalami suatu proses alami yang tidak dapat dihindari dan pasti akan dialami. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn S pada fase lanjut usia di dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang Tahun 2025. Hasil : Manifestasi yang timbul pada kasus gangguan memori relevan dengan teori buku dan data yang ditemukan di lapangan. Teknik yang digunakan yaitu senam otak (*Brain gym*).



## DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN .....	i
SAMPUL DALAM .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR BAGAN .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
 <b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	
1.1. Latar Belakang .....	
1.2. Rumusan Masalah .....	
1.3. Tujuan .....	
1.3.1 Tujuan umum .....	
1.3.2 Tujuan khusus .....	
1.4. Manfaat Penelitian .....	
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	
1.4.2 Manfaat praktis .....	
 <b>BAB 2 TINJAUAN TEORITIS .....</b>	
2.1 Konsep Dasar Keluarga.....	
2.1.1 Pengertian Keluarga.....	
2.1.2 Ciri-Ciri Keluarga dan Strukturnya.....	
2.1.3 Tipe Keluarga.....	
2.1.4 Fungsi Keluarga.....	
2.1.5 Tahap-Tahap Keluarga .....	
2.2 Konsep Dasar Lansia.....	
2.2.1 Defenisi Lansia.....	
2.2.2 Klasifikasi Lansia.....	
2.2.3 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	
2.3 Konsep Dasar Gangguan Memori.....	
2.3.1 Defenisi Gangguan Memori.....	
2.3.2 penyebab Gangguan Memori.....	
2.3.3 Klasifikasi Gngguan Memori.....	
2.3.4 Pathway Gangguan Memori.....	
2.4 Konsep Dasar Keperawatan .....	
2.4.1 Pengkajian Keperawatan .....	
2.4.2 Diagnosa Keperawatan.....	
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	



2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>	
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	
4.1. Pengkajian Keperawatan.....	
4.2. Diagnosa Keperawatan .....	
4.3. Intervensi Keperawatan .....	
4.4. Implementasi Keperawatan .....	
4.5. Evaluasi Keperawatan.....	
<b>BAB 5 Simpulan Dan Saran.....</b>	
5.1. Simpulan .....	
5.2. Saran.....	
5.2.1. Bagi Mahasiswa .....	
5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan .....	
5.2.3. Bagi Kepala Dusun Sei Mencirim.....	
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	



## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Saat terjadinya proses penuaan terdapat penurunan fungsi pada lansia, penurunan, termasuk penurunan fungsi kognitifnya. Dimensi kognitif yang dapat mengalami penurunan fungsi saat terjadi proses penuaan adalah kecepatan serta ketepatan dari proses berfikir yang berkaitan dengan penggunaan panca indra. Fungsi kognitif mampu mempengaruhi kualitas hidup lansia karena kerusakan pada kognitif sehingga dapat menurunkan kualitas hidup lansia. Hal ini disebabkan oleh bertambahnya usia di mana adanya perubahan pada fungsi otak yang dialami lansia yaitu kesulitan dalam mengingat kembali atau mudah lupa (gejala ringan).

Demensia adalah hilangnya fungsi kognitif-berpikir, mengingat, dan bernalar-sedemikian rupa sehingga mengganggu kehidupan dan aktivitas sehari-hari seseorang. Beberapa penderita demensia tidak dapat mengendalikan emosinya, dan kepribadiannya dapat berubah. Tingkat keparahan demensia berkisar dari tahap paling ringan, saat baru mulai memengaruhi fungsi seseorang, hingga tahap paling parah, saat orang tersebut harus bergantung sepenuhnya pada orang lain untuk aktivitas dasar kehidupan sehari-hari, seperti makan dan mandi.

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat terdiri dua atau lebih Individu yang memiliki Ikatan Perkawinan, hubungan darah maupun tidak, kelahiran, adopsi disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emotional Saling berinteraksi dan ketergantungan memiliki tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya



Serta meningkatkan Perkembangan fisik Mental, emosional, sosial dari anggota Keluarga. Keluarga merupakan aspek penting dalam perawatan, berkontribusi terhadap status kesehatan, anggota keluarga karena bagian komunitas dalam strategi pencapaian pembangunan kesehatan masyarakat yang optimal dan kunci pembangunan karena keluarga dapat mencegah, mengatasi, menyebabkan serta mengabaikan masalah kesehatan, faktor utama penentu gaya hidup positif dan faktor penentu keberhasilan dalam perilaku hidup sehat.

Lanjut usia atau biasa disebut dengan istilah “lansia” merupakan seseorang yang telah mencapai tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia, yang ditandai dengan usia 60 tahun ke atas. Lansia mengalami suatu proses alami yang tidak dapat dihindari dan pasti akan dialami. Secara kronologis, lansia dikategorikan berdasarkan usia, tetapi konsep lansia lebih dari sekadar penambahan usia. Lansia dianggap sebagai kelompok orang yang mengalami perubahan kompleks dalam hal fisik, psikologis, dan sosial. Perubahan ini mencakup penurunan fungsi fisiologis, seperti penurunan kekuatan otot, penurunan kapasitas organ, dan penurunan sistem kekebalan tubuh. Di sisi psikologis, lansia mungkin mengalami perubahan dalam kognitif, seperti memori dan pemrosesan informasi, serta kesulitan emosional, seperti adaptasi terhadap kehilangan (Agnes dkk, 2022).

Menurut Departemen kesehatan Republik Indonesia, seseorang dianggap lanjut usia ketika Mereka mencapai usia 53 tahun keatas. Proyeksi penduduk lain tahun 2010 hingga 2035 menunjukkan bahwa pada tahun 2020, Indonesia akan mengalami Periode Penuaan dimana 10% dari penduduknya Akan berusia 60 tahun ke atas. Tingginya usia Harapan Hidup (UHH) merupakan salah satu



Indikator yang menggambarkan Pencapaian Pembangunan nasional dalam bidang Kesehatan (Kemenkes RI, 2020). Pada tahun 2030, diperkirakan setidaknya 1 dari 6 penduduk dunia adalah lansia (WHO, 2022). Jumlah penduduk dunia yang berusia 60 tahun ke atas diperkirakan akan meningkat dari 1,4 miliar pada tahun 2020 menjadi 2,1 miliar pada tahun 2050. Sejak tahun 2021, Indonesia telah memasuki struktur penduduk tua (*ageing population*) di mana sekitar 1 dari 10 penduduk adalah lansia.

Data Susenas Maret 2022 memperlihatkan sebanyak 10,48 persen penduduk adalah lansia, dengan nilai rasio ketergantungan lansia sebesar 16,09. Artinya, setiap satu orang lansia didukung oleh sekitar 6 orang penduduk usia produktif (umur 15-59 tahun). Lansia perempuan lebih banyak daripada laki-laki (51,81 persen berbanding 48,19 persen) dan lansia di perkotaan lebih banyak daripada perdesaan (56,05 persen berbanding 43,95 persen). Sebanyak 65,56 persen lansia tergolong lansia muda (60-69 tahun), 26,76 persen lansia madya (70-79 tahun), dan 7,69 persen lansia tua (80 tahun ke atas). Yogyakarta adalah provinsi dengan proporsi lansia tertinggi (16,69 persen) sedangkan provinsi dengan proporsi lansia terendah adalah Papua (5,02 persen). Pada tahun 2022, terdapat delapan provinsi yang termasuk *ageing population* yaitu Sumatera Barat, Lampung, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Utara dan Sulawesi Selatan (Yuwono, 2022).

Proses usia lanjut dan Pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai Proses Stresor dan kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi



kesehatan (Nadirawati, 2018)). Hasil Penelitian menunjukkan bahwa tugas perkembangan keluarga pada keluarga tahap lansia terbanyak pada kategori cukup 18 orang dengan Presentasi 49%. Tugas perkembangan keluarga pada tahap Usia lanjut yang paling banyak dijalankan oleh keluarga adalah anggota keluarga sering berinteraksi dengan tetangga dan paling sedikit yaitu anggota keluarga melakukan pemeriksaan Kesehatan. Hasil Penelitian ini dikategorikan cukup karena dipengaruhi dengan faktor pekerjaan. Kepala keluarga sebagian besar berprofesi sebagai petani dimana Ini dapat mempengaruhi jumlah Pendapatan. Faktor lainnya keluarga sering kali merasa cemas dengan kesehatan (Theresia dkk, 2022).

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk budaya yang sehat dalam masyarakat karena masalah kesehatan keluarga memiliki dampak signifikan pada anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya. Perawatan kesehatan keluarga adalah suatu proses yang melibatkan 14 penyediaan perawatan kesehatan yang mencakup praktik keperawatan. Dalam konteks ini, perawat memiliki sejumlah peran yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan pada tingkat keluarga (Kaakinen et al., 2018). Salah satunya adalah peran sebagai pendidik kesehatan, di mana perawat memberikan pendidikan kepada keluarga tentang berbagai aspek kesehatan, termasuk penyakit dan perawatan. Misalnya, perawat dapat mengajar orang tua cara merawat bayi atau memberikan informasi tentang diabetes kepada seorang remaja yang baru saja didiagnosis. Selanjutnya, perawat berperan sebagai koordinator, kolaborator, navigator dan penghubung yang membantu keluarga merencanakan perawatan

dan mengkoordinasikan layanan kesehatan yang diperlukan. Contohnya perawat dapat membantu keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami kecelakaan untuk mengakses sumber daya perawatan yang berbeda.

Perawat juga dapat berperan sebagai konsultan yang memberikan panduan dan dukungan kepada keluarga sesuai kebutuhan mereka, serta sebagai konselor yang membantu individu dan keluarga dalam mengatasi masalah dan mengubah perilaku. Sebagai penemu kasus, perawat terlibat dalam identifikasi masalah kesehatan dalam keluarga, seperti mencari sumber penularan pada kasus infeksi menular seksual. Perawat juga memiliki peran sebagai spesialis lingkungan, berkolaborasi dengan keluarga dan penyedia layanan kesehatan lainnya untuk memodifikasi lingkungan sesuai kebutuhan, seperti memodifikasi rumah untuk memfasilitasi mobilitas pasien yang menggunakan kursi roda. Kesimpulannya, perawat memiliki beragam peran yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Untuk menjalankan peran-peran ini secara efektif, kerjasama tim dan kolaborasi dengan profesi lain dalam tim perawatan sangat diperlukan.

### 1.2 Rumusan Masalah

Masalah dirumuskan berdasarkan latar belakang diatas adalah:  
“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada TN. S Dengan Gangguan Memori Di Dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang Tahun 2025?”

### 1.3 Tujuan





### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan gangguan memori di dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang Tahun 2025.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian masalah kesehatan keluarga Tn.S pada fase lanjut usia di Dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan keluarga Tn.S pada fase lanjut usia di Dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang
3. Mahasiswa mampu merencanakan intervensi keperawatan keluarga Tn.S pada fase lanjut usia di Dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang
4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan keluarga Tn. S pada fase lanjut usia di Dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan keluarga Tn. S pada fase lanjut usia di Dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari karya ilmiah akhir ini di harapkan menjadi sumber bacaan dan dapat mengembangkan pengetahuan mengenai Asuhan keperawatan keluarga Tn.S Pada Fase Lanjut Usia Di Dusun 9A Sei Mencirim Deli Serdang Tahun 2025.

### 1.4.2 Manfaat praktis



1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan pembelajaran serta menjadi tolak ukur mahasiswa dalam mengimplementasikan metode asuhan keperawatan keluarga pada fase lanjut usia

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Untuk meningkatkan knowledge, kapasitas serta efisiensi dalam penerapan asuhan keperawatan keluarga pada Tahap lansia

3. Bagi profesi keperawatan

Manfaatnya dapat memberikan asuhan keperawatan dan menambah pengetahuan intervensi keperawatan pada keluarga pada fase lanjut usia

## **BAB 2** **TINJAUAN TEORITIS**

### **2.1 Konsep Keluarga**

#### **2.1.1 Definisi Keluarga**

Menurut (Qomariyah, 2021) bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki hubungan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk, menciptakan memelihara budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, emosional dan sosialnya dalam setiap anggota keluarga. Menurut Nadirawati (2018) keluarga adalah dua orang atau lebih yang dipersatukan melalui kesatuan emosional dan keintiman serta memandang dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga adalah sekelompok dua orang atau lebih yang disatukan oleh persatuan dan ikatan emosional tidak hanya berdasarkan keturunan atau hukum tetapi mungkin dengan cara ini mereka menghadiri mereka sebagai keluarga dan mengidentifikasi mereka sebagai bagian dari keluarga.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil di masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih dan adanya hubungan ikatan pegawai dan hubungan darah hidup dalam satu rumah tangga dan berada di bawah asuhan seorang kepala keluarga rumah tangga yang mempunyai ikatan batin, tanggung jawab dan saling menyayangi.

### 2.1.2 Ciri-ciri keluarga dan struktur keluarga

#### A. Ciri-Ciri Keluarga

Ciri –ciri keluarga sebagai berikut menurut (Restu et al.,2022) :

1. Terorganisasi, dimana anggota keluarga saling berhubungan dan saling ketergantungan.
2. Terdapat keterbatasan, dimana anggota keluarga bebas menjalankan fungsi dan tugasnya namun tetap memiliki keterbatasan.
3. Terdapat perbedaan dan kekhususan, setiap anggota keluarga memiliki peranan dan fungsi masing.

#### B. Struktur Keluarga

Menurut Restu (2022) salah satu pendekatan dalam keluarga adalah pendekatan struktural fungsional, struktur keluarga yang menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit ditata dan saling terkait satu sama lain.

Struktur dalam keluarga terbagi menjadi 4 yaitu:

##### a Pola komunikasi keluarga

Komunikasi sangatlah penting dalam suatu hubungan namun tidak hanya untuk keluarga, tetapi juga untuk semua jenis hubungan. Tanpa komunikasi, tidak akan ada hubungan yang dekat dan intim atau bahkan

saling pengertian. Dalam keluarga ada beberapa interaksi yang efektif dan beberapa tidak.

### b Struktur Peran

struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi tertentu. Ayah yang berperan sebagai kepala keluarga, ibu berperan sebagai daerah domestik keluarga dan anak yang memiliki perannya masing-masing dan berharap dapat saling memahami dan mendukung. Selain peran utama terdapat peran informal, peran tersebut dilakukan dalam kondisi tertentu atau sudah menjadi kesepakatan antar anggota keluarga.

### c struktur kekuatan

kondisi struktur yang menggambarkan adanya kekuasaan yang digunakan untuk mengontrol dan mempengaruhi anggota keluarga lainnya dalam sebuah keluarga, individu dalam keluarga memiliki kekuatan untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah yang lebih positif dalam hal perilaku dan kesehatan. Ketika seseorang memiliki kekuatan sebenarnya dia dapat mengontrol interaksi dimana kekuatan ini dapat dibangun dengan berbagai cara.

