

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny M
DENGAN DIMENSIA DI GRAHA RESIDENCE
KARYA KASIH MEDAN TAHUN 2024**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

NUR MARIA BR. SITUMEANG

NIM. 052023083

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024**



STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny M
DENGAN DIMENSIA DI GRAHA RESIDENCE
KARYA KASIH MEDAN TAHUN 2024**

KARYA ILMIAH AKHIR

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



Oleh:

NUR MARIA BR. SITUMEANG

NIM. 052023083

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024**



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 07 MEI 2024



MENGESAHKAN
Ketua Program Studi Profesi Ners

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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



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



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 07 MEI 2024

TIM PENGUSJI

Ketua: Sr. Sri Martini, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Anggota: Mardiaty Barus, S.kep.,Ns.,M.Kep

TANDA TANGAN



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERESETUJUAN

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

Oleh:
Nur Maria Br.Situmeang

Medan, 07 Mei 2024

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Sr. Sri Martini, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Anggota

(Mardiaty Barus, S,kep.,Ns.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyusun skripsi ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny M Dengan Masalah Gangguan Dimensia di Graha Residence Karya Kasih Medan Tahun 2024”. Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ilmu Keperawatan program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan. Pada penyusunan karya ilmiah ini peneliti menyadari bahwa semuanya ini tidak semata-mata hasil kerja peneliti sendiri, melainkan juga berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu baik secara materi maupun non materi. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Lindawati F. Tampubolon, S.kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan semangat.
3. Sr. Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji I dan Dosen Pembimbing yang selalu membantu, membimbing serta mengarahkan peneliti dengan penuh keseriusan dan memberikan ilmu yang bermanfaat dalam penyusunan karya ilmiah ini.



STIKes Santa Elisabeth Medan

4. Mardiaty Barus, S.kep,.Ns.,M.Kep selaku dosen penguji II yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.
5. Seluruh dosen dan Tenaga Kependidikan STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan memotivasi dan membantu dalam menjalani pendidikan.
6. Teristimewa kepada kedua orang tua saya tercinta Ayah D Situmeang dan Alm. Ibu saya R Sitompul . Nainggolan yang telah membesarkan saya dengan penuh kasih sayang dan dukungan baik dari segi materi maupun motivasi yang diberikan kepada peneliti. Serta kepada keluarga besar yang selalu memberikan semangat yang tidak terhenti dan doa yang tidak terputus demi kelancaran pembuatan karya ilmiah ini.
7. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan stambuk 2023 yang telah berjuang bersama-sama dan saling memberikan dukungan.

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

Medan, 07 Mei 2024

(NUR MARIA BR. SITUMEANG)



RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR

Asuhan keperawatan pada karya ilmiah ini dalam lingkup gerontik dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik pada penderita stroke non hemoragik. Gangguan mobilitas fisik menjadi salah satu masalah yang sering muncul pada penderita stroke. Gangguan mobilitas fisik ialah ketidakmampuan untuk melakukan atau mengendalikan gerakan tubuh secara efektif. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan pada penderita Dimensia dengan gangguan mobilitas fisik adalah latihan *Range Of Motion* (ROM). Latihan ROM merupakan latihan rehabilitasi yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerakan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot.

Pelaksanaan asuhan keperawatan dimulai dengan tahap pengkajian yang menjadi tahap utama dalam proses keperawatan. Dari pengkajian diperoleh masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik bd gangguan muskuloskeletal, defisit perawatan diri bd gangguan muskuloskeletal dan resiko jatuh bd usia lebih dari 65 tahun. Perencanaan keperawatan disusun sesuai dengan SIKI serta kriteria mayor dan minor. intervensi diagnosa pertama berupa dukungan perawatan diri (mandi) dan untuk diagnosa ketiga mengidentifikasi faktor resiko jatuh, memastikan roda tempat tidur terkunci serta memasang handrall tempat tidur.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, penulis mengevaluasi bahwa intervensi dari ketiga diagnosa masih perlu dilanjutkan karena gangguan pada muskuloskeletal memerlukan waktu yang lama untuk pulih sehingga diharapkan



STIKes Santa Elisabeth Medan

dengan dilanjutkannya intervensi untuk menjaga kenyamanan, kebersihan dan kesehatan klien.

Untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik dan mengurangi resiko jatuh perlu dilakukan tindakan latihan *range of motion* (ROM) untuk melatih kekuatan otot serta melakukan dukungan dalam perawatan dan keseharian untuk mencegah resiko jatuh. Diharapkan karya ilmiah akhir ini dapat menjadi sumber informasi dalam perkembangan ilmu keperawatan dibidang gangguan mobilitas fisik.



STIKes Santa Elisabeth Medan

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM DAN PERSYARATAN GELAR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR.....	vii
RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan umum	4
1.3.2. Tujuan khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Manfaat Tempat Penelitian	5
1.4.2. Manfaat perkembangan ilmu keperawatan	5
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS.....	6
2.1. Konsep Dasar Medis	6
2.1.1. Pengertian	6
2.1.2. Etiologi.....	6
2.1.3. Klasifikasi	7
2.1.4. Manifestasi klinis	9
2.1.5. Patofisiologi	10
2.1.6. Pathway.....	11
2.1.7. Pemeriksaan Penunjang	12
2.1.8. Pengukuran Demensia	13
2.1.9. Komplikasi.....	13
2.1.10. Penatalaksanaan	14
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	15
2.2.1. Pengkajian keperawatan	15
2.2.2. Diagnosa keperawatan	15
2.2.3. Intervensi keperawatan	24
2.2.4. Implementasi keperawatan	24
2.2.5. Evaluasi keperawatan	25
BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN	25
BAB 4 PEMBAHASAN	41
4.1. Gangguan mobilitas b.d proses penuaan (D.0062)	41
4.2. Risiko jatuh berhubungan dengan usia ≥ 65 tahun (D. 0143).....	41
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	42
5.1. Simpulan	42
5.2. Saran	42



STIKes Santa Elisabeth Medan

DAFTAR PUSTAKA	43
LAMPIRAN.....	52

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan menurut World Health Organization (WHO) merupakan keadaan sejahtera badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Hal ini berarti kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental, dan sosial saja, tapi juga dapat diukur dari aspek produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi.

Kesehatan penting bagi lansia karena semakin meningkatnya jumlah lansia, akan berdampak pada kurangnya pendapatan, pendidikan, dukungan sosial dan keluarga, serta akses kesehatan yang sulit diterima. Pada saat menginjak usia lanjut, tentunya akan banyak perubahan dalam segi kesehatan baik dalam kesehatan fisik maupun psikologis. Penurunan kesehatan tersebut dapat memudahkan lansia terserang dengan penyakit (Andesty & Syahrul, 2018).

