



**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. R DAN NY. B
YANG MENGALAMI DEMENSIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN PROSES PIKIR
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh:

**Maira Hasana
NIM 162303101080**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. R DAN NY. B
YANG MENGALAMI DEMENSIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN PROSES PIKIR
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk
menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
dan Mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh:

**Muira Hasana
NIM 162303101080**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Bapak Suyanto dan Ibu Marsilah Sri wahyuni dan adik saya Nurhidatul Fitria sertakeluarga besar saya yang telah memberikan dukungan, baik dukungan berupa doa, motivasi, serta dukungan moral dan non moral yang luar biasa bagi penulis selama menjalankan program studi
2. Ibu Primasari Mahardhika Rahmawati S.Kep Ners M.Kep selaku pembimbing yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi
3. Sahabat- sahabat tercinta Anjelna, Dwi yuni, Novita, Qurrota, dan Fitria yang memberikan dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan tugas program study dengan baik

MOTTO

Jadilah seperti karang di lautan yang kuat di hantam ombak dan kerjakanlah hal yang bermanfaat untuk diri sendiri dan orang lain, karena hidup hanyalah sekali. Ingat hanya kepada Allah SWT apapun dan dimanapun kita berada kepada Dia-lah tempat meminta dan memohon



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muira Hasana

NIM : 162303101080

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir saya berjudul

“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada NY.R dan NY.B yang mengalami Demensia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2019”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak memuat karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diacu dalam karya tulis ilmiah ini dan disebutkan dalam referensi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak maupun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika kemudian hari tidak benar.

Lumajang, 25 Juni 2019

Yang menyatakan,



Muira Hasana
NIM 162303101080

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. R DAN NY. B
YANG MENGALAMI DEMENSIA DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN PROSES PIKIR
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2019**

Oleh:

Muira Hasana
NIM 162303101080

Pembimbing :

Dosen Pembimbing : Primasari M.R., S.Kep., Ners., M. Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Oleh : Muira Hasana
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada NY R
dan NY. B yang mengalami Demensia
dengan Masalah Keperawatan Gangguan
Proses Pikir di UPT PSTW Tahun 2019
Telah disetujui tanggal : 25 Juni 2019

Oleh:

Dosen Pembimbing



Primasari M.R., S.Kep., Ners., M. Kep
NRP : 760017257

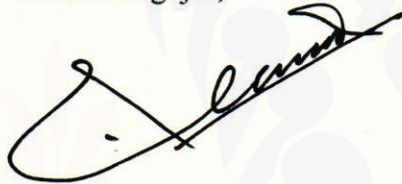
PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada NY. R dan NY. B yang mengalami Demensia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2019” Karya Muira Hasana telah diuji dan disahkan pada :

Hari, tanggal : Selasa, 16 Juli 2019

Tempat : Program Studi D3 keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Ketua Pengujui,



Zainal Abidin, A.Md.Kep.,S.Pd.,M.Kes
NIP 198001312008011007

Anggota I



R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep
NRP : 760017249

Anggota II



Primasari M.R., S.Kep., Ners., M.Kep
NRP : 760017257

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep.Ners.,MM.
NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Gerontik pada NY. R dan Ny. B yang Mengalami Demensia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2019; Muira Hasana; 162303101080; 2019; 130 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Demensia (pikun) adalah kemunduran kognitif yang sedemikian beratnya, sehingga mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas sosial. Kemunduran kognitif pada demensia biasanya diawali dengan kemunduran memori atau daya ingat atau biasa yang sering disebut juga dengan pelupa. Masalah Keperawatan yang muncul pada pasien demensia adalah gangguan proses pikir

Metode yang digunakan yaitu laporan kasus yang berupa studi kasus untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien demensia NY. R dan NY. B yang mengalami demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir di UPT PSTW Jember. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua lansia yang mengalami demensia yang memenuhi kriteria partisipan dengan teknik wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

Hasil yang didapatkan setelah melakukan tindakan keperawatan yaitu terjadi penurunan skor SPMSQ dan MMSE sesuai dengan tingkat kemampuan pasien, pasien 1 dan pasien 2 mengalami penurunan skor sebagian.