### 2.1.3 Tipe Tipe Keluarga



Menurut Setyowati (2018) keluarga membutuhkan layanan kesehatan untuk berbagai gaya hidup. Dengan perkembangan masyarakat jenis keluarga juga akan berkembang.

Untuk melibatkan keluarga dalam meningkatkan kesehatan, maka perlu memahami semua tipe dalam keluarga sebagai berikut :

a. *Nuclear family* (keluarga inti)

Terdiri dari orang tua dan anak yang masih menjadi tanggungannya dan tinggal dalam satu rumah, terpisah dari sanak keluarga lainnya.

b. *Extended family* (keluarga besar)

Yaitu satu keluarga yang terdiri dari satu atau dua keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah dan saling menunjang satu sama lain.

c. *Single parent family*

yaitu satu keluarga yang dikepalai oleh satu kepala keluarga dan hidup bersama dengan anak-anak yang masih bergantung kepadanya.

d. *Nuclear dyed*

yaitu keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak, tinggal dalam satu rumah yang sama.

e. *Blanded family*

yaitu suatu keluarga yang terbentuk dari perkawinan pasangan yang masing-masing pernah menikah dan membawa anak hasil perkawinan terdahulu.<sup>10</sup>

f. *Three generation family*

yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yaitu kakek, nenek, bapak, ibu, dan anak dalam satu rumah.

*g. Single adult living alone*

yaitu bentuk keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa yang hidup dalam rumahnya.

*h. Middle age atau elderly couple*

yaitu keluarga yang terdiri dari pasangan suami-istri paruh baya.

### 2.1.4 Fungsi Keluarga

Fungsi pokok keluarga secara umum berdasarkan (Restu, 2022) sebagai berikut:

1) Fungsi afektif

Merupakan fungsi utama dalam mengajarkan keluarga segala sesuatu dalam mempersiapkan anggota keluarga dapat bersosialisasi dengan orang lain.

2) Fungsi sosialisasi

Merupakan fungsi dalam Keperawatan Keluarga yang mengembangkan dan mengajarkan anak bagaimana berekehidupan sosial sebelum anak meninggalkan rumah dan bersosialisasi dengan orang lain di luar rumah.

3) Fungsi reproduksi

Merupakan fungsi untuk mempertahankan keturunan atau generasi dan dapat menjaga kelangsungan keluarga.

4) Fungsi ekonomi

Merupakan keluarga yang berfungsi dalam memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu sehingga meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarga.

### 5) Fungsi perawatan

Merupakan fungsi dalam mempertahankan status kesehatan keluarga dan anggota keluarga agar tetap produktif.

### 2.1.5 Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga

Adapun 8 tahap perkembangan keluarga menurut (Nadirawati, 2018) sebagai berikut :

#### 1. Tahap 1: Pasangan baru ( *Begining Family* )

Tahap perkembangan keluarga dari pasangan baru menikah dimulai dengan pernikahan seorang anak laki-laki dan perempuan yang menandai dimulainya sebuah keluarga baru. Adapun tugas perkembangan tahap ini sebagai berikut:

- a. Menciptakan sebuah perkawinan yang saling memuaskan
- b. Menjalinkan hubungan dengan keluarga pasangan, mertua, ibu mertua dan lain-lain
- c. Mendiskusikan rencana memiliki anak (menjadi orang tua).

#### 2. Tahap II: Keluarga Kelahiran anak pertama ( *Child-Bearing* )





Tahap kedua dimulai dari kelahiran anak pertama dan berlangsung hingga anak pertama berusia 30 bulan. Adapun tugas perkembangan tahap ini sebagai berikut:

- a. Siap menjadi orang tua
- b. Beradaptasi dengan anggota keluarga yang berubah: peran, interaksi, hubungan dan aktivitas seksual
- c. Menjaga hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

### 3. Tahap III: Keluarga dengan Anak Prasekolah

Tahap ini dimulai dengan kelahiran anak pertama pada usia 2,5 tahun dan berakhir pada usia 5 tahun. Adapun tugas perkembangan tahap ini sebagai berikut:

- a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan perumahan, privasi dan keamanan
- b. Bantu anak-anak bersosialisasi
- c. Beradaptasi dengan bayi yang baru lahir sekaligus harus memenuhi kebutuhan anak lainnya
- d. Menjaga hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan)
- e. Alokasikan waktu untuk individu, pasangan dan anak-anak
- f. Bagikan tanggung jawab anggota keluarga



- g. Kegiatan dan waktu untuk merangsang tumbuh kembang anak
- h. Frustrasi atau konflik peran orang tua yang mengarah pada perlindungan dan disiplin yang berlebihan dapat menghambat kreativitas anak
- i. Merasa frustrasi dengan perilaku anak atau masalah lain dalam keluarga yang menyebabkan pelecehan anak.
- j. Terjadi kesalahan peran, menyebabkan orang tua menolak untuk berpartisipasi dalam peran pengasuhan, yang menyebabkan kelalaian anak
- k. Masalah anak-anak dengan kesulitan makan
- l. Masalah kecemburuan dan persaingan di antara anak-anak.

#### 4. Tahap IV: Keluarga dengan Anak Sekolah

Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun, pada tahap ini biasanya anggota keluarga paling banyak, jadi keluarga sangat sibuk, selain aktivitas sekolah, setiap anak memiliki aktivitas dan minatnya masing-masing. Adapun tugas perkembangan tahap ini sebagai berikut:

- a. Membantu anak-anak dengan kegiatan penjangkauan, tetangga, sekolah dan lingkungan termasuk meningkatkan kinerja sekolah dan mengembangkan hubungan teman sebaya yang sehat.
- b. Menjaga hubungan intim dengan pasangan
- c. Memenuhi kebutuhan hidup dan biaya hidup yang terus meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.



### 5. Tahap V: Keluarga dengan Anak Remaja

Masa remaja dianggap penting karena adanya perubahan tubuh dan perkembangan kecerdasan yang pesat, selama masa transisi dari masa kanak-kanak hingga dewasa. Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan meninggalkan rumah orang tuanya setelah 6-7 tahun. Adapun tugas perkembangan tahap ini sebagai berikut:

- a. Mempertimbangkan bertambahnya usia dan kemandirian kaum muda, berikan kebebasan untuk menyeimbangkan tanggung jawab dan tanggung jawab
- b. Menjaga hubungan dekat dengan keluarga
- c. Menjaga komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, permusuhan dan keraguan
- d. Mengubah peran dan aturan tumbuh kembang keluarga.

### 6. Tahap VI: Keluarga dengan Anak Dewasa (Pelepasan)

Fase ini dimulai dari terakhir kali anak meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga atau apakah anak sudah menikah dan terus tinggal bersama orang tuanya tujuan utama tahapan ini adalah menata kembali keluarga untuk terus berperan melepaskan anak untuk hidup sendiri. Adapun tugas perkembangan keluarga dengan anak dewasa, sebagai berikut:

- a. Perluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- b. Menjaga hubungan intim dengan pasangan



- c. Membantu orang tua dari suami / istri yang sakit dan memasuki usia lanjut
- d. Membantu anak-anak untuk mandiri dalam masyarakat
- e. Sesuaikan peran dan aktivitas keluarga

### 7. Tahap VII: Keluarga Usia Pertengahan

Tahap ini dimulai dari terakhir kali anak meninggalkan rumah hingga pensiun atau kematian pasangannya. Pada beberapa pasangan sulit pada tahap ini karena masalah usia tua, perpisahan dari anak, dan rasa bersalah gagal menjadi orang tua. Adapun tugas perkembangan keluarga dengan usia pertengahan:

- a. Tetap sehat
- b. Menjaga hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
- c. Meningkatkan keintiman pasangan

### 8. Tahap VIII: Keluarga Usia Lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut saat salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses masa tua dan masa pensiun merupakan kenyataan yang tidak terhindarkan karena berbagai tekanan dan kerugian yang harus dialami keluarga. Tekanan tersebut adalah perasaan kehilangan pendapatan, hilangnya berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan, serta penurunan produktivitas dan fungsi kesehatan.

Adapun tugas perkembangan keluarga dengan usia lanjut :



- a. Menyesuaikan Diri dengan Perubahan Fisik dan Kesehatan
- b. Menyesuaikan Diri dengan Perubahan Finansial
- c. Mempertahankan Hubungan Perkawinan
- d. Menjaga Ikatan Keluarga Antar Generasi
- e. Melakukan Review Hidup (refleksi dan evaluasi terhadap perjalanan hidup mereka)
- f. Menerima Pasangan dan Perubahan

## 2.2 Konsep Dasar Lansia

### 2.2.1 Definisi Lansia

Lanjut usia menurut Kemenkes adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Mahdi, 2022). Lanjut usia atau usia tua (lansia) adalah suatu periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode dimana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh bermanfaat (Fredy et al., 2021). Lansia merupakan kelompok usia yang berada pada tahap akhir dari fase kehidupan yang akan mengalami proses menua (*aging process*) (Supriatun, 2022). Lansia akan mengalami perubahan fisik dari kondisi tubuh yang semula kuat menjadi lemah, perubahan kondisi yang dialami lansia ini cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan fisik dan kesehatan psikis (Miniarti, 2022).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa lansia merupakan suatu proses alami yang dilalui oleh individu sepanjang usianya ditandai dengan perubahan fisik, penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dan berkurangnya fungsi jaringan secara perlahan-lahan sehingga mengalami ketidakmampuan dalam menghadapi infeksi dan memperbaiki kerusakan jaringan yang dialaminya. Hal ini yang menyebabkan lansia cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan fisik dan kesehatan psikis.

### 2.2.2 Klasifikasi Lansia

Terdapat beberapa batasan usia lansia menurut para ahli sebagai berikut:

- a. Menurut Andriani (2022) mengklasifikasi lansia menjadi beberapa kategori meliputi:
  1. Usia pertengahan (middle age) : 45-59 tahun.
  2. Lanjut usia (elderly) : 60-74 tahun
  3. Lansia tua (old) : 75-90 tahun
  4. Lansia sangat tua (very old) : > 90 tahun
- b. Menurut Kemenkes RI (2016) membagi lansia ke dalam 3 kategori, yaitu:
  1. Lansia dini (45 sampai < 60 tahun) yaitu kelompok yang baru memasuki lansia atau pra lansia

2. Lansia pertengahan (60 sampai 70 tahun)
3. Lansia dengan risiko tinggi ( >70 tahun)

### 2.2.3 Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Lansia

Semakin bertambahnya usia seseorang, maka akan terjadi proses penuaan secara degeneratif yang sering kali berdampak pada perubahan-perubahan pada jiwa maupun diri manusia tidak hanya perubahan fisik namun juga perubahan pada kognitif, perasaan, sosial dan seksual (National & Pillars, 2020).

1. Perubahan fisik

- a. Sistem keseluruhan

Penurunan tinggi badan dan berat badan berkurangnya cairan tubuh

- b. Sistem pendengaran

Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) yang terjadi karena hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga bagian dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada tinggi, suara yang tidak jelas, kata-kata yang sulit dimengerti yang seringkali terjadi pada lansia > 60 tahun.

- c. Sistem integumen

Kulit lansia mengalami atrofi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbecak.

- d. Sistem muscular

Kecepatan dan kekuatan kontraksi otot skeletal berkurang, pengecilan otot karena menurunnya serabut otot, tetapi tidak mempengaruhi otot polos.

e. Sistem kardiovaskular

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi serta kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat, penumpukan lipofusin, klasifikasi SA node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

f. Sistem perkemihan

Ginjal mengecil, penurunan aliran darah ke ginjal, filtrasi glomerulus menurun, kapasitas kandung kemih menurun karena otot-otot melemah, frekuensi berkemih meningkat.

g. Sistem pernafasan

Otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas silia, berkurangnya elastisitas paru, melebarnya ukuran paru, jumlah alveoli yang berkurang, berkurangnya maksimal oksigen uptake.

h. Sistem gastrointestinal

Penurunan indera pengecap karena adanya iritasi kronis dari selaput lendir, penurunan sensitivitas saraf pengecap di lidah (rentang rasa asin, asam dan pahit). Pada lambung, sensitivitas lapar menurun, asam lambung menurun.

i. Sistem penglihatan



Perubahan sistem penglihatan pada lansia berkaitan dengan presbiopi (berkurangnya luas pandang, berkurangnya sensitifitas terhadap warna, menurunnya kemampuan dalam membedakan warna)

j. Sistem persyarafan

Penurunan sensitifitas sentuhan, berkurangnya berat otak menjadi 10-12%, kemunduran fungsi saraf otonom.

2. Perubahan kognitif

Pada lansia, seringkali memori jangka pendek, pikiran, kemampuan berbicara serta kemampuan motorik terpengaruh. Dimana lansia akan kehilangan kemampuan dan pengetahuan yang didapatkan sebelumnya serta cenderung akan mengalami demensia.

3. Perubahan psikososial

a. Kesepian

Terjadi pada saat kehilangan pasangan hidup atau teman dekatnya, terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas maupun gangguan sensorik (pendengaran).

b. Gangguan kecemasan

Terbagi menjadi beberapa golongan yaitu fobia, panik, gangguan kecemasan umum, gangguan stress setelah trauma serta gangguan obsesif

kompulsif. Gangguan gangguan tersebut seringkali berhubungan dengan penyakit medis, depresi, efek samping obat maupun gejala penghentian mendadak dari pemakaian obat.

### c. Gangguan tidur

Gangguan tidur pada lansia dikenal sebagai penyebab morbiditas yang menimbulkan beberapa dampak seperti mengantuk berlebihan pada siang hari, gangguan atensi dan memori, mood depresi, sering terjatuh dan penurunan kualitas hidup.

## 2.3 Konsep Dasar Gangguan Memori

### 2.3.1 Defenisi Gangguan Memori

Gangguan memori atau kognitif adalah kondisi patofisiologis yang dapat merusak atau mengubah jaringan otak, mengganggu fungsi serebral, tanpa memandang penyebab fisiknya. Gangguan kognitif adalah gangguan yang terkait erat dengan fungsi otak, karena kemampuan seseorang untuk berpikir, mengingat, dan memproses informasi dipengaruhi oleh kondisi otak mereka. Dua gangguan kognitif yang umum adalah delirium, yang ditandai oleh perubahan cepat dalam

kesadaran dan perhatian, serta demensia, yang melibatkan penurunan yang signifikan dalam fungsi kognitif yang mengganggu aktivitas sehari-hari.