Lansia merupakan tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia mencapai usia >60 tahun keatas. Peningkatan jumlah lansia dapat menyebabkan masalah dalam proses penurunan fungsi berbagai organ seperti jumlah sel, aktivitas, kentanpuan mencium, berkurangnya sensitivitas dan nafsu makan sehingga mengalami perubahan struktural, fisiologis, fungsi otak, berfikir dan mudah lupa. Hal ini menimbulkan perubahan fisik dan mental yang kerap disebut gangguan daya ingat berupa demensia (Sumarni et al., 2019).

Demensia merupakan gangguan fungsi intelektual tanpa gangguan fungsi atau keadaan yang terjadi. Memori, pengetahuan umum, pikiran abstrak, penilaian dan interpretasi atas komunikasi tertulis dan lisan dapat terganggu. Demensia merupakan sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguan fungsi kognitif antara lain intelegensi, belajar, daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi perhatian, konsentrasi dan penyesuaian serta kemampuan bersosialisasi (Sembiring & Setyarini, 2019).



STIKes Santa Elisabeth Medan

Berdasarkan data yang dipublikasikan oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 2018 di dunia ada sekitar 50 juta lansia yang menderita demensia, dengan hampir 60% tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Setiap tahun, ada hampir 10 juta kasus baru. Jumlah total lansia penderita demensia di dunia diproyeksikan mencapai 82 juta pada tahun 2030 dan 152 juta pada tahun 2050. Perkiraan prevalensi demensia pada populasi berusia lebih dari 60 tahun dengan waktu tertentu adalah 5-8%.

Indonesia mengalami peningkatan jumlah penduduk lansia dari 18 juta jiwa (7,56%) pada tahun 2010, menjadi 25,9 juta (9,7%) pada tahun 2019, dan diperkirakan akan terus meningkat di mana pada tahun 2035 menjadi 48,2 juta jiwa (15,77%). Prevalensi data lansia penderita demensia di Indonesia pada tahun 2019 terdapat 1,2 juta orang yang menderita demensia, diperkirakan menjadi 2 juta orang pada tahun 2030 dan 4 juta orang penderita demensia pada tahun 2050 (Immanuel & Natalia, 2021).

Berdasarkan data prevalensi di Kalimantan Timur pada tahun 2020 terdapat sebanyak 6,22% atau 3,77 juta penduduk lansia dan hasil prevalensi data lansia penderita demensia di provinsi Kalimantan Timur terdapat sebanyak 4,02% (Widgery, 2020).

Pada data yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Balikpapan pada tahun 2019, kasus demensia pada lansia terdapat sebanyak 4% untuk kasus lama dan untuk kasus baru belum diketahui (Immanuel & Natalia, 2021).

Faktor utama yang terjadi pada lansia penderita demensia yaitu faktor usia. Meskipun usia merupakan faktor risiko terkuat pada penderita demensia, hal tersebut bukanlah suatu konsekuensi yang tidak dapat dihindari akibat proses menua. Penderita dapat mengurangi risiko penurunan fungsi kognitif atau demensia dengan melakukan aktivitas fisik, mengendalikan berat badan, menghindari minuman beralkohol, makan makanan yang sehat, tidak merokok, menjaga tekanan darah, kadar gula darah, dan kolesterol agar tidak terjadi komplikasi atau penyakit penyerta lainnya (Windani et al., 2022).



Demensia jika tidak dapat dikontrol dan tidak ditangani dengan benar, maka gangguan memori akan bersifat serius, disertai tanda dan gejala fisik yang semakin jelas berupa tidak mengetahui waktu dan tempat, sulit mengenali keluarga dan teman, peningkatan kebutuhan bantuan dalam perawatan diri, adanya kesulitan dalam berjalan, peningkatan gangguan perilaku dan agresi. Masalah keperawatan utama yang sering muncul pada penderita demensia yaitu gangguan memori karena proses menua pada lansia atau kondisi klinis terkait lainnya (Windani et al., 2022).

Upaya yang perlu dilakukan untuk mengatasi penurunan daya ingat atau demensia pada lansia adalah dengan terapi kognitif/ latihan memori untuk stimulasi otak. Terapi kognitif berfokus pada masalah, orientasi pada tujuan, kondisi dan waktu saat itu. Terapi ini memandang individu sebagai pembuat keputusan dan dapat dikemas dalam terapi aktivitas kelompok (Yuliyanti et al., 2022).

Perawat berperan penting dalam penanganan lansia dengan demensia, upaya yang dapat diberikan perawat yaitu memberikan teknik perawatan yang membantu meningkatkan daya ingat. Mereka membutuhkan perawatan khusus secara personal dengan waktu dan pengawasan lebih lama untuk bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, perawatan demensia perlu menjadi prioritas kesehatan publik dan perencanaan yang memadai serta perlu diimplentasikan agar penderita demensia dapat hidup dengan baik (Situmorang & Widyatuti, 2019).

Peran dan fungsi perawat terhadap pasien demensia dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik sangat penting, baik sebagai pemberi bantuan pada lansia (care giver), sebagai motivator, innovator, sebagai advocator dan sebagai konselor (bidin A, 2020)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan pengurus yang ada di Panti Jompo Bhakti Abadi Balikpapan pada tahun 2023 didapatkan jumlah lansia sebanyak 20 orang, dengan jenis kelamin laki-laki 10 orang dan perempuan sebanyak 10 orang. Dari laporan diatas, prevalensi demensia pada lanjut usia di panti tersebut didapatkan sebanyak 50% dari 20 orang lansia yang mengalami kasus tersebut.



Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai " Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Demensia di Graha Residen Senior Panti Jompo Karya Kasih Medan Tahun 2024".

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Demensia di Graha Residen Senior Panti Jompo Karya Kasih Medan Tahun 2024?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.
3. Menyusun intervensi keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.



1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil proposal ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.

1.4.2 Manfaat praktis

1. . Bagi Tempat Penelitian

Hasil proposal ini diharapkan dapat memperbarui ilmu keperawatan dan sebagai masukan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dengan asuhan keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil proposal ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu terutama pemanfaatan dan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan gerontik dengan demensia di graha residen senior panti jompo karya kasih medan Tahun 2024.



BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

1.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian

Demensia adalah penyakit degeneratif neurologi yang progresif dan permanen (irreversible) yang dimulai secara bertahap dan dicirikan oleh kehilangan fungsi kognitif secara bertahap serta gangguan perilaku dan afektif (Sopyanti et al., 2019).

Demensia yaitu keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir, dan penurunan tersebut menimbulkan gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari. Kumpulan gejala yang ditandai dengan penurunan kognitif, perubahan mood dan tingkah laku sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari penderita (Sigalingging et al., 2020).

Pada tahun 2016 World Health Organization (WHO) mengatakan demensia adalah suatu sindrom, dimana ada penurunan fungsi kognitif (yaitu kemampuan untuk memproses pikiran) melampaui apa yang dapat diharapkan dari penuaan normal.