Dari hasil tersebut diharapkan bagi penulis selanjutnya Senam otak dilakukan secara perlahan dan berulang-ulang. Kegiatan senam otak dilakukan dengan frekuensi lebih dari 2 kali dalam sehari untuk meningkatkan MMSE pasien. Bagi petugas kesehatan dapat melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan atau mempertahankannya memori lansia agar tidak terjadi demensia yang lebih parah. Petugas juga harus proaktif dalam mengajak lansia dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang sudah direncanakan oleh petugas pada lansia

SUMMARY

A Gerontic Nursing Care on Dementia Clients Mrs. R and Mrs. B under Nursing Problem of Cognitive Disturbance in UPT PSTW Jember 2019; Muira Hasana; 162303101080; 2019; 130 pages; Faculty of Nursery; University of Jember.

Dementia is a hard cognitive decline which can disturb daily and social activities. Commonly, the cognitive decline on dementia clients is indicated from memory loss. In this case, the nursing problem which can appear on the dementia clients is cognitive disturbance.

This research exerts design of case study which aims to explore nursing care on the clients of dementia Mrs. R and Mrs. B who have nursing diagnosis of cognitive disturbance in UPT PSTW Jember. The research data is taken from two elderly clients of dementia who fulfill the research participant criteria through methods of interview, observation, and documentation study.

From the result of nursing intervention on both dementia clients, it indicates SPMSQ and MMSE score which is based on the level of client capability, the client 1 and 2 is indicated decline of some scores.

Based on the research finding, the researcher suggests to the next researchers to implement brain gymnastic in slowly and repeatedly. The activity of brain gymnastic is implemented in frequency more than twice a day in order to improve MMSE score on the clients. Next, the researcher expects to the health officers to be able to implement activities which can improve or maintain the memory of elderly clients to prevent serious condition of dementia. The health officers must also be proactive to invite the elderly clients to do activities to train the brain capability.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan Hidayah-Nya sehingga yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. R dan Ny. B yang mengalami demensia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2019 ” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan tugas akhir ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan. Dalam pembuatan laporan tugas akhir ini saya menyampaikan terima kasih kepada pihak pihak yang telah membantu baik secara langsung mapapun tidak langsung sehingga proposal ini dapat terselesaikan tepat waktu. Adapun ucapan terimakasih. Saya sampaikan kepada:

- 1) Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinaor pengelolah progam studi D3 Keperawatan yang telah memberikan izin kepada penulis sehingga penulis dapat melakukan Studi Kasus ini dengan lancar
- 2) Ibu Primasari Mahardhika Rahmawati S.Kep Ners M.Kep yang telah membimbing serta mengarahkan pemulis sehingga ini dapat tugas akhir ini selesai dengan baik
- 3) Bapak Zainal Abidin, A.Md.Kep.,S.Pd.,M.Kes selaku penguji satu yang telah memberikan saran dalam penulisan laporan akhir
- 4) Bapak R. Endro Sulistyono, S. Kep.,Ners.,M.Kep selaku penguji dua yang telah memberikan saran dalam penulisan laporan akhir
- 5) Bapak Muhammad Tabrani,SH.MH selaku kepala UPT PSTW Jember yang telah memfasilitasi dalam penulisan laporanm akhir
- 6) Ayah dan ibu tercinta serta seluruh keluarga yang telah menyambung doa, dan memberikan motivasi untuk terselesainya proposal ini

Semoga atas bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis akan mendapat imbalan yang sepatutnya dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekuranga yang terdapat dalam penyusunan tugas akhir ini. Oleh karena itu saya mohon kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan pembuatan laporan tugas akhir selanjutnya dan saya sampaikan terimakasih.