Gangguan kognitif merupakan salah satu masalah kesehatan lansia dan merupakan prediktor mayor kejadian demensia yang masih menjadi permasalahan kesehatan dan sosial. Seiring dengan bertambahnya usia, lansia mengalami perubahan fisik, psikologis dan sosial yang akan menurunkan kemampuan intelektual. Penurunan fungsi intelektual merupakan masalah paling serius ketika proses penuaan yang akan mengakibatkan lansia sulit untuk hidup mandiri, dan meningkatkan risiko terjadinya demensia sehingga lansia akan mengalami gangguan perilaku dan penurunan kualitas hidup.

### 2.3.2 Penyebab Terjadinya Gangguan Kognitif

Beberapa penyebab terjadinya gangguan fungsi kognitif adalah:

- a. Usia
- b. Gender
- c. Ras
- d. Genetik
- e. Kebiasaan merokok
- f. Tekanan darah,
- g. Payah jantung
- h. Aritmi jantung
- i. Diabetes melitus
- j. Kadar lipid dan kolesterol

k. Fungsi tiroid

l. Obesitas

m. Nutrisi

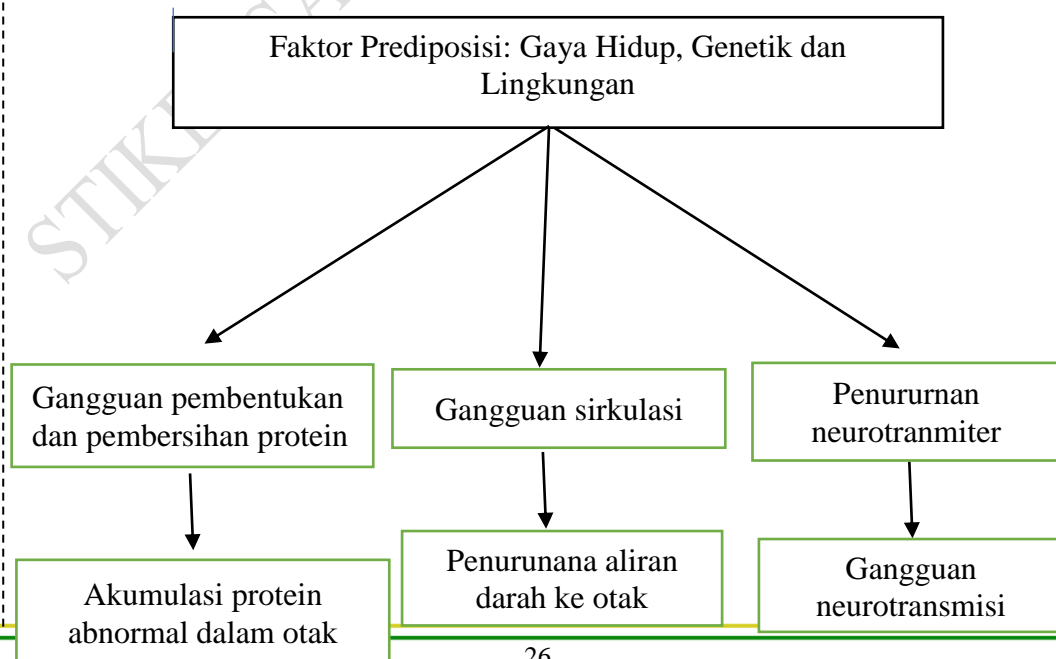
n. Alkohol

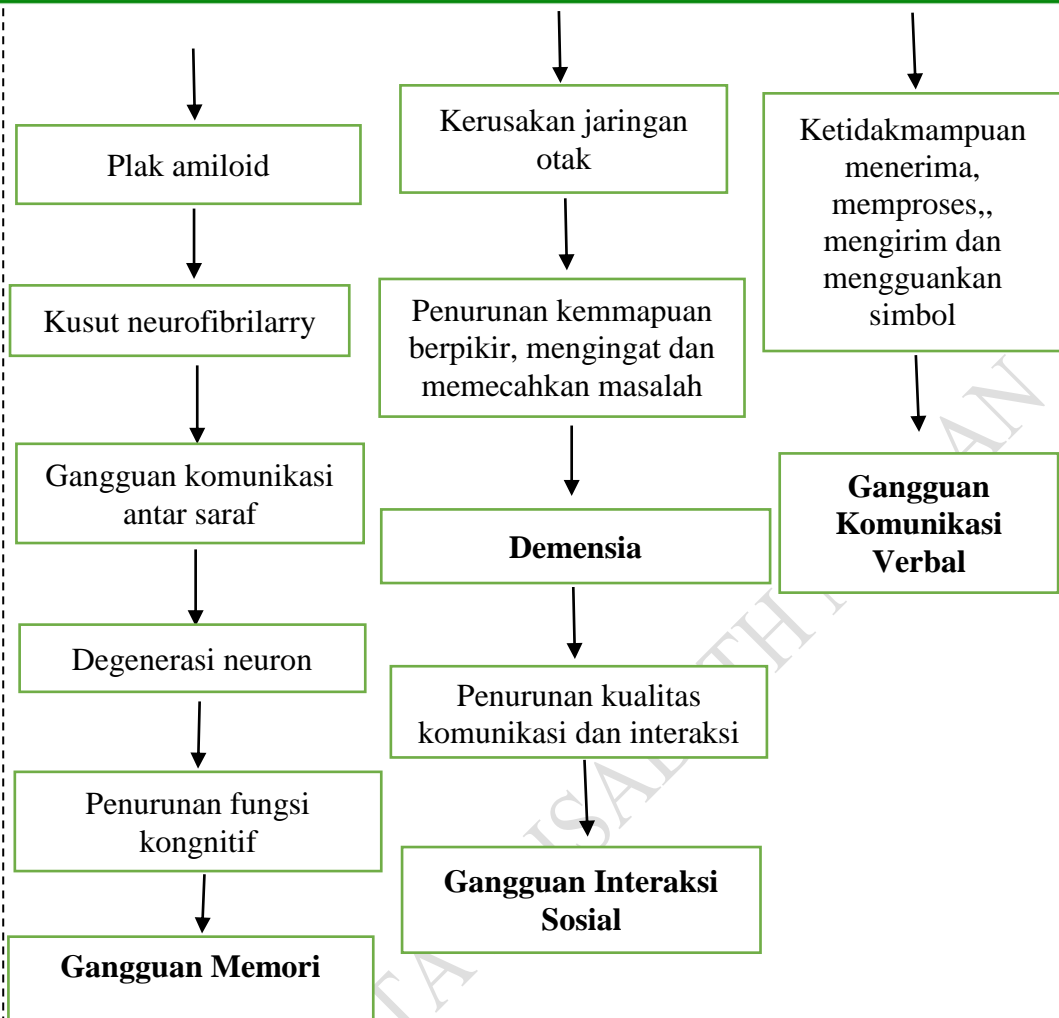
o. Trauma

### 2.3.3 Klasifikasi Gangguan Memori

Menurut Amin dan Malik (2013) bahwa sistem memori manusia dapat dibagi menjadi tiga, yaitu memori sensorik (sensory memory), memori jangka pendek (short-term memory), dan memori jangka panjang (long-term memory). Ketiga memori tersebut memiliki kapasitas penyimpanan yang berbeda. Memori sensorik memiliki kapasitas untuk menyimpan informasi hanya dalam beberapa detik saja, sedangkan memori jangka pendek dapat menyimpan informasi Selma 15 detik untuk 7 item. Berbeda dengan dua sistem memori sebelumnya, kapasitas pada memori jangka panjang sangat besar, bahkan tidak terbatas, sehingga manusia dapat menyimpan informasi yang didapat sebanyak banyaknya dalam jangka waktu yang lama.

#### 2.3.4 Pathway





## MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)

### Batasan

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

### Tujuan

Untuk mengkaji kemajuan klien berhubungan dengan intervensi

### Prinsip

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

### Alat

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



## STIKes Santa Elisabeth Medan

NO	ITEM PENILAIN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	<b>ORIENTASI</b>		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang?		
	3. Tanggal berapa sekarang?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang?		
	6. Di negara mana anda tinggal?		
	7. Di provinsi mana anda tinggal?		
	8. Dikabupaten mana anda tinggal?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal?		
	10. Di desa mana anda tinggal?		
2	<b>REGISTRASI</b>		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. .bunga.....		
	12. ..bantal .....		
3	13. ...meja .....		
	<b>PERHATIAN DAN KULKULASI</b>		
	Minta klien meneje 5 kata dari belakang , misal ” BAPAK”		
	14. K		
	15. A		
	16. P		



## STIKes Santa Elisabeth Medan

NO	ITEM PENILIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
	17. A		
	18. B		
	<b>MENGINAT</b>		
	Minta klien untuk mengulang objek di atas		
	19. .bunga.....		
	.		
	20. .bantal.....		
	.		
	21. ..meja .....		
	<b>BAHASA</b>		
	<b>a. Penamaan</b>		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	<b>b. Pengeulangan</b>		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut:		
	24. :tidak ada jika, dan, atau tetapi”		
	<b>c. Perintah tiga langkah</b>		
	25. Ambil kertas!		
	26. Lipat dua!		
	27. Taruh dilantai!		
	<b>d. Turutin hal berikut</b>		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
	<b>JUMLAH</b>		

Analisa hasil :

Catatan :

Interpretasi hasil yang didapatkan  
24-30 : tidak ada gangguan kognitif  
18-23 : gangguan kognitif sedang  
0-17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan :





### INVENTARIS SEPRESI BECK (IDB)

Batasan

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

Tujuan

Membantu dalam memperikarakan beratnya depresi

Prinsip

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

Alat

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

Prosedur

No	ITEM PERTANYAAN	SKOR
1	<b>Kesedihan</b>	
	Saya sangat sedih/ tidak berbahagia Dimana saya tidak dapat menghadapinya	3
	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan tidak dapat keluar dirinya	2
	Saya merasa sedih atau galau	1
	Saya tidak merasa sedih	0
2	<b>Perimisme</b>	
	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik	3
	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang ke depan	2
	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan	1



	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	0
3	<b>Rasa Kegagalan</b>	
	Saya merasa benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, istri)	3
	Seperti melihat kebelakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan	2
	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	1
	Saya tidak merasa gagal	0
4	<b>Ketidakpuasan</b>	
	Saya tidak puas dengan segalanya	3
	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	2
	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	1
	Saya tidak merasa tidak puas	0
5	<b>Rasa bersalah</b>	
	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tidak berharga	3
	Saya merasa sangat bersalah	2
	Saya merasa buruk atau tidak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik	1
	Saya merasa benar-benar tidak bersalah	0
6	<b>Tidak menyukai diri sendiri</b>	
	Saya benci diri saya sendiri	3
	Saya muak dengan diri saya sendiri	2
	Saya tidak suka dengan diri sendiri	1
	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	0
	<b>Membahayakan diri sendiri</b>	



<b>7</b>		
	Saya akan membunuh diri sendiri jika saya mempunyai kesempatan	3
	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	2
	Saya merasa lebih baik mati	1
	Saya tidak mempunyai pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	0
<b>8</b>	<b>Menarik diri dari sosial</b>	
	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua	3
	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasan pada orang lain	2
	Saya kurang berminat pada orang lain daripada sebelumnya	1
	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain	0
<b>9</b>	<b>Keragu-raguan</b>	
	Saya tidak membuat keputusan sama sekali	3
	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat Keputusan	2
	Saya berusaha mengambil Keputusan	1
	Saya membuat Keputusan dengan baik	0
<b>10</b>	<b>Perubahan Gambaran diri</b>	
	Saya merasa bahwa saya jelek dan menjijikan	3
	Saya merasa bahwa ada perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak menarik	2
	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik	1
	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya	0



11	<b>Kesulitan kerja</b>	
	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali	3
	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu	2
	Ini memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu	1
	Saya dapat berkerja kira-kira sebaik sebelumnya	0
12	<b>Keletihan</b>	
	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu	3
	Saya lelah melakukan sesuatu	2
	Saya lelah lebih dari biasanya	1
	Saya tidak lebih lelah dari biasanya	0
13	<b>Anoreksia</b>	
	Saya tidak lagi menyukai nafsu makan sama sekali	3
	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang	2
	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya	1
	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya	0

### Penilaian

0-4 : Depresi tidak ada atau minimal

5-7 : Depresi ringan

8-15 : Depresi sedang

16 : Depresi berat

### Catatan



### INDEKS KATz

#### Batasan

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

#### Tujuan

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

#### Prinsip

1. tenang dan sabar
2. akurat dan sistematis
3. berkesinambungan

#### Alat

1. Lembar observasi
2. alat tulis (pulpe dan buku tulis )

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantungan
1	Mandi ;		
	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.		
	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta mandi sendiri		
2.	<b>Berpakaian</b>		
	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian		
	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3.	<b>Kekamar kecil</b>		
	Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri		
	Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4.	<b>Berpindah</b>		
	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri		
	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat		



	tidur atau kursi,tidak melakukan satu atau lebih berpindah		
<b>5.</b>	<b>Kontinen</b>		
	BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri		
	Inkontinensia persial atau total: penggunaan kateter,pispot,enema dan pembalut (pampers)		
<b>6</b>	<b>Malam</b>		
	Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri  Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya,tidak makan sama sekali dan makan parenteral		

**Keterangan:**

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil: ✓

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

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

Nilai C ; Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut : kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

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

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

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

Nilai G ; Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

**Catatan**

----------------------



### Pemeriksaan menggunakan format Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

NO	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang? Jawab : 10:00		
2	Tahun berapa sekarang? Jawab : Tidak ingat		
3	Kapan bapak lahir? Jawab : Lupa tanggal		
4	Berapa umur bapak sekarang? Jawab : 70 Tahun		
5	Dimana alamat bapak sekarang? Jawab: Lupa nama jalannya		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama bapak? Jawab: 2 orang		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak? Jawab:		
8	Tahun berapa hari kemerdekaan indonesia? Jawab: Tidak ingat		
9	Siapa nama presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab: Prabowo		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 Jawab:20,19,18,17,16,15,14,13,12,11,10,9,8,7,6,5,4,3,2,1		

#### Analisa hasil

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

#### Catatan

### 2.4 Konsep Dasar Keperawatan



### 2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Adapun pengkajian keluarga dapat dijelaskan sebagai berikut:  
(Nadiarawati, 2018):

#### 1. Data Identitas

Terdiri dari nama keluarga (kepala keluarga)

a Alamat dan nomor handphone

b Komposisi keluarga

komposisi keluarga berdasarkan kartu keluarga yang masih tinggal  
1 rumah dengan kepala keluarga

c Tipe keluarga

Tipe keluarga dapat berupa keluarga inti (*nuclear family*) yang  
terdiri dari ayah, ibu dan anak yang berada dalam 1 rumah atau tipe  
keluarga besar (*extended family*) yang terdiri dari keluarga inti dan  
keluarga lain yang berada dalam 1 rumah misalnya paman, bibi  
atau saudara yang lain.

d Asal suku/ etnis

Mencakup suku / etnis kepala keluarga, jika berasal dari suku yang  
berbeda maka dituliskan keduanya.

e Identitas agama

Kepercayaan dan agama yang dijalankan anggota keluarga Status  
sosial

f Status sosial



Ditentukan berdasarkan kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan sehari-hari, hal ini mencakup pendapatan kepala keluarga juga anggota keluarga yang lain. Di Indonesia penentuan status sosial masyarakat ditentukan berdasarkan keluarga sejahtera yaitu keluarga pra sejahtera, keluarga sejahtera I, keluarga sejahtera II, keluarga sejahtera III

g. Mobilitas sosial

Mobilitas sosial keluarga lebih diarahkan kepada aktifitas rekreasi yang dijalankan keluarga, apakah terencana atau aksidental. Aktifitas rekreasi dapat pula waktu keluarga berkumpul dan bercengkrama misalnya saat menonton TV atau Film.