Demensia merupakan gangguan fungsi intelektual tanpa gangguan fungsi atau keadaan yang terjadi. Memori, pengetahuan umum, pikiran abstrak, penilaian dan interpretasi atas komunikasi tertulis dan lisan dapat terganggu. Demensia merupakan sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguan fungsi kognitif antara lain intelegensi, belajar, daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi perhatian, konsentrasi dan penyesuaian serta kemampuan bersosialisasi (Corwin, 2019).

Demensia umumnya terjadi pada lansia yang berusia 65 tahun. Risiko demensia meningkat secara signifikan seiring dengan bertambahnya usia (Azhari et al., 2022).

2.1.2 Etiologi

Menurut Singhealt (2014) ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya demensia antara lain:

- a. Penyakit degeneratif:



- 1) Penyakit alzheimer
 - 2) Demensia tubuh lewy
 - 3) Demensia fronto-temporal
- b. Penyakit serebrovaskular
 - c. Trauma
 - d. Penyakit menular
 - e. Hidrosefalus tekanan normal
 - f. Tumor otak
 - g. Depresi
 - h. Gangguan autoimun dan metabolisme
 - i. Kecanduan alkohol
 - j. Ketidakseimbangan elektrolit
 - k. Masalah tiroid dan kekurangan vitamin B12.

2.1.3 Klasifikasi

- a. Demensia menurut interpretasi Mini Mental State Examination (MMSE) didasarkan pada skor yang diperoleh pada saat pemeriksaan:
 - 1) Skor 24-30 diinterpretasikan fungsi kognitif normal
 - 2) Skor 19-23 diinterpretasikan demensia ringan.

Pasien dengan demensia ringan asih mungkin untuk hidup mandiri. Pasien masih dapat mengambil bagian dalam komunitas atau kegiatan sosial, Hal yang umum dialami pada pasien demensia ringan yaitu kesulitan membuat keputusan yang kompleks, membuat rencana, atau mengurus keuangan.



STIKes Santa Elisabeth Medan

3. Skor 13-18 diinterpretasikan demensia sedang

Pasien dengan demensia sedang mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari, mulai kehilangan memori secara signifikan, kesulitan untuk menentukan suatu pilihan, dan mudah bingung. Hal ini menyebabkan pasien memerlukan bantuan saat berada di luar rumah dan hanya mampu mengerjakan pekerjaan rumah yang sederhana.

4. Skor 0-12 diinterpretasikan demensia berat

Pasien dengan demensia berat biasanya ditandai dengan gangguan memori yang berat dan kadang disertai disorientasi waktu dan tempat. Pasien tersebut sudah tidak mampu membuat penilaian atau memecahkan masalah serta mengalami kesulitan dalam memahami apa yang terjadi di sekitar mereka.

Kriteria objektif normal: skor responden dengan nilai 24-30

Gangguan kognitif: skor responden dengan skor 12-23

b. Demensia menurut usia :

- 1) Demensia prasenilis <65 tahun.
- 2) Demensia senilis >65 tahun.

c. Demensia menurut kerusakan struktur otak:

- 1) Demensia alzheimer dan non-alzheimer.
- 2) Demensia vaskuler.
- 3) Demensia kerusakan struktur otak.
- 4) Demensia body lewy (DBL)
- 5) Demensia terkait dengan SIDA (HIV-AIDS)



2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Asrori dan Putri (2014), menyebutkan ada beberapa tanda dan gejala yang dialami pada demensia antara lain:

a. Kehilangan memori

Tanda awal yang dialami lansia yang menderita demensia adalah lupa tentang informasi yang baru didapat atau dipelajari, itu merupakan hal biasa yang dialami lansia yang menderita demensia.

b. Kesulitan dalam melakukan rutinitas pekerjaan

Lansia yang menderita demensia akan sering kesulitan untuk menyelesaikan rutinitas pekerjaan sehari-hari. Lansia yang mengalami demensia terutama alzheimer mungkin tidak mengerti tentang langkah- langkah dari mempersiapkan aktivitas sehari-hari.

c. Masalah dengan Bahasa

Lansia yang mengalami demensia akan kesulitan dalam mengelolah kata yang tepat, mengeluarkan kata-kata yang tidak biasa dan seringkali membuat kalimat yang sulit untuk dimengerti orang lain.

d. Disorientasi waktu dan tempat

Mungkin hal biasa ketika orang yang tidak mempunyai penyakit demensia lupa dengan hari atau dimana dia berada, namun dengan lansia yang mengalami demensia akan lupa dengan jalan, lupa dengan dimana mereka berada dan bagaimana mereka bisa sampai ditempat itu, serta tidak mengetahui bagaimana kembali kerumah.

e. Tidak dapat mengambil keputusan

Lansia yang mengalami demensia tidak dapat mengambil keputusan yang sempurna dalam setiap waktu seperti memakai pakaian tanpa melihat cuaca atau salah memakai pakaian, tidak dapat mengolah keuangan.



f. Perubahan suasana hati dan kepribadian

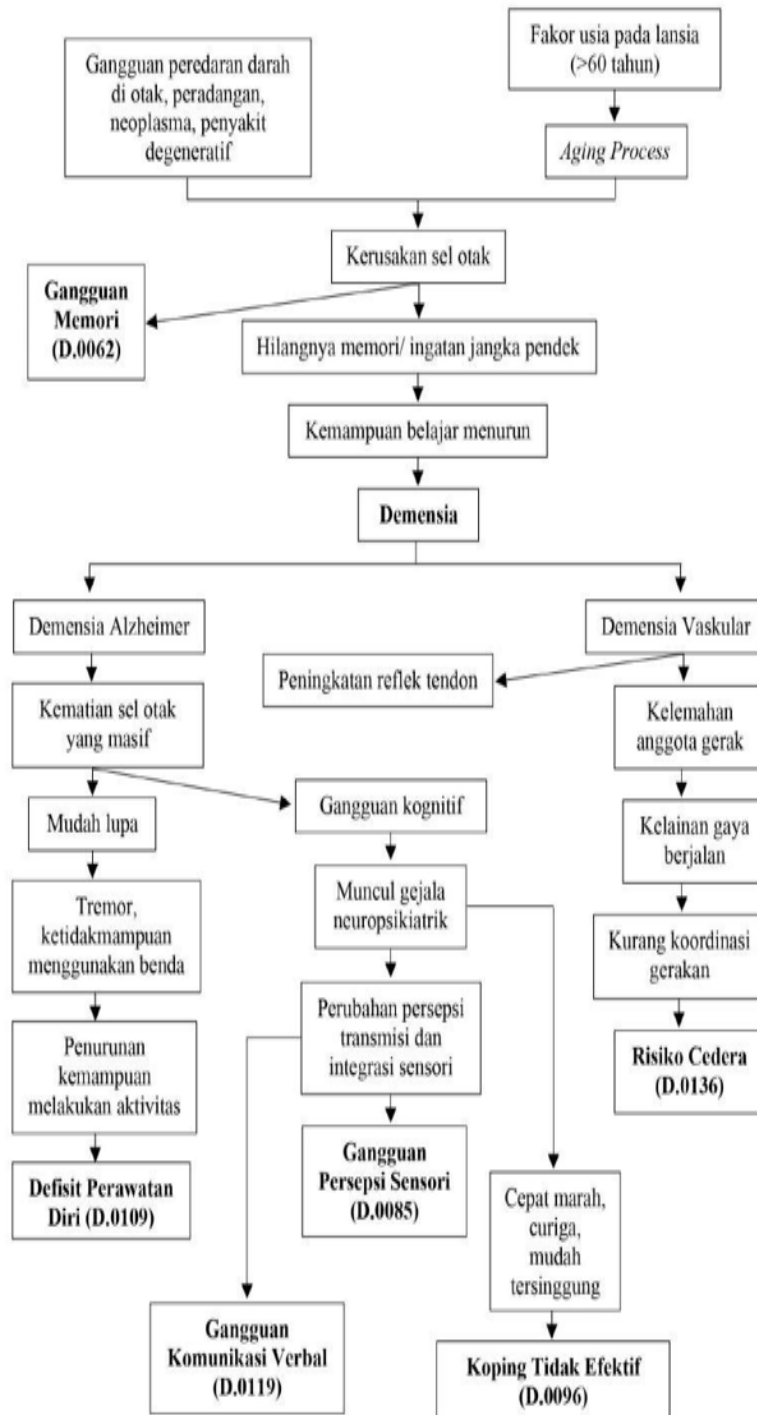
Lansia yang mengalami demensia dapat menunjukkan perubahan perasaan dengan sangat cepat, misalnya menangis dan marahtanpa alasan yang jelas. Kepribadian yang dialami lansia dengan demensia dapat mengalami banyak perubahan kepribadian, misalnya ketakutan, curiga yang berlebihan, menjadi sangat bingung dan ketergantungan pada anggota keluarga.