DAFTAR ISI

	Halaman
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vii
PENGESAHAN.....	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Peneliti	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Bagi Peneliti.....	4
1.4.2 Bagi peksos/perawat di UPT PSTW Jember.....	4
1.4.3 Bagi pasien.....	4
1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan	4
1.4.5 Bagi Peneliti Selanjutnya	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Lansia	5
2.1.1 Defenisi Lansia	5
2.1.2 Batasan Lansia	5
2.1.3 Tahapan proses Penuaan	5
2.1.4 Perubahan yang Terjadi pada Lansia	6
2.2 Konsep Demensia	13
2.2.1 Definisi.....	13
2.2.2 Etiologi.....	13
2.2.3 Klasifikasi Demensia	14
2.2.4 Manifestasi Klinis	15
2.2.5 Pathway mujahidullah, 2012.....	17
2.2.6 Faktor resiko demensia antara lain Nisa & Lisiswanti, (2016).....	18
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	18
2.2.8 Penatalaksanaan	18
2.2.9 Komplikasi	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia pada Klien dengan Demensia ..	21
2.3.1 Pengkajian.....	21
2.4 Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul	28
2.5 Diagnosa Prioritas.....	29

2.6 Intervensi Keperawatan	30
2.7 Implementasi	33
2.8 Evaluasi	34
BAB 3. METODE PENULISAN.....	35
3.1 Desain Penulisan.....	35
3.2 Batasan Istilah	35
3.3 Partisipan	35
3.4 Lokasi dan Waktu	36
3.4.1 Lokasi.....	36
3.4.2 Waktu	36
3.5 Pengumpulan Data.....	36
3.5.1 Wawancara.....	36
3.5.2 Observasi.....	36
3.5.3 Studi Dokumentasi.....	37
3.6 Uji Keabsahan Data	37
3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan	37
3.6.2 Sumber Informasi Tambahan.....	37
3.7 Etika Penulisan.....	37
3.7.1 Prinsip Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan	37
3.7.2 Prinsip Memperhatikan Kesejahteraan Partisipan	39
3.7.3 Prinsip Keadilan (<i>Justice</i>) untuk Semua Partisipan	40
3.7.4 Persetujuan Setelah Penjelasan (<i>Informed Consent</i>).....	40
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	42
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	42
4.2 Pengkajian	43
4.2.1 Data Biografi.....	43
4.2.2 Riwayat Keluarga.....	44
4.2.3 Riwayat Pekerjaan.....	45
4.2.4 Status Kesehatan	46
4.2.5 Aktivitas Hidup Sehari-hari (ADL)	47
4.2.6 Pengkajian Status Kognitif / Afektif.....	48
4.3 Diagnosa Keperawatan.....	49
4.3.1 Intervensi Keperawatan.....	51
4.3.2 Implementasi.....	54
4.3.3 Evaluasi.....	58
BAB 5. PENUTUP.....	61
5.1 Kesimpulan	61
5.1.1 Pengkajian.....	61
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	61
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	61
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	62
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	62
5.2 Saran.....	62
5.2.1 Bagi Penulis Selanjutnya	62
5.2.2 Bagi Petugas Kesehatan di UPT PSTW	62
5.2.3 Bagi Institusi	63

DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN.....	67



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway demensia (sumber : mujahidullah, 2012)	17
Gambar 4.1 Genogram Pasien 1	44
Gambar 4.2 Genogram Pasien 2	44