## 2. Tahap perkembangan dan riwayat keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahapan ini berdasarkan pada anak yang paling tua. Misalnya jika anak pertama masih bersekolah menengah pertama maka tahapan keluarga adalah keluarga dengan anak remaja.

b. Tugas perkembangan keluarga yang terpenuhi

Tahapan ini menjelaskan upaya keluarga memenuhi tugas perkembangan keluarga sesuai tingkatannya.

c. Riwayat keluarga inti

Menjelaskan riwayat kesehatan keluarga inti, keluhan / penyakit yang saat ini sedang diderita masing-masing anggota keluarga serta

usaha keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan dan upaya lain serta bagaimana pengalaman keluarga mengenai pelayanan kesehatan yang didapatkan.

d. Riwayat keluarga

Menjelaskan riwayat kesehatan yang pernah dialami sebelumnya, apakah pernah dirawat, pernah menjalani operasi pembedahan atau riwayat mengalami kecelakaan.

### 3. Data lingkungan

a. Karakteristik rumah

Uraikan tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, rumah kontrakan /Kos-kosan) apakah milik sendiri atau menyewa rumah. Uraikan kondisi rumah baik secara interior meliputi jumlah ruangan tamu, tidur, ruang keluarga, dapur, kamar mandi, bagaimana kondisinya apakah bersih atau terawat, bagaimana penerangan dan ventilasinya. Sementara kondisi eksterior meliputi teras, taman atau perkarangan apakah dalam kondisi bersih atau terawat. Pembuangan sampah Gambarkan secara umum tampilan rumah apakah terawat atau ada tanda-tanda bahaya dalam rumah misalnya instalasi listrik, lantai yang licin.

b. Karakteristik tetangga dan lingkungan



Bagaimana kondisi karaktersitik fisik dari lingkungan lebih besar, misalnya keluarga tinggal di daerah seperti apa, apakah perkotaan, pedesaan, pegunungan dan sebutkan secara detail alamat rumah (nama jalan, desa/ kelurahan, RT, Kabupaten hingga provinsi), Apakah ada permasalahan kemacetan lalu lintas, permasalahan kesehatan yang terus berulang dan tidak ada solusi misalnya masalah banjir atau pembuangan sampah yang tidak terkontrol. Seperti apa budaya / suku yang ada dalam lingkungan keluarga, fasilitas kesehatan / fasilitas umum (tempat ibadah, sekolah, taman bermain, ruang terbuka yang terdapat dalam lingkungan keluarga.

c. Mobilitas geografi keluarga

Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah tersebut, kegiatan aktifitas harian anggota keluarga dalam setiap hari. Apakah keluarga pindahan dari daerah lain?

d. Perkumpulan keluarga dan transaksi dalam komunitas Fasilitas umum / fasilitas kesehatan yang digunakan dalam keluarga, seberapa sering keluarga menggunakan fasilitas umum / kesehatan tersebut, bagaimana persepsi keluarga mengenai lingkungan tempat tinggalnya apakah nyaman, saling menyapa (ramah) atau sebaliknya keluarga tidak terlalu mengetahui kondisi lingkungan sekitarnya.

#### 4. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi

Pada tahapan ini menggambarkan bagaimana pola komunikasi antara anggota keluarga, seberapa sering berkomunikasi, apakah komunikasi dalam keluarga dilakukan secara intens, apakah ada kesalahpahaman dalam berkomunikasi, bagaimana respon balik anggota keluarga dengan jalinan komunikasi dalam keluarga, apakah mereka menjadi pendengar yang baik dan saling memberikan respon yang baik. Apakah anggota keluarga dapat mengkespresikan emosi yang dirasakan, apakah ada batasan atau larangan dalam hal tersebut, apakah ada perantara dalam berkomunikasi atau langsung disampaikan kepada anggota keluarga yang lain, apakah keluarga dapat berkomunikasi sesuai dengan usia perkembangan keluarga. Apakah ada permasalahan dalam berkomunikasi dalam keluarga misalnya komunikasi yang monoton.

b. Struktur kekuasaan

Tahapan ini menggambarkan orang yang berperan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga. Siapa yang paling dominan dalam pengambilan keputusan. seberapa penting keputusan yang diambil tersebut untuk keluarga, apakah memiliki dampak positif dalam keluarga. Apakah keputusan yang diambil dibicarakan atau dimusyawarakan dalam keluarga, apakah ada tawar menawar atau adanya kesepakatan bersama. Atas dasar apa

keluarga dalam memutuskan sesuatu misalnya adanya pertimbangan dari orang lain, baik buruknya bagi keluarga dari sesuatu yang diputuskan atau berdasarkan seseorang yang ahli dibidangnya. Apakah keluarga puas setiap keputusan yang diambil dalam keluarga.

### c. Struktur Peran

Terdapat peran formal dan informal. Peran formal adalah peran yang dapat dilihat atau nyata misalnya peran kepala keluarga dalam mencari nafkah, peran istri sebagai ibu rumah tangga yang bertugas menyiapkan keperluan makan dan minum, menjaga kebersihan rumah atau membantu kepala keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Peran anak untuk berbakti kepada kedua orang tua dan berperilaku baik. Sementara Peran informal adalah hal yang tidak nyata namun dirasakan keberadaannya seperti memberikan dukungan kepada anggota keluarga. Apakah anggota keluarga menjalankan perannya secara konsisten atautkah keluarga memiliki fleksibilitas menjalankan perannya. Misalnya kepala keluarga membantu pekerjaan istri dalam urusan dapur atau bersih-bersih.

### d. Nilai keluarga

Nilai dalam keluarga berkaitan dengan budaya yang dijalankan keluarga. Budaya dominan yang dijalankan keluarga. Seberapa penting nilai yang dijalankan keluarga, apakah terdapat nilai yang

dominan, apakah ada pertentangan antara nilai yang dijalankan keluarga dengan nilai yang umumnya berlaku dalam komunitas. Apakah terdapat nilai dalam keluarga yang mempengaruhi yang mempengaruhi status kesehatan keluarga.

### 5. Fungsi keluarga

#### a. Fungsi afektif

Tahapan ini menggambarkan saling asih, keakraban dan kedekatan antar anggota keluarga. Bagaimana gambaran dukungan antar anggota keluarga yang lain, apakah keluarga saling mengasihi, bagaimana keluarga merespon adanya perpisahan dalam keluarga (misalnya ketika anak meranjak dewasa).

#### b. Fungsi sosialisasi

Tahapan ini menggambarkan bagaimana keluarga membesarkan anak, bagaimana keluarga berperan dalam pengasuhan anak, apakah terdapat pengendalian perilaku anak melalui disiplin, penghargaan atau pemberian hukuman kepada anak, apakah lingkungan keluarga memadai untuk bermain anak.

#### c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan mencakup keyakinan atau nilai dalam keluarga yang mempengaruhi kesehatan, bagaimana pandangan keluarga mengenai definisi sehat atau sakit. Apakah masalah kesehatan yang saat ini diketahui dialami oleh keluarga, mengetahui



dan melakukan praktik diet dalam keluarga, ada pengaturan menu makanan hingga pengaturan mengenai konsumsi makanan ringan, bagaimana kebiasaan tidur yang diterapkan dalam keluarga, apakah ada pengaturan tidur yang disesuaikan dengan usia anak, apakah keluarga menyadari pentingnya rekreasi dan olahraga bagi kesehatan, jenis olahraga yang dijalankan anggota keluarga, apakah keluarga mengetahui dampak negatif penggunaan tembakau (rokok), alkohol, bagaimana penggunaan obat dalam keluarga, Apakah melalui resep dokter atau dibeli sendiri (berdasarkan golongan obat). Tahapan ini pula menggambarkan upaya keluarga dalam pencegahan penyakit, bagaimana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, bagaimana pemahaman keluarga mengenai tanda dan gejala mengenai penyakit yang dialami keluarga. Apakah keluarga memiliki perencanaan untuk pemeriksaan kesehatan sekalipun dalam keadaan sehat misalnya pemeriksaan gigi, memenuhi anak untuk mendapatkan imunisasi lengkap. Apakah dalam keluarga menerapkan terapi komplementer (tradisional)? jenis terapi komplementer apa yang sering digunakan, apakah keluarga memiliki alasan dalam penerapan terapi komplementer tersebut? Bagaimana pandangan keluarga mengenai pelayanan kesehatan yang didapatkan? Apakah ada pelayanan kesehatan jika terjadi kondisi gawat darurat? Bagaimana sumber pembiayaan penyakit dalam keluarga? Apakah keluarga

memiliki asuransi atau jaminan kesehatan? berapa jarak rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan.

### **6. Stres, koping dan adaptasi keluarga**

#### **a. Stres, kekuatan dan persepsi keluarga**

Apa saja stres jangka panjang dan jangka pendek yang dialami keluarga? apakah keluarga mampu menangani kedua stres tersebut? bagaimana keluarga mendefinisikan stres tersebut? Apakah penuh harapan? Apakah situasi tersebut merupakan situasi yang merusak bagi keluarga.

#### **b. Strategi koping keluarga**

Bagaimana strategi koping keluarga dalam menghadapi stressor tersebut bisa bernilai positif atau negatif? Bagaimana keluarga menghadapi stressor tersebut? Yang mana yang dipilih keluarga dalam menghadapi stressor sebagai strategi positif yang bersifat internal : mengandalkan keluarga, berbagi perasaan, pemikiran dan aktifitas, melakukan fleksibilitas peran, melakukan normalisasi (pemakluman), melakukan pemecahan masalah bersama, bersikap terbuka dan jujur dalam komunikasi keluarga, menggunakan humor atau tawa. Sementara strategi eksternal meliputi: memelihara komunikasi dengan komunitas, menggunakan dukungan spiritual, mendapatkansistem dukungan sosial. Strategi koping negatif meliputi menyalahkan orang lain, mengancam, perpecahan keluarga,



penggunaan alkohol atau penyalahgunaan obat, kekerasan dalam rumah tangga, menelantarkan anak.

c. Adaptasi keluarga

Apakah masalah keluarga dikelola dengan baik. Apakah keluarga mampu mengelola fungsi keluarga dengan baik, apakah stressor yang dihadapi memberikan dampak pada menjalankan fungsi keluarga?

d. Melacak stres, koping dan adaptasi sepanjang waktu

Bagaimana keluarga mengenali stressor, reaksi keluarga terhadap stressor, apakah keluarga sudah mulai pulih keadaannya, apakah keluarga tetap berada pada adaptasi yang sama atau menunjukkan tanda-tanda penurunan adaptasi.

### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual ataupun potensial. Secara teoritis diagnosa keperawatan keluarga menurut SDKI 2018 mencakup diagnosis yang berkaitan dengan respons keluarga terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan, baik aktual maupun potensial.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada lansia dengan demensia berdasarkan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI) (SDKI, 2018) adalah:



- 1 Gangguan Memori (D.0062) b/d proses penuaan
- 2 Risiko Jatuh (D.0143)
- 3 Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)
- 4 Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b/d gangguan sensori persepsi
- 5 Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116) b/d kekurangan dukungan sosial

### 2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut SDKI (2018) adapun beberapa intervensi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi pada diagnosa lansia secara teoritis yaitu :

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Gangguan Memori b/d Proses Penuaan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 90 menit diharapkan kemampuan mengingat pada klien meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kemampuan mempelajari hal baru meningkat 2. Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat 3. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan meningkat 4. Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat 5. Melakukan kemampuan yang dipelajari meningkat	<b>Latihan Memori (I. 06188)</b> <b>Observasi:</b> - Identifikasi masalah memori yang dialami - Identifikasi kesalahan terhadap orientasi - Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi <b>Terapeutik:</b> - Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien - Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu - Koreksi kesalahan orientasi - Fasilitasi mengingat kembali pengalaman



## STIKes Santa Elisabeth Medan

		6. Verbalisasi pengalaman lupa jadwal menurun 7. Verbalisasi mudah lupa menurun	masa lalu, jika perlu - Fasilitasi tugas pembelajaran (mis. Mengingat informasi verbal dan gambar) - Fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis. bermain kartu pasangan), jika perlu - Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (mis. bertanya kemana saja ia pergi akhir-akhir ini) jika perlu <b>Edukasi</b> - Jelaskan tujuan dan prosedur latihan - Ajarkan teknik memori yang tepat
2	Risiko Jatuh	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 90 menit diharapkan tingkat jatuh pada klien menurun dan keamanan lingkungan rumah klien meningkat dengan kriteria hasil: - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berjalan menurun - Jatuh saat dipindahkan menurun - Jatuh saat naik tangga menurun - Jatuh saat dikamar mandi menurun - Jatuh saat membungkuk menurun	<b>Manajemen Keselamatan Lingkungan (1.14513) Observasi :</b> - Identifikasi kebutuhan keselamatan - Monitor perubahan status keselamatan lingkungan <b>Terapeutik</b> - Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan - Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko - Sarankan menyediakan alat bantu keamanan lingkungan - Libatkan keluarga dalam perawatan <b>Edukasi</b> - Informasikan klien dan keluarga tentang risiko bahaya lingkungan
3	Kesiapan Peningkatan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 90	<b>Manajemen Perilaku (1.12463)</b>