2.1.5 Patofisiologi

Proses menua tidak dengan sendirinya menyebabkan terjadinya demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan saraf pusat yaitu berat otak akan menurun 10% pada penuaan antara umur 30-70 tahun. Berbagai faktor etiologi yang telah disebutkan diatas merupakan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi sel-sel neuron mengalami kerusakan melalui mekanisme iskemia, infark, inflamasi deposisi protein abnormal. Disamping itu, kadar neurotransmitter di otak yang diperlukan untuk proses konduksi saraf juga akan berkurang. Hal ini menimbulkan fungsi kognitif (daya ingar, daya pikir dan belajar), gangguan sensorium (perhatian, kesadaran), persepsi, isi pikir, dan mood. Fungsi yang mengalami gangguan tergantung lokasi area yang terkena (kortikal atau subkortikal) atau penyebabnya karena manifestasinya dapat berbeda. Keadaan patologis dari hal tersebut akan memicu keadaan akut konfusio demensia (Ristinawati et al., 2022).

2.1.6 Pathway

Bagan 2.1.6 Pathway Demensia





2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Untari, Novijayanti & Sugihartiningsih (2019) pada lansia, pemeriksaan dilakukan dapat dimulai dengan pemeriksaan sederhana, hingga yang paling seksama sebagaimana berikut:

- a. Lansia mengeluh mengalami gangguan ingatan, daya pikir. Misalnya, kurang lancar berbicara, sulit menentukan kata-kata yang tepat (fungsi eksekutif yang terganggu).
- b. Menanyakan riwayat keluhan dari keluarga atau relasi yang terdekat maupun yang terpercaya.
- c. Pemeriksaan skrining neuropsikologis/ kognitif Mini Mental State Examination (MMSE), skrining 7 menit. Tes ini yang paling sering dipakai mencakup tes orientasi, perhatian, bahasa, memori dan keterampilan visual pasial. Pemeriksaan ini mempunyai skor maksimal 30. Jika mempunyai skor ≤ 24 , pasien dapat dikatakan gangguan kognitif demensiad. Diagnostic medis lainnya, meliputi:
 - 1) CTScan dan Magnetic Resonance Imaging (MRI)
 - 2) Positron Emission Tomography (PET)
 - 3) Single Photo Emission Computed Tomography (SPECT)
- e. Pemeriksaan neurologic lengkap, Pemeriksaan laboratorium darah dan radiologi
- f. Pemeriksaan EEG, walaupun tidak memberi gambaran spesifik demensia.



2.1.8 Pengukuran Demensia

Menurut Kaplan (2010), ada beberapa tes yang dapat membantu mendiagnosis demensia, misalnya Mini Mental State Examination (MMSE). Kriteria diagnostik untuk demensia, yaitu

a. Kemampuan intelektual menurun sedemikian rupa sehingga mengganggu pekerjaan dan lingkungan.

b. Defisit kognitif selalu melibatkan memori biasanya didapatkan kemampuan berpikir abstrak, menganalisis masalah, pertimbangan terganggu, dan perubahan kepribadian.

c. Sadar saat melakukan wawancara dengan mewawancarai penderita. MMSE menilai sejumlah domain kognitif yaitu orientasi, waktu dan tempat, registrasi, atensi, dan kalkulasi, recall dan bahasa. Masing-masing pertanyaan mempunyai nilai 0 sampai 5. Kategori demensia normal responden harus mempunyai nilai 24-30, kategori probable gangguan kognitif mempunyai nilai 17-23, dan untuk kategori definite mempunyai nilai 0-16. Interpretasi MMSE didasarkan pada skor yang diperoleh pada saat pemeriksaan:

1) Skor 24-30 diinterpretasikan fungsi kognitif normal

2) Skor 19-23 diinterpretasikan demensia ringan

3) Skor 13-18 diinterpretasikan demensia sedang

4) Skor 0-12 diinterpretasikan demensia berat Kriteria objektif normal skor responden dengan nilai 24 - 30 Gangguan kognitif: skor responden dengan skor 12-23

2.1.9 Komplikasi

Menurut Kusharyadi pada tahun 2010 komplikasi yang dapat terjadi pada lansia dengan demensia yaitu:



STIKes Santa Elisabeth Medan

a. Peningkatan resiko infeksi diseluruh bagian tubuh yang terdiri dari: ulkus diabetikum, infeksi saluran kemih (ISK), pneumonia.

b. Tromboemboli, infark miokardium terdiri dari kejang, kontraktur pada sendi, defisit perawatan diri karena penurunan kemampuan, malnutrisi dan dehidrasi akibat nafsu makan dan kesulitan menggunakan peralatan.

2.1.10 Penatalaksanaan

Sebagian besar demensia tidak dapat disembuhkan. Adapun penatalaksanaan secara farmakologis yaitu:

a. Demensia alzheimer menggunakan obat antikoliesterase, contoh: galantamine.

b. Demensia vaskuler dengan obat anti platelet, contoh: aspirine.

c. Demensia akibat stroke yang berturut-turut tidak dapat diobati, akan tetapi dapat dihambat perkembangannya atau dihentikan dengan mengobati kasusnya, misalnya hipertensi, diabetes mellitus yang berhubungan dengan stroke.

d. Bila penyebabnya depresi, diberikan antidepresi.

e. Untuk mengendalikan perilaku yang berlebihan dapat menggunakan antipsikotik.