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1Pengkajian Indeks KATZ (Aspiani, 2014)	23
Tabel 2.2Pengkajian APGAR Keluarga (Aspiani, 2014).....	24
Tabel2.3Short Portable Mental Status Questionnaire(sumber : Kushariyadi, 2010)	25
Tabel 2.4Mini Mental State Exam (MMSE) (sumber : Kushariyadi, 2010).....	26
Tabel 4.1Data Biografi pada Ny R dan Ny B di wisma mawar dan seruni UPT PSTW Jember bulan Februari 2019.....	43
Tabel 4.2Riwayat pekerjaan pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW Jember Bulan Februari 2019	45
Tabel 4.3Status Kesehatan Umum Selama Setahun dan lima tahun yang lalu pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW Jember Bulan Februari 2019.....	46
Tabel 4.4Keluhan Utama pada Ny. R dan Ny. B di Wisma Mawar dan Melati UPT PSTW Jember Bulan Februari 2019	46
Tabel 4.5ADL pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW Jember Bulan Februari 2019.....	47
Tabel 4.6Pengkajia Status Kognitif / Afektif pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW Jember Bulan Februari 2019.....	48
Tabel 4.7Analisa data pasien pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW Jember Bulan Februari 2019	49
Tabel 4.8Intervensi Keperawatan Masalah Gangguan Proses Pikir pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW Bulan Januari 2019 .	51
Tabel 4.9Implementasi Keperawatan dengan Masalah Gangguan Proses Pikir pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW Bulan Februari 2019.....	54
Tabel 4.10Evaluasi Keperawatan dengan Masalah Gangguan Proses Pikir pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW Bulan Januari 2019	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i> Pasien 1	67
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i> Pasien 2	68
Lampiran 3 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah	69
Lampiran 4 Surat Ijin Penyusunan Tugas Akhir	70
Lampiran 5 Surat Telah Melakukan Penelitian di UPT PSTW Jember	71
Lampiran 6 Pemeriksaan Fisik	72
Lampiran 7 <i>Mini Mental State Exam</i>	73
Lampiran 8 <i>Short Portable Mental Status Questionare</i>	74
Lampiran 9 APGAR Keluarga	76
Lampiran 10 Deskripsi Kekhususan	78
Lampiran 11 Riwayat Lingkungan Hidup	79
Lampiran 12 Satuan Acara Penyuluhan	82
Lampiran 13 Leaflet	86
Lampiran 14 Logbook	106
Lampiran 15 Hasil Screening Demensia Lansia	109

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses menua merupakan suatu perubahan progresif pada organisme yang telah mencapai kematangan intrinsik dan bersifat irresibel serta menunjukkan adanya kemunduran sejalan dengan waktu (Hidayaty, 2012). Proses menua pada manusia merupakan suatu peristiwa alamiah, yang berarti seseorang telah melalui 3 tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis (Mubarok, Nurul & Bambang, 2010). Depkes RI (2013) menyebutkan bahwa proses penuaan akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh, sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan. Perubahan-perubahan sebagai akibat proses menua (*aging process*), meliputi perubahan fisik, mental, spritual, dan psikososial (Azizah, 2010).

Salah satu masalah mental pada lansia yaitu demensia. Demensia adalah suatu sindroma penurunan kemampuan intelektual progresif yang menyebabkan kemunduran kognitif dan fungsional. Seseorang penderita demensia fungsi intelektual yang terganggu dan menyebabkan gangguan dalam aktivitas sehari-hari maupun hubungan dengan orang sekitarnya. Penderita demensia juga kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, mengontrol emosi, dan bahkan bisa mengalami perubahan kepribadian dan masalah tingkah laku seperti mudah marah dan berhalusinasi (Muharyani, 2010).

Data dari World Health Organization dan Alzheimer's Disease International Organization, (2015) melaporkan jumlah total orang dengan demensia di seluruh dunia pada tahun 2015 di perkirakan mencapai 47,5 juta dan sebanyak 22 juta jiwa diantaranya berada di Asia. Di Indonesia sebagai negara berkembang dengan jumlah penduduk terbanyak ke 4 di dunia. Jumlah lansia di Indonesia mencapai 20,24 juta orang atau sekitar 8,03% dari seluruh penduduk Indonesia. Data tersebut menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan hasil sensus penduduk tahun 2010 yaitu 18,1 juta atau 7,6% dari jumlah total penduduk. Estimasi jumlah penderita penyakit demensia di Indonesia pada tahun 2013

mencapai satu juta orang. Jumlah itu diperkirakan akan meningkat drastis menjadi dua kali lipat pada tahun 2030, dan menjadi empat juta orang pada tahun 2050. Bukannya menurun, tren penderita demensia di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya (Kemenkes, 2016). Study pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti pada 23 Oktober 2018 dengan metode screening yang dilakukan oleh mahasiswa pada semua lansia yang ada di UPT Pelayanan sosial tresna werdha jember dengan menggunakan pengkajian Mini Mental State Exam (MMSE) dan di dapatkan data bahwa 21,3% dari 141 orang lansia penghuni UPT Pelayanan sosial tresna werdha Jember mengalami gangguan kognitif/ demensia.