	Manajemen Kesehatan	menit diharapkan manajemen kesehatan pada klien meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"><li>- Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat</li><li>- Menerapkan program perawatan meningkat</li><li>- Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat</li><li>- Verbilisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan menurun</li></ul>	<b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</li></ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diskusikan tanggungjawab terhadap perilaku</li><li>- Jadwalkan kegiatan terstruktur</li><li>- Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li><li>- Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</li><li>- Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</li><li>- Libatkan keluarga dalam perawatan</li></ul> <b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Informasikan keluarga klien bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</li></ul>
4	Gangguan Mobilitas Fisik b/d gangguan sensori persepsi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x90 menit diharapkan mobilitas fisik pada klien meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"><li>- Pergerakan ekstermitas meningkat</li><li>- Kekuatan otot meningkat</li><li>- Rentang gerak (ROM) meningkat</li><li>- Nyeri menurun</li><li>- Kaku sendi menurun</li><li>- Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li><li>- Gerakan terbatas menurun</li><li>- Kelemahan fisik menurun</li></ul>	<b>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</b> <b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li></ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li></ul> <b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li><li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li><li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li></ul>



5	Manajemen kesehatan tidak efektif b/d kekurangan dukungan sosial	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 90 menit diharapkan manajemen kesehatan pada klien meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"><li>- Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat</li><li>- Menerapkan program perawatan meningkat</li><li>- Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat</li><li>- Verbilisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan menurun</li></ul>	<b>Bimbingan Antisipatif (I.12359)</b> <b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi metode penyelesaian masalah yang biasa digunakan</li><li>- Identifikasi kemungkinan perkembangan atau krisis situasional yang akan terjadi serta dampaknya pada individu dan keluarga</li></ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fasilitasi memutuskan bagaimana masalah akan diselesaikan</li><li>- Fasilitasi memutuskan siapa yang akan dilibatkan dalam menyelesaikan masalah</li><li>- Gunakan contoh kasus untuk meningkatkan keterampilan menyelesaikan masalah</li><li>- Fasilitasi mengidentifikasi sumber daya yang tersedia</li><li>- Fasilitasi menyesuaikan diri dengan perubahan peran</li><li>- Jadwalkan tindak lanjut untuk memantau atau memberi dukungan</li><li>- Libatkan keluarga dan pihak terkait, jika perlu</li><li>- Berikan referensi baik cetak ataupun elektronik ( mis : Materi Pendidikan, pamflet )</li></ul> <b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan perkembangan dan perilaku normal</li><li>- Informasikan harapan yang realistis terkait perilaku pasien</li><li>- Latih tehnik koping yang dibutuhkan untuk</li></ul>
---	--	--	--

			mengatasi perkembangan atau krisis situasional - Rujuk ke Lembaga pelayanan kesehatan jika diperlukan
--	--	--	--

## 2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku atau tindakan tertentu yang dilakukan oleh seorang perawat untuk melaksanakan perencanaan keperawatan. Tindakan perencanaan keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Implementasi meliputi pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang didapat selama tahap perencanaan. implementasi perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan dan supervisi oleh perawat lain untuk melakukan perencanaan berdasar intervensi keperawatan yang berguna untuk membantu klien mencapai tujuan atau hasil yang diinginkan (Siregar et al., 2021).

## 2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu penilaian hasil dan proses. Evaluasi hasil juga akan menentukan keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi proses ini menentukan apakah ada kesalahan dalam keperawatan (Kurniati, 2019). Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk mengevaluasi dampak dari tindakan keperawatan pada pasien. Setelah setiap intervensi, evaluasi proses atau promosi dilakukan. Evaluasi dilakukan menggunakan SOAP (Kurniati, 2019).



S = Merupakan ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah penerapan asuhan keperawatan.

O = Adalah kondisi objektif yang dapat dikenali oleh perawat melalui observasi objektif.

A = Merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P = Adalah rencana selanjutnya setelah analisis perawat.

Menurut Pangaribuan (2023) Kriteria hasil untuk pasien dengan demensia meliputi:

- 1 Dengan bantuan pengasuh, klien mampu membedakan antara pemikiran berbasis realitas dan non-realitas.
- 2 Pengasuh mampu mengungkapkan cara-cara untuk mengarahkan klien pada kenyataan, sesuai kebutuhan.

### BAB III

### TINJAUAN KASUS

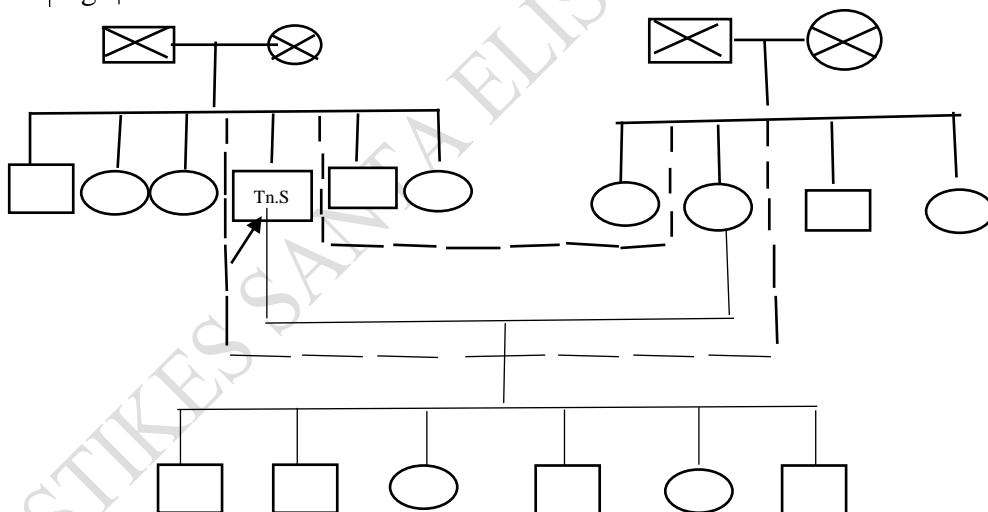
#### A. PENGKAJIAN (tanggal)

##### I. Data Umum

1. Nama KK (Inisial) : Tn.S
2. Usia : 76 Tahun
3. Pendidikan : SD
4. Pekerjaan : Buruh tani
5. Alamat : Gg Rejeki Dusun 9A Sei Mencirim
6. Komposisi anggota keluarga :

No	Nama (Inisial)	Jenis Kelamin	Hub dgn Kk	TTL / Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Status Imunisasi
1	Tn.S	Laki-Laki	Suami	76 Thn	SD	Buruh Tani	Tidak Lengkap
2.	Ny.W	Perempuan	Istri	70 Thn	SD	Buruh Tani	Tidak Lengkap

Genogram :



Keterangan :

☒ / ☒ = Sudah meninggal

☐ = Laki-laki

○ = Perempuan



— — — = Tinggal Serumah

↗ = Pasien/Klien

#### 7. Tipe keluarga

Tipe keluarga Tn.S adalah tipe keluarga *elderly couple* yang hanya tinggal berdua dirumah. Anak-anak sudah berkeluarga dan hidup mandiri sehingga tidak tinggal bersama dengan keluarga Tn.S.

#### 8. Suku

Keluarga Tn. S adalah suku jawa dan berlatar belakang suku jawa. Bahasa sehari-hari yang digunakan adalah bahasa jawa dan indonesia, namun lebih sering menggunakan bahasa jawa untuk berkomunikasi satu sama lain.

#### 9. Agama

Agama keluarga Tn. S adalah beragama islam. Kegiatan keagamaan keluarga Tn.S adalah sholat 5 waktu dan mengikuti kegiatan pengajian di lingkungan sekitar.

#### 10. Status sosial ekonomi keluarga

Kepala keluarga bekerja dan menafkahi keluarga sebagai buruh tani. Sumber penghasilan keluarga tergantung dari hasil panen jual singkong dimana penghasilan dalam satu bulan kurang lebih Rp. 500.000. Tn.S mengatakan jumlah tersebut cukup untuk makan sehari-hari dan membayar listrik.

#### 11. Aktivitas rekreasi keluarga

Aktivitas rekreasi Tn. S dan keluarga yaitu berkumpul bersama anak, menantu dan cucu saat ada waktu luang dengan bercanda gurau dan berbincang-bincang di depan rumah.

## **II. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga**

#### 12. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ini adalah keluarga usia lanjut, dimana seluruh anak dari Tn. S dan Ny.W sudah menikah.

#### 13. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Ditemukan tahap perkembangan yang belum terpenuhi pada keluarga Tn.S adalah pada tahap perkembangan keluarga lanjut usia. Dikarenakan Tn.S memiliki gangguan kognitif dan gangguan komunikasi verbal saat dilakukan pengkajian dengan menggunakan menunjukkan 20 dari 30 pertanyaan yang berarti hasil yang diperoleh pada Tn.S mengalami gangguan kognitif sedang.

#### 14. Riwayat keluarga inti

Dalam keluarga, Tn. S mengatakan Ny. W memiliki riwayat tekanan darah rendah dan asam lambung.

#### 15. Riwayat keluarga sebelumnya

Tn.S mengatakan bahwa keluarganya jarang ada yang sakit jika ada yang sakit hanya sakit pada umumnya seperti batuk dan demam.

### III. Lingkungan

#### 16. Karakteristik rumah (termasuk denah rumah)

1. Jumlah ruangan : Terdapat satu ruang tamu, satu kamar tidur, satu dapur yang digunakan untuk memasak dan mencuci piring, dan satu kamar mandi.
2. Sumber air minum : Air mineral.
3. Perabotan rumah yang tersedia sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
4. Terdapat beberapa tumbuhan yang ditanam di depan rumah
5. Terdapat tempat pembuangan sampah berada di luar rumah yang setiap harinya dibakar.
6. Bangunan rumah permanen dengan pencahayaan yang minim dikarenakan hanya terdapat 1 jendela
7. Rumah terlihat dalam keadaan rapih

#### 17. Karakteristik tetangga dan komunitas

Keluarga Tn.S tinggal di pedesaan, jarak antara rumah Tn.S dan tetangga kurang lebih dari 5 meter dan hanya dipisahkan oleh kebun. Tetangga keluarga Tn.S rata-rata bekerja sebagai buruh tani dan mayoritas suku Jawa sehingga berkomunikasi menggunakan bahasa Jawa. Tn. S mengatakan para tetangga sangat ramah, saling membantu satu sama lain dan saling mengingatkan ketika ada acara pengajian di lingkungan sekitar.

18. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga Tn. S sebelumnya tinggal di tanjung morawa lalu pindah pada tahun 2020 ke di dusun 9A sei mencirim dan kini sudah >5 tahun tinggal di dusun 9A. Mobilitas keluarga Tn.S hanya disekitar rumah seperti berkebun dan mengikuti pengajian dilingkungan sekitar.

19. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Hubungan keluarga Tn.S dengan masyarakat sekitar sangat baik dan juga aktif dalam mengikuti kegiatan pengajian dilingkungan sekitar.

20. Sistem pendukung keluarga

Tn.S mengatakan bahwa jika ada masalah di dalam keluarga di selesaikan dengan kepala dingin dan jika ingin mengambil suatu keputusan akan dibicarakan terlebih dahulu kepada Ny.W.

#### **IV. Struktur keluarga**

21. Pola komunikasi keluarga

Komunikasi Tn.S dengan anggota keluarga sangat baik. Keluarga Tn.S berkomunikasi menggunakan bahasa jawa dan bahasa indonesia dan berkomunikasi secara langsung/tatap muka dengan saling mendengarkan satu sama lain.

22. Struktur kekuatan keluarga

Keluarga Tn.S termasuk tipikal keluarga yang mau bermusyawarah ketika ada suatu masalah atau konflik yang terjadi dan mencari jalan keluarnya secara bersama-sama.

### 23. Struktur peran

- a. Tn. S berperan sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah yang bekerja sebagai butuh tani untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam rumah tangga
- b. Ny. W berperan sebagai istri, bertanggung jawab dalam membersihkan rumah, memasak dan membantu Tn.S berkebun.

### 24. Nilai dan norma budaya

Keluarga Tn.S percaya bahwa hidup sudah ada yang mengatur, demikian sehat dan sakit sudah kehendak yang maha kuasa dan pasti akan diberikan kesembuhan dan umur yang panjang.

## **V. Fungsi Keluarga**

### 25. Fungsi afektif

Keluarga Tn.S saling perhatian dan memberikan mendukung satu sama lain. Jika matahari sudah mulai terik atau hujan hendak turun, Ny.W akan menyuruh Tn.S untuk istirahat dan membuatkan teh hangat pada Tn.S.

### 26. Fungsi sosialisasi

Keluarga Tn.S menanamkan rasa percaya, menyayangi satu sama lain, saling tolong menolong dan selalu bersyukur atas rejeki yang telah diberikan sang maha kuasa kepada keluarganya dan saling megobrol satu sama lain serta selalu berinteraksi satu sama lain.

#### 27. Fungsi perawatan kesehatan

Tn.S mengatakan bahwa dia memiliki kebiasaan merokok dari sejak dia masih muda. Kebiasaan merokok tersebut tidak dapat dihilangkan dalam jangka waktu yang singkat. Tn.S juga mengatakan tidak pernah datang ke puskesmas dan memanfaatkan fasilitas kesehatan meskipun ada kartu indonesia sehat dikarenakan Tn.S dan Ny.W hanya tinggal berdua dirumah dan jarak rumah ke puskesmas sangat jauh.

### **VI. Stress dan koping keluarga**

#### 28. Stressor jangka pendek

Ny. W mengatakan bahwa ia sangat stress dan pusing jika mendapatkan panen yang hanya sedikit tetapi Ny.W dan keluarga menerapkan rasa bersyukur pada rejeki yang diberikan sang maha kuasa

#### 29. Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Ny.W mengatakan keluarga mampu menerima kondisi dengan sabar dan jika ada masalah dalam keluarga maka akan diselesaikan secara kekeluargaan.

#### 30. Strategi koping yang digunakan

Jika ada masalah di dalam keluarga Ny. W selalu menyelesaikannya dengan kepala dingin dan mencari solusi bersama sama.

#### 31. Strategi adaptasi disfungsional

Keluarga Tn. S mengatakan tidak ada jika ada masalah apapun Tn. W tidak pernah melakukan suatu kekerasan atau ancaman dalam menyelesaikan suatu

masalah didalam keluarga dan lebih baik memilih untuk dibicarakan secara kekeluargaan.

32. Pemeriksaan fisik head to toe secara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dan tanda-tanda vital termasuk tinggi badan dan berat badan ( lampirkan )

#### **VII. Harapan keluarga terhadap ASKEP keluarga**

Keluarga mengatakan berharap masalah kesehatan yang ada pada keluarga Tn.S dapat diatasi dengan baik supaya dapat melakukan segala aktivitas sehari-hari dengan baik sehingga dapat menjalani masa tua bersama dengan kesehatan yang membaik.