Dukungan atau peran keluarga: Bantu pasien terhadap orientasi dengan memfasilitasi pemasangan kalender yang besar, pencahayaan yang terang, jam dinding dan berupaya untuk mempertahankan lingkungan yang familiar.

Terapi simptomatik dapat berupa diet, latihan fisik yang sesuai, terapi rekreasi dan aktivitas serta penanganan masalah.



2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan petinjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi, penyakit, diagnose, penetapan kekuatan dan kebutuhan. Adapun faktor yang mempengaruhi pada lansia yaitu interlasi, adanya penyakit dan ketidak mampuan status fungsional.

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama
- c. Riwayat penyakit sekarang
- d. Riwayat penyakit dahulu
- e. Riwayat penyakit keluarga
- f. Pengkajian psiko-sosial-spiritual
- g. Pemeriksaan fisik
- h. Pemeriksaan abdomen
- i. Ekstremitas
- j. Aktivitas dan istirahat
- k. Sirkulasi
- l. Eliminasi
- m. Pemeriksaan neuro sensori dan neurologi

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian yang telah dikumpulkan kemudian digunakan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi pada klien khususnya lansia baik itu akut, resiko, maupun potensial. Masalah yang terjadi pada klien



STIKes Santa Elisabeth Medan

dirumuskan dalam bentuk diagnosa keperawatan dengan menggunakan panduan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Dalam tinjauan teori, diagnosa yang dapat muncul pada lansia dengan demensia, sebagai berikut:

1. Gangguan memori (0.0062)

Ketidak mampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku.

Penyebab

- a) Ketidakadekuatan stimulasi intelektual
- b) Gangguan sirkulasi ke otak
- c) Gangguan volume cairan dan/atau elektrolit
- d) Proses penuaan
- e) Hipoksia
 - 1) Gangguan neurologis (mis, EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang)
 - g) Efek agen farmakologis
 - h) Penyalahgunaan zat
 - i) Faktor psikologis (mis. Kecamatan, depresi, stress berlebihan, berduka, gangguan tidur)
 - j) Distraksi lingkungan

Tanda dan gejala:

a) Mayor:

(1) Subjektif melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa, tidak mampu mempelajari keterampilan baru, tidak mampu mengingat informasi faktual, tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan, tidak mampu mengingat peristiwa.

(2) Objektif tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya

b) Minor:



(1) Subjektif lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan, merasa mudah lupa

(2) Objektif tidak tersedia

2. Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

Penyebab:

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghidupan
- d) Gangguan perabaan
- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut
- h) Pemajanan toksin lingkungan

Tanda dan gejala

a) Mayor

(1) Subjektif mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecapan

(2) Objektif distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar mengecap atau mencium sesuatu

b) Minor:

(1) Subjektif menyatakan kesal

(2) Objektif menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu/tempat/atau situasi, curiga, melihat kesatu arah, mondar mandir, bicara sendiri.



3. Gangguan eliminasi urin (D.0040)

Disfungsi eliminasi urin

Penyebab:

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih.
- b) Iritasi kandung kemih.
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis, operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilitas)
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis, anomali saluran kenih

kongenital

Gejala dan Tanda

a) Mayor

- (1) Subjektif Desekan berkemih (Urgensi), Urin menetas (dribbling), Sering buang air kecil, nokturia mengompol dan enuresis
- (2) Objektif: Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (Hesitancy), volume residu urin meingkat

b) Minor:

- (1) Subjektif tidak tersedia
- (2) Objektif tidak tersedia

4. Gangguan komunikasi verbal (D.0119) Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem verbal.



Penyebab

- a) Penurunan sirkulasi sereberal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan musculoskeletal
- e) Kelaian pelatum
- f) Hambatan fisik tmis terpasang trkheostomi, intubasi, krikotirudektomi).
- g) Hambatan individu (mis ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang provast).
- h) Hambatan pskiologis (mis gangguan pekocik, gangguan konsep diri, harga dirt rendah, gangguan emosi
- 1)amhatan Tongkanagan foms Ketidak cukupan informasi, ketiadaan orang terdekat ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

Tanda dan gejala

a) Mayor:

- (1) Subjektif: tidak tersedia
- (2) Objektif tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai.

b) Minor

- (1) Subjektif tidak tersedia
- (2) Objektif afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit/tidak mampu menggunakan ekspersi wajah/tubuh, sulit Menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang/waktu/ruang, defisit penglihatan dan delusi.

5. Gangguan pola tidur (D.0055)

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal;
Penyebab



STIKes Santa Elisabeth Medan

- a) Hambatan lingkungan (mis kelembapan lingkungan sekitar, suhu, lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan, pemeriksaan tindakan)
- b) Kurang kontrol tidur
- c) Kurang privasi
- d) Restraint fisik
- e) Ketiadaan teman tidur
- f) Tidak familiar dengan peralatan tidur

Gejala dan Tanda

a) Mayor:

(1) Subjektif Mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup.

(2) Objektif tidak tersedia.

b) Minor:

(1) Subjektif: mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

(2) Objektif: tidak tersedia.

6. Gangguan interaksi sosial (D.0118)

Kuantitas dan/atau kualitas hubungan sosial yang kurang atau berlebihan
Penyebab

- a) Defisiensi bicara
- b) Hambatan perkembangan/maturasi
- c) Ketidaksihan terdekat
- d) Perubahan neurologis (mis Kelahiran, premature distress fetal, persalinan cepat atau persalinan lama)
- e) Disfungsi sistem keluarga
- 1) Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan



- g) Penganiayaan atau pengabaian anak
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Model peran negative
- j) Implusif
- k) Perilaku menentang
- l) Perilaku Agresif
- m) Keengganan berpisah dengan orang terdekat

Tanda dan gejala

a) Mayor:

(1) Subjektif: Merasa tidak nyaman dengan situasi sosial dan erasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan.

(2) Objektif Merasa tidak nyaman dengan situasi sosial dan merasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan

b) Minor:

(1) Subjektif: sulit mengungkapkan kasih sayang

(2) Objektif gejala cemas berat, kontak mata kurang, ekspresi wajah tidak responsive, tidak kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebaya, dan perilaku tidak sesuai usia

7. Defisit perawatan diri (1) 0109)

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab

- a) Gangguan musculoskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan atau psikorik
- e) Penurunan motivasi dan minat

Tanda dan gejala



a) Mayor

(1) Subjektif: Menolak melakukan perawatan diri

(2) Objektif: Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang

b) Minor

(1) Subjektif: tidak tersedia

(2) Objektif: tidak tersedia

8. Koping tidak dektif (D.0096)

Ketidak mampuan menilai dan merespons stresor dan/ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah.