Tanda-tanda awal demensia sangat tidak ketara dan samar-samar dan mungkin tidak segera menjadi jelas. Proses menua tidak sendirinya menyebabkan demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi disusunan saraf pusat (Darmojo&hadi, 2010). Gejala awal yang sering menyertai demensia antara lain terjadinya penurunan kinerja mental, fatigue, mudah lupa dan gagal dalam melakukan tugas. Selain itu gejala umum yang sering terjadi antara lain aktivitas sehari-hari terganggu, terjadinya disorientasi, cepat marah, berkurangnya kemampuan konsentrasi dan resti jatuh (Azizah, 2011). Yang mana pada tanda-tanda gejala demensia mudah lupa tersebut dapat diangkat masalah keperawatan gangguan proses pikir. Gangguan proses pikir adalah Gangguan aktivitas dan realitas, pemecahan masalah, dan penilaian kerja kognitif (Misalnya, pikiran sadar, orientasi realitas, pemecahan masalah, dan penilaian. Batasan Karakteristik pada gangguan proses pikir meliputi subyektif : Ketidaksesuaian kognitif, Ketidakakuratan interpretasi lingkungan, Ketidaksesuaian pemikiran, Objektif : Mudah distraksi, egosentris, terlampau dan kurang waspada, defisit atau masalah memori

Oleh karena itu untuk mencegah terjadi masalah keperawatan gangguan proses pikir tersebut, maka pasien demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir harus segera diberikan penanganan yang benar, tepat dan berkualitas. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan untuk pasien demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir yaitu ”penurunan ansietas, manajemen perilaku: Overaktivitas/kurang perhatian, promoi perfusi serebral,

restrukturisasi kognitif, stimulasi kognitif, dukungan pembuatan keputusan, manajemen waham, manajemen demensia, manajemen lingkungan: keamanan. Manajemen halusinasi, pelatihan memori, pemantauan neurologis, orientasi realitas, peningkatan kesadaran diri, peningkatan harga diri “ (Wilkinson & Ahern, 2011). Selain dari beberapa intervensi tersebut, intervensi lain yang bisa dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir adalah melakukan intervensi senam otak.

Senam otak atau lebih dikenal Brain Gym adalah serangkaian gerakan sederhana yang dilakukan untuk merangsang kerja dan fungsi otak secara maksimal (Gunadi, 2009). Senam otak diharapkan lansia demensia yang mengalami penurunan fungsi kognitif dapat meningkat, lebih bersemangat serta meningkatkan konsentrasi (Dennison dalam Anton, 2010). Prinsip senam otak adalah mengaktifkan 3 demensi otak, demensi pemusatan dapat meningkatkan aliran darah ke otak, meningkatkan penerimaan oksigen sehingga dapat membersihkan otak, demensi lateralis akan menstimulasi koordinasi kedua belahan otak yaitu otak kiri dan otak kanan (memperbaiki pernafasan, stamina melepaskan ketegangan dan menguramgi kelelahan) demensia memfokuskan untuk membantu melepaskan hambatan focus dari otak (memperbaiki kurang perhatian kurang konsentrasi (Dennison dalam Anton, 2010). Porsi latihan yang tepat adalah sekitar 10-15 menit, sebanyak 2-3 kali dalam sehari (Septianti & Suyanto & Santoso 2016).

Dari latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada NY. R dan NY. B yang mengalami demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2019”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Lansia yang mengalami Demensia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember tahun 2019?