**A. DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA ANALISA DATA**

NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN
1	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.S mengatakan sulit mengingat hari dan tanggal hari ini. Setelah dilakukan pengkajian MMSE kepada Tn.S didapatkan hasil bahwa Tn.S tidak mengetahui tahun berapa sekarang, tanggal berapa sekarang, hari apa sekarang dan desa sekarang yang ditempati.</li> </ul> <p>Hasil pengkajian MMSE didapatkan hasil skor 20 yang berarti dengan Tn.S memiliki gangguan kognitif sedang, Tn.S tidak mampu menjawab dengan benar tahun, hari apa, tanggal dan desa tempat tinggalnya.</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.S tampak sering lupa</li> </ul>	Gangguan Memori (D.0062)



	<p>dengan kejadian yang sedang terjadi</p> <p>- Tn.S tidak mampu menjawab dengan benar tahun, hari apa, tanggal dan desa tempat tinggalnya.</p>	
2	<p>Data Subjektif :</p> <p>-Tn.S mengatakan sudah berusaha untuk berhenti merokok dari beberapa minggu yang lalu tetapi usaha itu gagal karena Tn.S merasa gelisah jika tidak merokok.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>-Kontak mata pada Tn.S tampak berkurang saat dilakukan edukasi tentang bahaya merokok</p> <p>-Hasil observasi ttv:</p> <p>TD:120/90mmHg</p> <p>HR: 97x/i</p>	<p>Perilaku kesehatan cenderung beresiko (D.0099)</p>

	S:36,5	
3	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tn.S mengatakan bahwasahnya memiliki masalah pendengaran</li> <li>-Tn.S mengatakan kesulitan mendengar jika lawan bicaranya berbicara dengan pelan dan cepat</li> <li>-Tn.S mengatakan mempunyai gangguan pendengaran yang jika ditanya dan diwawancarai harus diulang kembali pertanyaan tersebut.</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tn.S tampak kurang mampu mendengar jika lawan bicaranya dengan pelan dan cepat</li> <li>-Tn.S tampak mendekatkan diri ketika lawan bicarannya berbicara.</li> </ul>	<p>Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)</p>

## **B. PERUMUSAN DIAGNOSA KEPERAWATAN**

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN (PES)
1	Gangguan Memori (D.0062) b/d proses penuaan ditandai dengan Tn.S mengatakan sulit mengingat hari dan tanggal hari ini. Setelah dilakukan pengkajian MMSE kepada Tn.S didapatkan hasil bahwa Tn.S tidak mengetahui tahun berapa sekarang, tanggal berapa sekarang, hari apa sekarang dan desa sekarang yang ditempati. Hasil pengkajian MMSE didapatkan hasil skor 20 yang berarti dengan Tn.S memiliki gangguan kognitif sedang, Tn.S tidak mampu menjawab dengan benar tahun, hari apa, tanggal dan desa tempat tinggalnya dan Tn.S tampak sering lupa dengan kejadian yang sedang terjadi.
2.	Perilaku kesehatan cenderung beresiko (D.0099) b/d pemilihan gaya hidup tidak sehat (merokok) ditandai dengan Tn.S mengatakan sudah berusaha untuk berhenti merokok dari beberapa minggu yang lalu tetapi usaha itu gagal karena Tn.S merasa gelisah jika tidak merokok, Kontak mata pada Tn.S tampak berkurang saat dilakukan edukasi tentang bahaya merokok, ditemukan Hasil observasi ttv:TD:120/90mmHg, HR: 97x/I dan S:36,5
3.	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) b/d gangguan Pendengaran ditandai dengan Tn.S mengatakan bahwasahnya memiliki masalah pendengaran sejak 5 tahun yang lalu, Tn.S mengatakan kesulitan

	<p>mendengar jika lawan bicaranya berbicara dengan pelan dan cepat. Tn.S mengatakan mempunyai gangguan pendengaran yang jika ditanya dan diwawancarai harus diulang kembali pertanyaan tersebut, tampak Tn.S kurang mampu mendengar jika lawan bicaranya berbicara dengan pelan dan cepat dan Ketika diwawancarai tampak Tn.S mendekatkan diri ketika lawan bicarannya berbicara dengan pelan.</p>
--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

### Penilaian (Skoring) Diagnosa Keperawatan Gangguan Memori

NO	KRITERIA	BOBOT	SKOR	PEMBENARAN
1	Sifat masalah : -Tidak/kurang sehat :3 -Ancaman kesehatan :2 -keadaan sejahterah : 1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	1	Tn.S mengatakan tidak mengingat hari, tanggal, tahun dan desa yang ditinggalinnya.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah - Mudah : 2 - Sebagian :1 - Tidak dapat diubah :0	$\frac{1}{2} \times 2 = 1$	1	Kemungkinan masalah gangguan memori dapat diubah sebagian dikarenakan masih dapat mengingat masa lalu nya.
3	Potensial masalah untuk dicegah : - Tinggi : 3 - Cukup : 2 - Rendah : 1	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	$\frac{2}{3}$	Potensi masalah dicegah cukup dikarenakan Tn.S ingin mengetahui dan melakukan pencegahan pada masalah gangguan memori yang dialaminya.
4	Menonjolnya masalah : - Masalah berat, harus segera ditangani : 2 - Masalah, tapi tidak perlu ditangani :1 -Masalah tidak dirasakan :0	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	2	Masalah gangguan memori pada Tn.S harus segera ditangani untuk mencegah komplikasi yang lebih berat dan untuk memaksimalkan fungsi kognif atau daya ingat pada Tn.S
Total			4 $\frac{2}{3}$	

## Penilaian (Skoring) Diagnosa Keperawatan Perilaku kesehatan Cenderung

### Beresiko

NO	KRITERIA	BOBOT	SKORE	PEMBENARAN
1	Sifat masalah : -Tidak/kurang sehat :3 -Ancaman kesehatan :2 -keadaan sejahterah : 1	$3/3 \times 1 = 1$	1	Keluarga mengatakan masalah perilaku kebiasaan merokok pada Tn.S harus segera ditangani dikarenakan dampak asap dari rokok dapat membawa keadaan yang kurang sehat
2	Kemungkinan masalah dapat diubah -Mudah : 2 -Sebagian : 1 -Tidak dapat diubah : 0	$1/2 \times 2 = 1$	1	Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dikarenakan perilaku kebiasaan merokok pada Tn.S teratasi sebagian
3	Potensial masalah untuk dicegah : -Tinggi : 3 -Cukup : 2 -Rendah : 1	$2/3 \times 1 = 2/3$	2/3	Potensial masalah dicegah cukup dikarenakan untuk mengatasi atau mencegah keinginan merokok biasanya Tn.S meminta sang istri untuk membuatkan teh hangat
4	Menonjolnya masalah : - Masalah berat, harus segera ditangani : 2 - Masalah, tapi tidak perlu ditangani :1 - Masalah tidak dirasakan :0	$2/2 \times 1 = 1$	1	Masalah perilaku kesehatan cenderung beresiko pada Tn.S harus segera ditangani untuk mencegah komplikasi dari perilaku merokok yang lebih parah bagi kesehatan nya
Total			3 2/3	

### Penilaian (Skoring) Diagnosa Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal

NO	KRITERIA	BOBOT	SKORE	PEMBENARAN
1	Sifat masalah : -Tidak/kurang sehat :3 -Ancaman kesehatan :2 -keadaan sejahterah :1	3/3X 1 =1	1	Tn.S mengatakan memiliki masalah pendengaran sudah > 5 tahun yang lalu
2	Kemungkinan masalah dapat diubah - Mudah : 2 - Sebagian :1 - Tidak dapat diubah :0	1/2 X 2 = 1	1	Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dikarenakan gangguan pendengaran pada Tn.S teratasi sebagian
3	Potensial masalah untuk dicegah : - Tinggi : 3 - Cukup :2 - Rendah :1	3/3 X 1 = 1	1	Potensial masalah dicegah cukup dikarenakan
4	Menonjolnya masalah :  - Masalah berat, harus segera ditangani : 2 - Masalah, tapi tidak perlu ditangani :1 - Masalah tidak dirasakan :0	2/2 X 1 = 1	1	Masalah gangguan pendengaran pada Tn.S harus segera ditangani untuk mencegah
Total			4	

### PRIORITAS MASALAH

PRIORITAS	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SKOR
1	Gangguan Memori (D.0062) b/d Proses Penuaan	4 2/3
2	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) b/d gangguan Pendengaran	4
3	Perilaku kesehatan cenderung beresiko (D.0099) b/d Pemilihan Gaya Hidup Tidak Sehat (Merokok)	3 2/3

### **C. RENCANA KEPERAWATAN**



Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan	Evaluasi	
			Kriteria	Standard
<b>Gangguan Memori b/d Proses Penuaan</b>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x pertemuan di harapkan kemampuan mengingat pada klien meningkat dengan kriiteria hasil: 1. Verbalisasi kemampuan mempelajari hal baru meningkat 2. Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat 3. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan meningkat 4. Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat 5. Melakukan kemampun yang dipelajari meningkat 6. Verbalisasi pengalaman	<b>Latihan Memori (I. 06188)</b> <b>Observasi:</b> - Identifikasi masalah memori yang dialami - Identifikasi kesa lahan terhadap orientasi - Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi <b>Terapeutik:</b> - Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien - Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu - Koreksi kesalahan orientasi - Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu, jika perlu - Fasilitasi tugas pembelajaran (mis. Mengingat informasi verbal dan gambar) - Fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis. bermain kartu pasangan),	Respon Verbal, Respon kognitif dan respon afektif	Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, Keluarga mampu melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan

	lupa jadwal menurun 7. Verbalisasi mudah lupa menurun	<p>jika perlu</p> <p>- Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (mis. bertanya kemana saja ia pergi akhir-akhir ini) jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>- Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>- Ajarkan teknik memori yang tepat</p>		
<b>Gangguan Komunikasi Verbal b/d Proses Penuaan</b>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x pertemuan maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Kemampuan berbicara dan berkomunikasi meningkat</p> <p>2. Kesesuaian ekspresi wajah /tubuh meningkat</p>	<p><b>Promosi Komunikasi : Defisit Berbicara (I.13492)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kecepatan, tekanan, volume saat berbicara</li> <li>- Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal, memori, pendengaran)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan metode komunikasi sesuai kemampuan</li> <li>- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. dekat dengan</li> </ul>	<p>Respon Verbal, Respon kognitif dan respon afektif</p>	<p>keluarga mampu memahami peran dan tanggung jawabnya masing-masing dan Keluarga mampu berdiskusi mengenai perubahan serta tanggun jawab yang harus dijalankan.</p>

		<p>klien &lt; 1 meter, berbicara dengan perlahan, gunakan suara jelas)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan kelurg dan teman lawan bicara agar berbicara dengan perlahan</li> </ul>		
<p><b>Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko b/d Pemilihan Gaya Hidup Tidak Sehat (Merokok)</b></p>	<p>setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x pertemuan di harapkan kesiapan perilaku kesehatan cenderung beresiko menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerimaan terhadap perubahan status kesehatan meningkat</li> <li>2. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat</li> <li>3. kemampuan peningkatan kesehatan meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan berhenti merokok (I.01001)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi keinginan berhenti merokok</li> <li>- Identifikasi upaya berhenti merokok</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan motivasi penghentian merokok</li> <li>- Diskusikan kesiapan perubahan gaya hidup</li> <li>- Lakukan pendekatan psikoedukasi untuk mendukung dan membimbing upaya berhenti merokok</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan efek langsung berhenti merokok</li> <li>- Jelaskan</li> </ul>	<p>Respon Verbal, Respon kognitif dan respon afektif</p>	<p>keluarga mampu memahami peran dan tanggung jawabnya masing-masing dan Keluarga mampu berdiskusi mengenai perubahan serta tanggun jawab yang harus dijalankan.</p>

		berbagai intervensi dengan farmakoterapi (mis.terapi penggantian nikotin)		
--	--	--	--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

#### **D. PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

<b>NO TGL &amp; WAKTU</b>	<b>DP ke:</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>TTD / PARAF</b>
<b>18/05/2025</b> <b>14:00</b>  <b>14:30</b>   <b>15:00</b>   <b>15:30</b>	<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperkenalkan diri dan membina hubungan saling percaya dengan keluarga serta menjelaskan tujuan kedatangan</li> <li>- Melakukan pengkajian meliputi data umum, riwayat keluarga, tahap perkembangan keluarga</li> <li>- Melakukan pemeriksaan fisik meliputi TTV TD: 120/90mmHg HR: 100x/i S; 36,2</li> <li>- Mengidentifikasi tingkatan kognitif Tn.S dengan bertanya tahun berapa sekarang, tanggal berapa sekarang, hari apa sekarang dan desa sekarang yang ditempati.</li> <li>- Melakukan Brain gym dengan Tn.S atau terapi senam otak selama kurang lebih 15 menit</li> <li>- Melakukan kontrak waktu untuk besok melakukan komunikasi/berbincang-bincang kembali dan melakukan penkes meroko pada Tn.S</li> </ul>	
<b>19/05/2025</b> <b>14:00</b>   <b>14:35</b>	<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan komunikasi kembali dengan mempertahankan kontak mata serta menghindari kebisingan supaya klien mampu mendengar apa yang dijelaskan</li> <li>- Menanyakan apakah masih mengingat nama dari lawan bicara dan ternyata sudah lupa</li> <li>- Berkomunikasi dengan jarak dekat &lt; 1Meter</li> <li>- Melakukan pemeriksaan fisik meliputi TTV TD: 120/80mmHg HR: 98x/i</li> </ul>	

<b>14:40</b>		S; 36,5 - Melakukan pengkajian terkait kebiasaan merokok dan didapatkan hasil bahwa Tn.S masih sering merokok	
<b>15:00</b>		- Melakukan penkses tentang bahaya merokok pada Tn.S	
<b>15:30</b>		- Melakukan evaluasi pada Tn.S tentang bahaya merokok	
<b>15:50</b>		- Mengkontrak kembali waktu Tn.S untuk besok	
<b>20/05/2025</b>			
<b>14:00</b>	<b>3</b>	- Membina hubungan saling percaya pada Tn.S	
<b>14:30</b>		- Melakukan observasi vital sign: TD: 120/70mmHg HR: 89x/i S; 36,3	
<b>15:00</b>		- Mengidentifikasi kemampuan mendengar Tn.S ternyata harus berbicara dengan suara yang lambat dan jelas	
<b>15:50</b>		- Melakukan evaluasi pada Tn.S apakah dia mampu mencerita apa yang dilakukan sama perawat nya	

### **E. EVALUASI KEPERAWATAN**

<b>TANGGAL</b>	<b>NO.</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>TTD/PARAF</b>
----------------	------------	-----------------	------------------