Penyebab

a) Ketidakpercayaan kemampuan diri mengatasi masalah

b) Ketidakadekuatan sisitem pendukung

c) Ketidakadekuatan sistem koping

d) Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan

e) Ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stressor

Disfungsi sistem keluarga

g) Krists situasional

h) Krisis manurasional

1) Kerentanan personalitas

j) Ketidakpastian

Tanda dan gejala

a) Mayor

(1) Subjektif mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah.

(2) Objektif: tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia); dan menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai.



b) Minor

(1) Subjektif: Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar dan kekhawatiran kronis

(2) Objektif: Penyalahgunaan zat, memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri, perilaku tidak asertif dan partisipasi sosial kurang

9. Resiko defisit nutrisi (D.0032)

Beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Faktor resiko

- a) Ketidak mampuan menelan makanan
- b) Keudakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)

10. Risiko cedera (D.0136)

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

Faktor resiko:

a. Eksternal:

- a) Terpapar patogen
- b) Terpapar zat kimia toksik
- c) Terpapar agen nosokomial
- d) Ketidakamanan transportasi

b. Internal:

- a) Ketidaknormalan profil darah



- b) Perubahan orientasi efektif
- c) Perubahan sensasi
- d) Disfungsi autoimun
- e) Disfungsi biokimia
- f) Hipoksia jaringan
- g) Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

1 Malnutrisi

Perubahan fungsi psikomotor dan kognitif

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan tindakan adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia. Ada 2 langkah dalam tahapan intervensi yaitu menetapkan tujuan dan kriteria hasil dengan menggunakan panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) serta mengidentifikasi tindakan yang akan dilakukan dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Sumber: Standar Diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI), dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Tindakan Implementasi keperawatan adalah upaya perawat untuk membantu dalam kepentingan klien, keluarga dan komunitas dengan tujuan meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan dimana



tempat mereka mencari batuan. Tindakan keperawatan merupakan implementasi atau pelaksanaan dari suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan prosedur untuk menilai suatu program dan memperoleh informasi tentang keberhasilan pencapaian tujuan, kegiatan, hasil, dan dampak serta biaya evaluasi bukan hanya digunakan untuk menyesuaikan dalam mencapai tujuan secara efektif tetapi bisa menentukan keberhasilan atau kegagalan hingga mengetahui apa yang terjadi dan apa yang bisa dilakukan terhadap hasil-hasil tersebut.

Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan SOAP, yaitu sebagai berikut:

- a. S (subjektif) merupakan informasi berupa ungkapan yang didapat dari lansia setelah tindakan diberikan.
- b. O (objektif) merupakan informasi yang didapatkan berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah Tindakan
- c. A (Assesment) merupakan suatu analisis perawat setelah mengetahui respon pasien secara subjektif dan objektif.
- d. P (ploning) merupakan suatu perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan



STIKes Santa Elisabeth Medan

Dalam mengevaluasi harus melihat tujuan yang sudah dibuat sebelumnya. Bila tujuan tersebut belum tercapai, maka akan dibuat rencana tindak lanjut yang masih searah dengan tujuan.

BAB 3
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Nama : Oma Merry pandiangan
Jenis kelamin :Perempuan
Umur :86 Tahun
Status perkawinan : Menikah
Pekerjaan :Petani
Agama :Kristen Protestan
Pendidikan terakhir :SD
Alamat :Pandiangan
Tanggal masuk panti :08 Maret 2024
Tanggal pengkajian :26 Maret 2024
Diagnosa medis :

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama

= mengatakan penurunan memori dan sulit mengingat

b. Riwayat Penyakit Sekarang

= tidak ada

c. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

= tidak ada

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

= tidak ada

3. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

a. Pola Tidur/ istirahat

sebelum sakit : oma merry tidur dengan tenang dan mampu toileting

saat sakit : oma merry mengatakan ia sering terbangun saat malam hari karena mengompol

b. Pola Eliminasi

sebelum sakit : mampu toileting

saat sakit : oma merry tidak mampu mengontrol eliminasi (BAK dan BAB)

c. Pola Makan dan Minum

sebelum sakit : oma merry makan dengan lahap 3X hari

saat sakit : oma merry makan dengan lahap 3X sehari dan makanan habis

d. Kebersihan diri

sebelum sakit : oma merry mampu melakukan perawatan diri

saat sakit : oma merry tidak mampu membersihkan diri sendiri dan tidak/ penurunan pengertian mengenai kebersihan

e. Pola Kegiatan atau Aktifitas

sebelum sakit : berladang dan kesawah

saat sakit : oma merry hanya berjalan – jalan sekitar lorong dan duduk menandang di balkon

f. Penggunaan Bahan yang Merusak Kesehatan

tidak ada

g. Riwayat Alergi

tidak ada

4. DATA PSIKOSOSIAL

a. Pola Komunikasi

oma merry sulit memahami dan mengalami diskomunikasi dan penurunan pendengaran

b. Orang yang paling dekat dengan pasien

oma merry dekat dengan abangnya(itonya) yang sering berkunjung kepanti

c. Hubungan dengan orang lain

oma merry memiliki hubungan baik, namun lebih sering melamun dan sendiri

d. Data kognitif

oma merry mengalami penurunan memori dan sering lupa mengenai informasi yang baru dikatakan atau dibicarakan

5. DATA SPIRITUAL

a. Ketaatan Beribadah

oma merry mengatakan beribadah dan beragama kristen protestan

b. Keyakinan terhadap sehat dan sakit

oma meery mengatakan yakin bahwa dia akan sehat

6. PEMERIKSAAN FISIK

a. Penampilan Umum

penampilan oma merry kurang rapi dan sering berjalan dengan lambat

b. Tanda – tanda vital

TD : 130/70 mmhg

RR : 20 x/i

T : 36.3' C

c. Pemeriksaan Kepala dan Leher

1. Kepala : tidak tampak leti namun ada ketombe dan dominan beruban, rambut pendek tidak berminyak
2. Wajah : mimik wajah dominan sedih, turgor kulit kering dan berkeriput
3. Mata : mata ada dua, penglihatan masih bagus \pm 3m masih mampu melihat
4. Hidung : hidung ada / bersih
5. Mulut dan Faring : mulut berwarna merah mudah, banyak kurang gigi dan gigi depan sebagian sudah tidak ada

d. Pemeriksaan Integumen/ kulit

turgor kulit

e. Pemeriksaan Thorax dan Dada

1. Inspeksi : dada simetris
2. Palpasi : tidak maisa atau edema
3. Perkusi : tidak ada bunyi sonor
4. Auskultasi : tidak ada bunyi nafas tambahan

f. Pemeriksaan Abdomen

1. Inspeksi : perut simetris
2. Auskultasi : bising usus normal
3. Perkusi : tidak gembung
4. Palpasi : tidak ada edema atau benjolan di abdomen

g. Pemeriksaan Muskuloskeletal

penurunan otot gerak, tampak bingkuk dan berjalan pelan / perlahan

h. Pemeriksaan Neurologis

tidak ada

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Laboratorium

tidak ada

b. Foto Rontgen

tidak ada

8. PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

a. Therapi

tidak ada

b. Penatalaksanaan Perawatan

tidak ada

B. ANALISA DATA

Tanggal	Syampptom	Problem	Etiologi
31 Maret 2024	Do: tidak mampu mandi/ melakukan perawatan diri - mengompol namun dibiarkan saja - tidak mampu melakukan toilet	Defisit perawatan diri	Demensia (usia lanjut)

	dengan baik		
	<p>Ds: - meminta maaf karna lupa nam penanya</p> <p>- Tidak mampu mengingat informasi yang baru disimpan</p> <p>Do: - Tidak mampu mempelajari i mengingat baru di hal yang ban ucapkan/dipelajari</p> <p>- lupa dengan tanggal lahir</p> <p>-berbicara melantur</p>	Gangguan memori	Proses penuaan