DAN WAKTU	DP		
18/05/2025	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.S mengatakan sulit mengingat hari dan tanggal hari ini. Setelah dilakukan pengkajian MMSE kepada Tn.S didapatkan hasil bahwa Tn.S tidak mengetahui tahun berapa sekarang, tanggal berapa sekarang, hari apa sekarang dan desa sekarang yang ditempati.</li> <li>- Hasil pengkajian MMSE didapatkan hasil skor 20 yang berarti dengan Tn.S memiliki gangguan kognitif sedang, Tn.S tidak mampu menjawab dengan benar tahun, hari apa, tanggal dan desa tempat tinggalnya.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.S tampak sering lupa dengan kejadian yang sedang terjadi</li> <li>- Tn.S tidak mampu menjawab dengan benar tahun, hari apa, tanggal dan desa tempat tinggalnya.</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nilai pengkajian MMSE : 20 (Mengalami penurunan kognitif sedang )</li> <li>- Melakukan observasi vital sign TD: 120/90mmHg HR: 100x/i S; 36,2</li> <li>A : Gangguan memori belum teratasi</li> <li>P : Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	
18/05/2025	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.S mengatakan bahwasahnya memiliki masalah pendengaran</li> <li>-Tn.S mengatakan kesulitan mendengar jika lawan bicaranya berbicara dengn pelan dan cepat</li> <li>-Tn.S mengatakan mempunyai gangguan pendengaran yang jika ditanya dan diwawancarai harus diulang kembali p ertanyaan tersebut</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.S tampak kurang mampu</li> </ul>	



		<p>mendengar jika lawan bicaranya dengan pelan dan cepat</p> <p>-Tn.S tampak mendekatkan diri ketika lawan bicarannya berbicara.</p> <p>A : Gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
18/05/2025	3	<p>S : Tn.S mengatakan sudah berusaha untuk berhenti merokok dari beberapa minggu yang lalu tetapi usaha itu gagal karena Tn.S merasa gelisah jika tidak merokok.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontak mata pada Tn.S tampak berkurang saat dilakukan edukasi tentang bahaya merokok</li> <li>-Hasil observasi vital sign:</li> <li>TD:120/90mmHg</li> <li>HR: 97x/i</li> <li>S:36,5</li> </ul>	

		<p>A : Perilaku Kesehatan cenderung beresiko belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--

TANGGAL DAN WAKTU	NO. DP	EVALUASI	TTD/PARAF
19/05/2025	1	S : Tn.S mengatakan masih sering lupa	

		<p>dengan hari sekarang, tanggal berapa, tahun sekarang dan desa yang ditempati</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak Tn.S sedang berusaha untuk mengingat kejadian yang sudah berlalu</li> <li>- Hasil obeservasi yang telah didapatkan hasil:</li> </ul> <p>TD:120/90 mmHg</p> <p>HR;99x/i</p> <p>S:36,0</p> <p>A : Gangguan memori belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
19/05/2025	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.S mengatakan kesulitan mendengar jika lawan bicaranya berbicara dengan pelan dan cepat</li> <li>- Tn.S mengatakan mempunyai gangguan pendengaran yang jika ditanya dan diwawancarai harus diulang kembali pertanyaan tersebut.</li> </ul>	

		<p>O : Tampak Tn.S kesulitan mendengar ketika sedang diwawancarai</p> <p>A : Gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
19/05/2025	3	<p>S : Tn.S mengatakan belum mengurangi merokok dikarenakan ketika sedang beristirahat Tn.S langsung merokok</p> <p>O : Melakukan observasi vital sign:  TD: 120/80mmHg  HR:89x/i  S; 36,3</p> <p>A : Perilaku kesehatan cenderung beresiko belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

<b>TANGGAL DAN WAKTU</b>	<b>NO. DP</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>TTD/PARAF</b>
<b>20/05/2025</b>	1	S: Tn.S mengatakan masih sulit mengingat hari, tanggal, tahun dan	

		<p>desa tempat tinggalnya.</p> <p>O : Tn.S tampak berusaha mengingat kejadian yang sudah berlalu</p> <p>A : Gangguan memori belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
<b>20/05/2025</b>	2	<p>S : Tn.S mengatakan mampu mendengar dengan baik jika lawan bicaranya berbicara dengan jelas</p> <p>O : Tampak ada kontak mata pada Tn.S ketika sedang diajak berbincang-bincang</p> <p>A : Gangguan komunikasi verbal sebagian teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

20/05/2025	3	<p>S : Tn.S mengatakan sudah mulai mengurangi merokoknya setelah diberikan edukasi tentang bahaya merokok</p> <p>O : Tampak ada kontak mata pada Tn.S saat dilakukan edukasi tentang bahaya merokok</p> <p>A : Perilaku kesehatan cenderung beresiko sebagian teratsi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
------------	---	---	--

#### BAB 4 PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga pada Tn.S, beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut. Pemberian asuhan keperawatan dilakukan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 18-20 Mei 2025.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Hasil pengkajian pada Tn.S umur 76 tahun ditemukan adanya masalah keperawatan Gangguan memori. Pasien mengatakan Mudah Lupa waktu,tempat, kejadian yang sudah terjadi. Berdasarkan hasil pemeriksaan fungsi kognitif menggunakan SPMSQ menunjukkan salah 7 yang berarti klien mengalami kerusakan intelektual sedang, sedangkan dengan menggunakan MMSE menunjukkan nilai 20 dari 30 yang berarti ada indikasi mengalami penurunan kognitif sedang hal ini sebagaimana dalam teori (Penggayuh, 2025) Penurunan fungsi kognitif lebih sering terjadi pada orang lanjut usia (lansia) dibandingkan dengan kelompok yang lebih muda. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penurunan ini antara lain usia, pendidikan, dan kesehatan. Penurunan fungsi kognitif dapat disebabkan oleh faktor bawaan atau lingkungan. Selain itu, bertambahnya usia atau penyakit tertentu juga dapat mempengaruhi fungsi kognitif.

Menurut peneliti, pengkajian fungsi kognitif ini dilakukan untuk mengidentifikasi lansia terhadap penurunan fungsi kognitif. Berdasarkan hasil



fakta dan teori peneliti dapat menyimpulkan bahwa dalam salah satu masalah kesehatan yang sering muncul pada lansia yaitu penurunan fungsi kognitif sehingga mengakibatkan lansia mengalami penurunan daya ingat, tingkat pendidikan rendah, fungsi intelektual menurun.

Hasil pengkajian pada Tn.S umur 76 tahun gangguan komunikasi verbal disebabkan oleh Perubahan fisik yang mengalami penurunan atau berkurangnya fungsi alat indra dan sistem saraf mereka seperti penurunan jumlah sel dan cairan intra sel, sistem kardiovaskuler, sistem pernafasan, sistem gastrointestinal, sistem endokrin dan sistem musculoskeletal. Hal ini berpengaruh pada kemampuan berkomunikasi, mulai saat menerima stimulus pendengaran atau penglihatan, memproses data didalam otak sampai memberikan umpan baik kepada lawan bicara (komunikasikan). Selain itu, perubahan psikis pada lansia yang tampak pada status emosional, tingkah laku dan konsep diri. Perubahan hormonal lebih yang tidak stabil mempengaruhi fungsi emosional di dalam otak. Hal ini pun berpengaruh pada aspek verbal maupun nonverbal lansia (Purbasari, 2022).

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan tinjauan kasus yang telah dilakukan oleh penulis pada Tn.S diperoleh data bahwa klien sering lupa dengan orientasi waktu seperti lupa tanggal, hari, bulan, dan tahun. Menurut Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Gangguan Memori merupakan ketidakmampuan mengingat beberapa informasi dan perilaku. Penyebab dari gangguan memori meliputi ketidakadekuatan stimulasi intelektual, gangguan sirkulasi otak, gangguan volume

cairan dan/atau elektrolit, proses penuaan, hipoksia, gangguan neurologis ( EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang), efek agen psikologis, penyalahgunaan zat, faktor psikologis (mis, kecemasan, depresi, stres berlebihan, berduka, gangguan tidur) dan distraksi lingkungan (SDKI,2018).

Berdasarkan hasil fakta dan teori yang telah didapatkan penulis mengambil penyebab dari diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan yaitu klien mengalami gangguan memori karena Klien sudah menuju proses penuaan sehingga mudah lupa dan mengingat kejadian yang sekarang atau masa lalunya, Hal tersebut akan menimbulkan kesenjangan jika dilihat dari usia klien yang sudah menginjak lebih dari 60 tahun maka hal tersebut juga bisa menjadi penyebab klien mengalami gangguan memori. Maka kesimpulan yang dapat diambil dari penulis pada diagnosis keperawatan yaitu Gangguan Memori berhubungan dengan Proses penuaan (SDKI, 2018).

Menurut penelitian dari Azhari (2022) kejadian gangguan komunikasi verbal pada lansia disebabkan oleh demensia yang dimana pasien lansia dengan demensia ditemukan adanya perubahan fisik, perubahan mental, perubahan psikososial, perubahan spiritual yang mengakibatkan adanya dampak kemunduran dalam kemampuan berbahasa, belajar, kalkulus serta dalam mengambil keputusan pada kedua lansia

Berdasarkan kejadian perilaku kesehatan cenderung beresiko seperti merokok pada lansia cukup banyak. Hal ini dipengaruhi oleh kebiasaan merokok dan faktor sosial. Hal ini sejalan dengan penelitian Windu (2022) ditemukan ada beragam alasan mengapa lansia terus merokok di antaranya adalah

perilaku/kebiasaan, kurangnya informasi tentang bahaya rokok dan faktor sosial. Lansia tidak sepenuhnya menyadari bahaya rokok bagi kesehatan dan tidak yakin bahwa menghentikan merokok akan memberikan manfaat yang signifikan bagi kesehatannya.

Penulis berasumsi bahwa hasil pengkajian pada Tn.S diangkat 3 diagnosa yang dimana gangguan memori, gangguan komunikasi verbal dan perilaku kesehatan cenderung beresiko yang dimana penulis mengatakan bahwasanya disebabkan oleh proses penuaan, kebiasaan dan dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk perubahan pada otak dan gaya hidup. yang dimana Tn.S tidak mengingat pertanyaan MMSE yang berupa (musim apa sekarang, provinsi, kecamatan dan desa tempat tinggal nya ).

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Dalam pengumpulan data yang diperoleh, kemudian di analisis dan didapatkan diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus ini yaitu gangguan memori, gangguan komunikasi verbal dan perilaku kesehatan cenderung beresiko. Perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama dan pendukung. Tujuan diberikannya kedua intervensi untuk menangani masalah kesehatan sesuai kebutuhan kondisi klien. Sebagaimana dalam teori bahwa Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, Tindakan - tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik. Melalui latihan memori dan gangguan komunikasi verbal pada lansia

dapat meningkatkan fungsi kognitifnya karena latihan ini merupakan latihan yang efektif dengan menggunakan teknik-teknik yang dirancang untuk memberikan strategi bagaimana mengingat informasi yang baru saja di terima. Teknik yang digunakan yaitu senam otak (*Brain gym*). Adapun latihan memori mengingat tanggal, hari, bulan dan tahun dalam sehari hari untuk lansia lebih mengasah memori secara terus menerus sehari hari.

Berdasarkan teori menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) tindakan utama yaitu Latihan memori merupakan mengajarkan kemampuan untuk meningkatkan daya ingat dan tindakan pendukung yaitu stimulasi memori merupakan meningkatkan kesadaran dan pemahaman lingkungan dengan memanfaatkan perencanaan rangsangan. Dapat disimpulkan bahwa kedua intervensi tersebut saling berkesinambungan dan sangat diperlukan untuk memenuhi kebutuhan kondisi yang klien alami.

Penulis berasumsi pada Tn.S intervensi keperawatan pada gangguan memori, gangguan komunikasi verbal dan perilaku kesehatan cenderung beresiko adalah gangguan yang dapat mempengaruhi kualitas lansia dan memerlukan penanganan yang tepat. Seperti gangguan memori dengan cara melatih pola ingatan dengan melakukan senam otak (*brain gym*) sedangkan gangguan komunikasi verbal dengan cara mengajak Tn.S berbincang-bincang.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Pada tahap implementasi ini dilakukan selama Kurang lebih 3 hari dengan harapan untuk mencapai tujuan dan hasil yang sesuai. Penerapan dari

implementasi tidak hanya berfokus pada tujuan dan hasil, akan tetapi juga memandang dari kondisi pasien dan persiapan pasien sehingga dapat membantu dalam mewujudkan tercapainya tujuan yang diharapkan dengan mengacu pada tujuan yang dicapai serta dilaksanakan menuju sasaran. Sesuai dengan teori bahwa Pedoman tindakan implementasi keperawatan yaitu tindakan yang dilakukan secara konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana; ketrampilan interpersonal, intelektual, dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai; keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi; dan dokumentasi tindakan dan respon dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan (Dermawan, 2019). Berdasarkan fakta dan teori diatas penulis menyimpulkan bahwa implementasi yang diberikan sesuai rencana yang sudah ditetapkan dan tidak ada kesenjangan karena semua tindakan dilakukan, serta setiap tindakan didokumentasikan dengan respon klien terhadap tindakan yang diberikan.

Penulis berasumsi pada Tn.S dalam implementasi pada gangguan memori, gangguan komunikasi verbal dan perilaku kesehatan cenderung beresiko. Setelah dilakukan pengkajian pada Tn.S mendapatkan bahwa pada gangguan memori tidak teratasi dikarenakan dikarenakan proses penuaan nya, pada gangguan komunikasi verbal perilaku kesehatan cenderung beresiko teratasi sebagian.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan selama kurang >3 hari, evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan kondisi klien dari awal dilakukan tindakan hingga selesai. Berdasarkan data kasus yang didapatkan selama pelaksanaan evaluasi dari

hari pertama hingga hari terakhir klien selalu mengikuti semua tindakan yang diberikan. Hasil evaluasi menyatakan masalah klien teratasi sebagian, hal ini dikarenakan kognitif seseorang tidak dapat diasah hanya dengan hitungan hari, tetapi dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan.

Kondisi klien dengan umur 74 tahun sudah dikategorikan usia lanjut pada saat dilakukannya implementasi untuk belajar mengingat klien kurang terfokus dengan tindakan yang diberikan, meskipun klien mau mengikuti seluruh tindakan. Seperti halnya mulai dari hari pertama klien sudah diorientasikan waktu akan tetapi hingga hari terakhir klien masih salah dalam menyebutkan hari, tanggal, tahun, jam dan desa yang ditempati. Sesuai dengan teori bahwa evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah.