	Do:-Penurunan kekuatan otot - usia = 65 thn	Risiko Jatuh	Kekuatan otot Menurun
	Do:-klien suka melamun -konsentrasi bunk Bicara sendiri terkadang - Disorientari informasi Gangguan persepsi gentot	Gangguan persepsi sensori	Usia lanjut

C. DIAGNOSA Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan
1.		Risiko Jatuh berhubungan dengan kewalan otot melemah d.d ura lanjut

2.		gangguan Menoni b.d proses penuaan (demeniga) d.d disorientasi informasi, melantur. Tidak mampu mengingat informasi yang baru dikatakan
3.		Defisit perawatan diri berhubungan dengan tidak mampu melakukan perawatan diri mandiri, toilet yang buruk
4.		Gangguan penepsi sensori berhubungan dengan usa lanjut d.d Melamun, konsentrasi buruk, daya ingat jangka predek buruk

D. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN↑↑

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Tanda Tangan

	<p>Defisit perawatan diri b.d Demensia (usia lanjut)</p>	<p>sebelah dilakukan And kep 3x24 jan Perawatan diri meningkat 1.kemampuan Mandi↑ (4) 2.kemampuan ketoilet ↑ (3) 3.Minat melakukan Perawatan din redang (3)</p>	<p>cukungan perawatan diri 1. identifikasi kebiasaan alat bantu kebersihan 2. Dampangi dim mdakuran perawatan din 3. pasiütaşi kemandirian 4. Jadwalkan rutinitas perawa din secara kaniste</p>	
	<p>Risiko Jatuh berhubungan dengan kekuatan Otot menurun</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam koordinasi pergerakan meningkat: 1. kekuatan otot cukup ↑ (4) 2. kontrol gerak 3. kecepatan gerakan membaik</p>	<p>Dukungan ambulasi 1.identifikasi toleransi fisik 2.fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 3.libatkan keluarga/ perawat dalam melakukan</p>	

		4.keseimbangan gerakan meningkat	ambulasi 4.anjurkan berjalan sesuai toteransi	
	Gangguan memori b.d Proses perawatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam orientasi kognitif meningkat: 1.identifikasi diri sendiri 2.identifikasi tempat saat ini 3. indentifikasi hari↑ 4. idenfikasi bulan 5. identifikasi tahun↑	Latihan memori 1. identifikasi masalah memori yang dialami 2.simulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali 3. fasilitas kemampuan pembelajaran 4. fasilitas kemampuan konsentrasi 5. simulasi	

			menggunakan pada peristiwa yang baru terjadi	
--	--	--	--	--

E. TINDAKAN KEPERAWATAN

No. Diagnosa	Tanggal/ Jam	Implementasi	Tanda Tangan
	31 Maret 2024 03.50 05.30 06.30	Melakukan perawatan diri/ membantu oma merry saat mandi dan perawatan lainnya Memberikan makan dan berbincang setelah makan dengan oma merry Melakukan pengkajian dan tanya jawab seputar identitas dan kenangan masa lalu	
	01 april 2024 03.50 05.30	Memfasilitasi perawatan diri dan kebersihan diri Menemani makan dan minum sembari melakukan teknik mengingat saat	

	06.40	dilakukan pengulangan kata – kata Melakukan mobilitas fisik dengan pelan atau ringan dan melakukan fasilitas atau simulasi peristiwa yang baru dialami	
	07.00	Melakukan evaluasi = oma merry hanya mengingat ± 5 menit	
	03 april 2024 09.30	Melakukan simulasi memori dengan menanyakan mengenai hal, yang baru dilakukan sampai yang dilakukan kemarin	
	10.40	Menggiring atau memfasilitasi oma merry dalam berjalan dan menuntunnya, untuk menghindari jatuh dan mengajarkan mengenai kebersihan dasar seperti memakai pempres agar tidak BAK sembarangan	
	12.00	Memfasilitasi oma merry makan dan mengajarkan agar tidak membuang atau bertumpahan saat makan	

F. EVALUASI

Tanggal/ No.DX	Catatan Perkembangan
----------------	----------------------

<p>31 Maret 2024</p> <p>DX 1,2,3</p>	<p>S: oma mery mengatakan ia sudah mandi dan makan</p> <p>O: - Oma mery sudah mandi dibantu perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - makan dengan lahap - berjalan dengan pelan sembari memegang dinding - oma mery mudah lupa dengan pembicaraan yang baru dibicarakan <p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P: intervensi keperawatan dilanjutkan</p>
<p>01 april 2024</p> <p>Dx 1,2,3,</p>	<p>S: oma mery mengatakan lupa dengan nam pengkaji</p> <p>O: - oma mery memerlukan bantuan dalam kebersihan / perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - mudah lupa - mampu mengingat \pm 5 menit setelah dilakukan pengulangan berkali – kali <p>A: masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
<p>03 april 2024</p> <p>Dx 1,2,3</p>	<p>S: oma mery mengatakan ini pertama kali dia datang keruangan ini</p> <p>O: - oma mery lupa bahasa ia sudah beberapa hari datang ke karya kasih</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot 3:3 -suku melamun dan berjalan tanpa arah - melakukan pembicaraan untuk mentimulus memori

	A: masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 4 PEMBAHASAN

4.1. Gangguan mobilitas b.d proses penuaan (D.0062)

Pengkajian pada Ny.M didapatkan mengalami data subjektif: klien mengatakan bahwa klien merasa dirinya mudah lupa, tidak mampu mengingat peristiwa yang terdahulu, lupa tanggal hari ini, lupa berapa usianya sekarang. Data objektif klien tampak sering lupa dengan hal- hal yang baru saja dilakukan, nampak tidak mampu menjawab pertanyaan karena lupa, terdapat data penilaian.

4.2. Risiko jatuh berhubungan dengan usia ≥ 65 tahun (D.0143)

Pengkajian pada Ny.M didapatkan mengalami data subjektif: klien mengatakan ada riwayat jatuh dalam 1 bulan terakhir ini, terjatuh dari kamar mandi bulan lalu, data objektif: klien nampak berpegangan pada handler saat berjalan pelan, suka beraktivitas disekitar panti, dan jatuh .