## **BAB 5**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

Pada hasil penatalaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan gangguan memori di Gg Rejeki dusun 9A sei mencirim Deli serdang dapat disimpulkan:

1. Pengkajian keperawatan pada kasus Tn.S dengan gangguan memori didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah tahap perkembangan keluarga pada tahap lansia salah satunya yaitu Menyesuaikan Diri dengan Perubahan Fisik dan Kesehatan seperti bagaimana lansia melakukan pola penanganan pada saat salah satu anggota keluarga sedang sakit, tanda-tanda vital, keluhan utama, riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik lainnya.
2. Diagnosa keperawatan pada keluarga didapatkan ada 3 diagnosa keperawatan yang penulis angkat yaitu: Gangguan memori b/d proses penuaan, gangguan komunikasi verval b/d gangguan pendengaran, perilaku kesehatan cenderung beresiko b/d pemilihan gaya hidup tidak sehat (merokok).
3. Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor.



4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien selama kurang > 3 hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien.
5. Evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu gangguan memori

### **5.2 Saran**

#### **5.2.1 Bagi Mahasiswa**

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat dijadikan referensi dalam menyusun dan memberikan asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan usia lanjut dengan masalah utama manajemen kesehatan tidak efektif di dusun 9A sei mencirim deli serdang tahun 2025.

#### **5.2.2 Bagi Institusi pendidikan**

Diharapkan dengan adanya bimbingan dengan dosen, mahasiswa semakin mahir dalam penyusunan dan pemberian asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan usia lanjut dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif





### DAFTAR PUSTAKA

- Andhie Surya Mustari SST, M. R. (2022). *STATISTIK PENDUDUK LANJUT USIA 2022*. Jakarta: Badan Pusat Statistik .
- Annisa Nurul Qomariyah, S. M. (2021). ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA LANJUT USIA DI PUSKESMAS GONDANGREJO KARANGANYAR . *Journal of Advanced Nursing and Health Sciences* , 1/7.
- Azhari Anggraini Anggie, S. E. (2022). Asuhan Keperawatan Lanjut Usia (Lansia) dengan Demensia: Studi Kasus . *Jurnal Keperawatan Cikini*, 7/9.
- Dr. Supriadi, S. M. (2024). *BUKU AJAR KONSEP KEPERAWATAN KOMUNITAS*. Jakarta Barat: PT Nuansa Fajar Cemerlang .
- Eka Diah Kartiningrum, L. T. (2017). *KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS*. Mojokerto : STIKes Majapahit Mojokerto.
- Endang Yuswatiningsih, H. I. (2021). HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN KEMANDIRIAN LANSIA DALAM MEMENUHI KEBUTUHAN SEHARI HARI . *HOSPITAL MAJAPAHIT* , 1/10.
- Fredy Akbar, D. F. (2021). Pelatihan dan Pendampingan Kader Posyandu Lansia di Kecamatan Wonomulyo . *Jurnal Abdidas*, 1/6.
- Haenilawati, S. (2013). *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Marianus Oktavianus Wega, L. N. (2024). GAMBARAN TUGAS PERKEMBANGAN KELUARGA . *Journal of Language and Health* , 1/8.
- Ninda Ayu Panglipurningsh, S. D. (2024). *Kesehatan dan Keperawatan Keluarga*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia .
- Panggayuh Lintang Syalom Ganesha, J. P. (2025). PENYEBAB DAN DAMPAK PENURUNAN KOGNITIF PADA KUALITAS HIDUP LANSIA. *Jurnal Jendela Inovasi Daerah* , 8/15.
- Pangaribuan Santa Maria, U. A. (2023). *Pengantar Asuhan Keperawatan Gerontik* . Jakarta: Yayasan Kita Menulis .
- Purbasari Dwiyantri, R. D. (2022). KOMUNIKASI DAN INTERAKSI SOSIAL PADA LANSIA SELAMA MASA PANDEMI COVID-19 DI KABUPATEN PEMALANG. *JKM : Jurnal Kesehatan Mahardika* , 4/6.



- Rahmania Siregar, I. E. (2023). FAKTOR YANG MEMENGARUHI PEMANFAATAN POSYANDU LANSIA WILAYAH KERJA PUSKESMAS DUMAI BARAT . *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah* , 1/9.
- Rista Ayu Lestari, A. S. (2023). Hubungan antara Aktivitas Fisik, Kebiasaan Merokok dan Pola Makan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cibogor Tahun 2022. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2/8.
- Sri Ariyanti, S. N. (2023). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA* . Pontianak: PT. Sonpedia Publishing Indonesia .
- Windu Unggun Cahya Jalu Putra, R. D. (2022). Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Perilaku Merokok pada Lansia di Kelurahan Kawatuna. *JURNAL GIZI DAN KESEHATAN*, 2/7.



### LAMPIRAN

#### MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)

##### Batasan

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

##### Tujuan

Untuk mengkaji kemajuan klien berhubungan dengan intervensi

##### Prinsip

- 1 Akurat dan sistematis
- 2 Berkseimbangan
- 3 Jaga privacy klien

##### Alat

- 1 Lembar observasi
- 2 Alat tulis (pulpen dan buku tulis)

NO	ITEM PENILAIN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	<b>ORIENTASI</b>		
	31. Tahun berapa sekarang?		✓
	32. Musim apa sekarang?	✓	
	33. Tanggal berapa sekarang?		✓
	34. Hari apa sekarang ?		✓
	35. Bulan apa sekarang?	✓	
	36. Di negara mana anda tinggal?	✓	
	37. Di provinsi mana anda tinggal?	✓	
	38. Dikabupaten mana anda tinggal?	✓	
	39. Di kecamatan mana anda tinggal?	✓	
	40. Di desa mana anda tinggal?		✓
2	<b>REGISTRASI</b>		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	41. .bunga.....	✓	
	42. ..bantal .....	✓	
	43. ...meja .....	✓	
3	<b>PERHATIAN DAN KULKULASI</b>		
	Minta klien meneje 5 kata dari belakang , misal ” BAPAK”		
	44. K		✓
	45. A		✓
	46. P		✓



NO	ITEM PENILIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
	47. A		✓
	48. B		✓
	<b>MENINGAT</b>		
	Minta klien untuk mengulang objek di atas		
	49. .bunga.....	✓	
	50. .bantal.....	✓	
	51. .meja .....	✓	
	<b>BAHASA</b>		
	<b>a. Penamaan</b>		
	Tunjukan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	52. Jam tangan	✓	
	53. Pensil	✓	
	<b>b. Pengeulangan</b>		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut:		
	54. :tidak ada jika, dan, atau tetapi”		✓
	<b>c. Perintah tiga langkah</b>		
	55. Ambil kertas!	✓	
	56. Lipat dua!	✓	
	57. Taruh dilantai!	✓	
	<b>d. Turutin hal berikut</b>		
	58. Tutup mata	✓	
	59. Tulis satu kalimat	✓	
	60. Salin gambar	✓	
	<b>JUMLAH</b>	20	10

Analisa hasil :

Catatan :

Interpretasi hasil yang didapatkan  
24-30 : tidak ada gangguan kognitif  
18-23 : gangguan kognitif sedang  
0-17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan : gangguan kognitif sedang



### INVENTARIS SEPRESI BECK (IDB)

Batasan

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

Tujuan

Membantu dalam memperikarakan beratnya depresi

Prinsip

4. Sabar dan tenang
5. Akurat dan sistematis
6. Berkesinambungan

Alat

3. Lembar observasi
4. Alat tulis (pulpen dan kertas, jam tangan)

Prosedur

No	ITEM PERTANYAAN	SKOR
1	<b>Kesedihan</b>	
	Saya sangat sedih/ tidak berbahagia Dimana saya tidak dapat menghadapinya	3
	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan tidak dapat keluar dirinya	2
	Saya merasa sedih atau galau	1
	Saya tidak merasa sedih	0
2	<b>Perimisme</b>	
	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik	3
	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandnag ke depan	2
	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan	1



## STIKes Santa Elisabeth Medan

	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	0
3	<b>Rasa Kegagalan</b>	
	Saya merasa benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, istri)	3
	Seperti melihat kebelakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan	2
	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	1
	Saya tidak merasa gagal	0
4	<b>Ketidakpuasan</b>	
	Saya tidak puas dengan segalanya	3
	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	2
	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	1
	Saya tidak merasa tidak puas	0
5	<b>Rasa bersalah</b>	
	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tidak berharga	3
	Saya merasa sangat bersalah	2
	Saya merasa buruk atau tidak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik	1
	Saya merasa benar-benar tidak bersalah	0
6	<b>Tidak menyukai diri sendiri</b>	
	Saya benci diri saya sendiri	3
	Saya muak dengan diri saya sendiri	2
	Saya tidak suka dengan diri sendiri	1
	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	0
	<b>Membahayakan diri sendiri</b>	



7		
	Saya akan membunuh diri sendiri jika saya mempunyai kesempatan	3
	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	2
	Saya merasa lebih baik mati	1
	Saya tidak mempunyai pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	0
8	<b>Menarik diri dari sosial</b>	
	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua	3
	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasan pada orang lain	2
	Saya kurang berminat pada orang lain daripada sebelumnya	1
	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain	0
9	<b>Keragu-raguan</b>	
	Saya tidak membuat keputusan sama sekali	3
	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat Keputusan	2
	Saya berusaha mengambil Keputusan	1
	Saya membuat Keputusan dengan baik	0
10	<b>Perubahan Gambaran diri</b>	
	Saya merasa bahwa saya jelek dan menjijikan	3
	Saya merasa bahwa ada perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak menarik	2
	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik	1
	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya	0
	<b>Kesulitan kerja</b>	



## STIKes Santa Elisabeth Medan

11		
	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali	3
	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu	2
	Ini memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu	1
	Saya dapat berkerja kira-kira sebaik sebelumnya	0
12	<b>Keletihan</b>	
	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu	3
	Saya lelah melakukan sesuatu	2
	Saya lelah lebih dari biasanya	1
	Saya tidak lebih lelah dari biasanya	0
13	<b>Anoreksia</b>	
	Saya tidak lagi menyukai nafsu makan sama sekali	3
	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang	2
	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya	1
	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya	0

### Penilaianan

0-4 : Depresi tidak ada atau minimal

5-7 : Depresi ringan

8-15 : Depresi sedang

16 : Depresi berat

### Catatan

Hasil dari pengkajian pemeriksaan (IDB) dinyatakan Tn.S mendapatkan hasil skor 3 yang dimana dinyatakan depresi tidak ada atau minimal.

### INDEKS KATz





### Batasan

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

### Tujuan

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

### Prinsip

1. tenang dan sabar
2. akurat dan sistematis
3. berkesinambungan

### Alat

1. Lembar observasi
2. alat tulis (pulpe dan buku tulis )

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantungan
1	Mandi ;		
	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.	✓	
	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta mandi sendiri	✓	
2.	<b>Berpakaian</b>		
	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian	✓	
	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagaian	✓	
3.	<b>Kekamar kecil</b>		
	Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri	✓	
	Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	✓	
4.	<b>Berpindah</b>		
	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri	✓	
	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau	✓ ✓	



	lebih berpindah		
<b>5.</b>	<b>Kontinen</b>		
	BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri	✓	
	Inkontinensia persial atau total: penggunaan kateter,pispot,enema dan pembalut (pampers)	✓	
<b>6</b>	<b>Malam</b>		
	Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri	✓	
	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya,tidak makan sama sekali dan makan parenteral	✓	

### Keterangan:

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil: ✓

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

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

Nilai C ; Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut : kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

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

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

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

Nilai G ; Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

### Catatan

Dalam pengkajian diatas Tn.S mampu dalam semua hal.

**Pemeriksaan menggunakan format Short Portable Mental Status Quesionaire (SPMSQ)**



NO	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang? Jawab : 10:00		✓
2	Tahun berapa sekarang? Jawab : Tidak ingat		✓
3	Kapan bapak lahir? Jawab : Lupa tanggal		✓
4	Berapa umur bapak sekarang? Jawab : 70 Tahun		✓
5	Dimana alamat bapak sekarang? Jawab: Lupa nama jalannya		✓
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama bapak? Jawab: 2 orang	✓	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak? Jawab:	✓	
8	Tahun berapa hari kemerdekaan indonesia? Jawab: Tidak ingat		✓
9	Siapa nama presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab: Prabowo	✓	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 Jawab:20,19,18,17,16,15,13,14,10,12,11,9,8,7,6,5,4,3,2,1		✓

### Analisa hasil

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

### Catatan

Dari hasil pengkajian Tn.S mendapatkan skor 7

yang salah yang dimana kunci kerusakan intelektualnya sedang

### PEMERIKSAAN FISIK KHUSUS UNTUK KELUARGA BINAAN

Pemeriksaan Fisik	Nama Anggota Keluarga
-------------------	-----------------------



## STIKes Santa Elisabeth Medan

Umum	Kepala keluarga	Istri
1. Penampilan Umum	Rapi dan bersih	Rapi dan bersih
• Kesadaran	CM	CM
• Cara berpakaian	Normal	Normal
• Kebersihan personal	Bersih	Bersih
• Postur dan cara berjalan	Pelan	Pelan
Bentuk dan ukuran tubuh	TB:170cm BB: 50kg	TB: 150cm BB: 45kg
Tanda-tanda vital	Tgl : 8/4/25 TD:110/60 HR:89x/i Suhu: 36 RR : 21x/i	Tgl :8/4/25 TD :120/70 HR: 80x/i Suhu :36 RR : 20x/i
Status mental dan cara berbicara:		
Status emosi	Normal	Normal
Orientasi	Tidak sesuai	Sesuai
Proses berfikir	Mudah dipahami	Mudah dipahami
Gaya bicara	Lambat dan pelan	Jelas
<b>Pemeriksaan Kulit</b>		
Kuku	Bersih	Bersih
<b>Pemeriksaan Kepala</b>		
Bentuk & Sensori	Simetris	Simetris
Rambut	Bersih	Bersih



## STIKes Santa Elisabeth Medan

Mata	Normal	Normal
Hidung	Normal	Normal
Telinga	Simetris	Simetris
Mulut	Simetris	Simetris
Leher	Tidak ada pembengkakan	Tidak ada pembengkakan
Dada (Pernafasan)	Pegembangan dada simetris	Pegembangan dada simetris
Dada (Cardiovaskuler)	-	-
<b>Abdomen</b>	Tidak ada lesi disekitar perut	Tidak ada lesi disekitar perut
	Tidak ada nyeri	Tidak ada nyeri
	Bising usus 20x/i	Bising usus 20x/i
	Tympani	Tympani
<b>Ekstremitas</b>		
<b>Ektremitas Atas</b>	Lengkap	Lengkap
<b>Ektremitas Bawah</b>	Lengkap	Lengkap
<b>Kesimpulan</b>	Gangguan Memori	Normal

### DOKUMENTASI