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Berdasarkan hasil pengkajian penerapan asuhan keperawatan pada klien lansia dengan demensia Ny M di Graha Residen Senior Karya kasih Medan 2024.

Hasil pengkajian yang didapatkan dari kasus yang sama yaitu pengkajian Ny M pada tanggal 31 Maret 2024. Pada pemeriksaan psikososial kedua klien memiliki fungsi kognitif yang menurun, hal ini tergambar saat melakukan pengkajian wawancara pada kedua klien ada kendala dalam menjawab serta semua data diperoleh dari klien sendiri. Pada diagnosa yang sama yaitu demensia dan menunjukkan adanya tanda dan gejala yang hampir sama yang dirasakan oleh klien Ny. M

5.2.Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabaeth Medan

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan serta refrensi karya tulis ilmiah untuk asuhan keperawatan dengan masalah gangguan pada pasien *Dimensia*

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu keperawatan dibidang keperawatan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan dengan masalah gangguan pada pasien *Dimensia*

DAFTAR PUSTAKA

- Andesty, D., & Syahrul, F. (2018). HUBUNGAN INTERAKSI SOSIAL DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI UNIT PELAYANAN TERPADU (UPTD) GRIYA WERDHA KOTA SURABAYA TAHUN 2017 PENDAHULUAN Dampak dari kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi terutama di bidang kesehatan , berhasil untuk menurunkan angka. *The Indonesian Journal Public Healt*, 13(2), 169–180. <https://doi.org/10.20473/ijph.v113il.2018.169-180>
- Azhari, A. A., Suhariyanto, S., Ernawati, E., Juniartati, E., & Sulistyawati, D. (2022). Asuhan Keperawatan Lansia dengan Demensia: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Cikini*, 3(2), 75–83. <https://doi.org/10.55644/jkc.v3i2.89>
- bidin A. (2020). Опыт аудита обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации по разделу «Эпидемиологическая безопасность» No Title. *Вестник Росздравнадзора*, 4(1), 9–15.
- Immanuel, J., & Natalia, E. C. (2021). Strategi kampanye Alzheimer Indonesia #janganmaklumdenganpikun dalam membangun kesadaran akan isu demensia. *PRofesi Humas Jurnal Ilmiah Ilmu Hubungan Masyarakat*, 6(1), 67. <https://doi.org/10.24198/prh.v6i1.28296>
- Ristinawati, I., Mirawati, D. K., Subandi, S., Danuaji, R., Budianto, P., Prabaningtyas, H. R., Tedjo, R. A. A., Putra, S. E., & Hafizhan, M. (2022). Pelatihan Pengisian Mini Mental State Examination (MMSE) dan Eight-item Informant Interview to Differentiate Aging and Dementia (AD8) untuk Deteksi Dini Demensia Alzheimer bagi Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. *SEMAR (Jurnal Ilmu Pengetahuan, Teknologi, Dan Seni Bagi Masyarakat)*, 11(2), 215. <https://doi.org/10.20961/semar.v11i2.66400>
- Sembiring, S. T. H., & Setyarini, E. A. (2019). Hubungan Kesiapan Keluarga Dengan Kondisi Demensia Lansia. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 5(1). <https://doi.org/10.17509/jpki.v5i1.15722>
- Sigalingging, G., Nasution, Z., & Pasaribu, R. (2020). Harga diri (self esteem) lansia yang mengalami demensia. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 14(1), 59–66. <https://doi.org/10.33024/hjk.v14i1.1938>
- Situmorang, S. U. N., & Widyatuti. (2019). Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Kerusakan Memori Melalui Intervensi Latihan Handball. *Jurnal Ners Widya Husada*, 6(2), 41–48.
- Sopyanti, Y. D., Sari, C. W. M., & Sumarni, N. (2019). Gambaran Status Demensia Dan Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Guntur Kelurahan Sukamentri Garut. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 5(1), 26–38. <https://doi.org/10.33755/jkk.v5i1.125>
- Sumarni, N., Rosidin, U., & Sumarna, U. (2019). Hubungan Demensia dan Kualitas Hidup pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Guntur. *Jurnal Keperawatan BSI*, VII(1), 1–6. <https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/view/5449>

- Widgery, D. (2020). Health Statistics. In *Science as Culture* (Vol. 1, Issue 4).
<https://doi.org/10.1080/09505438809526230>
- Windani, C., Sari, M., Tarigan, D. P., & Rafiyah, I. (2022). Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Status Demensia Pada Lansia Berdasarkan Kajian Data Sekunder Di Posbindu Caringin. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 7(2), 162–170.
- Yuliyanti, T., Kustanti, K., & Wahyuni, W. (2022). Upaya Pencegahan Demensia Dengan Pelatihan Terapi Otak Dan Pemeriksaan Kesehatan Dasar Pada Lanjut Usia Di Wilayah Kelurahan Bulakrejo Kabupaten Sukoharjo. *GEMASSIKA: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(2), 141–153.
<https://doi.org/10.30787/gemassika.v6i2.692>

LAMPIRAN

4. INDEKS KATZ

BATASAN

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

TUJUAN

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

PRINSIP

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

ALAT

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

PROSEDUR

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

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

Keterangan:

Beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil:

- Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.
- Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
- Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
- Nilai F ✓ : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Catatan:

kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan kontinen bak

Medan, 2021
Pembimbing

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

BATASAN

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

TUJUAN

Untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual

PRINSIP

1. Tenang dan sabar
2. Akurat dan sistematis

ALAT

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

PROSEDUR

No	ITEM PERTANYAAN	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang? Jawab : ..jam 6 mungkin		✓
2	Tahun berapa sekarang? Jawab : ..sa inggat, 1990...		✓
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab : ..		
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang? Jawab : ..Mungkin sekitar 70an		✓
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang? Jawab : ..pendalaran	✓	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : ..		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/ibu? Jawab : ..Fitman	✓	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab : ..45	✓	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab : ..60 inggat		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1? Jawab : ..1, 2, 3		✓
JUMLAH			

Analisis Hasil:

- Skore Salah : 0-2 Fungsi intelektual utuh
 Skor Salah : 3-4 Kerusakan intelektual Ringan
 Skore Salah : 5-7 Kerusakan intelektual Sedang
 Skor Salah : 8-10 Kerusakan intelektual Berat

Catatan:

kerusakan intelektual Ringan
 ↳ mengalami penurunan fungsi kognitif dan memori

Medan,
Pembimbing

6. INVENTARIS DEPRESI BECK (IDB)

BATASAN

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

TUJUAN

Membantu dalam memperkirakan beratnya depresi.

PRINSIP

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

ALAT

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

PROSEDUR

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

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

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

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

Penilaian:

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

Catatan:

depresi tidak ada atau minimal

Medan,
Pembimbing