1.3 Tujuan Peneliti

Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan pada lansia yang mengalami Demensia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember tahun 2019

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman dan pengetahuan serta mengaplikasikan teori Asuhan Keperawatan Lansia yang mengalami demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir

1.4.2 Bagi peksos/perawat di UPT PSTW Jember

Sebagai acuan dalam menentukan strategi pengembangan perawatan/penanganan lansia yang mengalami demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir

1.4.3 Bagi pasien

Dengan pelaksanaan asuhan keperawatan yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas kesehatan pasien

1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil peneliti ini dapat digunakan sebagai masukan data untuk melakukan upaya-upaya dalam peningkatan pemberian pengetahuan kepada mahasiswa dalam bidang kesehatan khususnya tentang penyakit demensia pada lansia

1.4.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Asuhan Keperawatan ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam pengembangan penelitian pada lansia yang mengalami demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang landasan teori yang meliputi konsep lansia , konsep Demensia dan konsep Asuhan Keperawatan Gerontik pada NY. R dan NY. B yang mengalami demensia dengan masalah keperawatan Gangguan proses pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2019. Literatur yang digunakan dalam bab ini antara lain yaitu buku, jurnal dan skripsi.

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Defenisi Lansia

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud dengan Lanjut Usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas (Infodatin Kemenkes RI, 2014).

2.1.2 Batasan Lansia

a. Menurut WHO dalam kunaifi, A, (2009)

- 1) Usia Pertengahan (middle age) : 45-59 tahun
- 2) Lansia (elderly) : 60-74 tahun
- 3) Usia tua (old) : 75-89 tahun
- 4) Usia sangat lanjut (very old) : lebih dari 90 tahun

b. Menurut Depkes RI

- 1) Kelompok menjelang usia lanjut (45-54 tahun), keadaan ini dikatakan masa virilitasi
- 2) Kelompok usia lanjut (55-64 tahun) sebagai masa presenium
- 3) Kelompok-kelompok usia lanjut (>65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium (Aspiani, 2014).

2.1.3 Tahapan proses Penuaan

Proses penuaan dapat berlangsung melalui tiga tahap sebagai berikut

(Pangkahila, 2007 dalam Handoyo, L., 2018)

a. Tahap Subklinik (usia 25-35 tahun)

Pada tahap ini, sebagian besar hormon di dalam tubuh mulai menurun, yaitu hormon testosteron, *growth* hormon dan hormon estrogen. Pembentukan radikal bebas dapat merusak sel dan DNA mulai mempengaruhi tubuh. Kerusakan ini biasanya tidak tampak dari luar, karena itu pada usia ini dianggap usia muda dan normal

b. Tahap Transisi (35-45 tahun)

Pada tahap ini kadar hormon menurun sampai 25%. Massa otot berkurang sebanyak satu kilogram tiap tahunnya. Pada tahap ini orang mulai merasa tidak muda lagi dan tampak lebih tua. Kerusakan oleh radikal bebas mulai merusak ekspresi genetik yang dapat mengakibatkan penyakit seperti kanker, radang sendi, berkurangnya memori, penyakit jantung koroner dan diabetes.

c. Tahap Klinik (usia 45 tahun keatas)

Pada tahap ini penurunan kadar hormone terus berlanjut yang meliputi DHEA, melatonin, *growth* hormon, testosteron, estrogen dan juga hormon tiroid. Terjadi penurunan bahkan hilangnya kemampuan penyerapan bahan makanan, vitamin dan mineral. Penyakit kronis menjadi lebih nyata, sistem organ tubuh mulai mengalami kegagalan.

2.1.4 Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisiologi, perubahan psikososial, perubahan mental.

a. Perubahan Fisiologi

1) Sel

a) Lebih sedikit jumlahnya.

b) Lebih besar ukurannya.

c) Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler.

d) Menurunnya proposi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati.

e) Jumlah sel otak menurun.

f) Terganggunya mekanisme perbaikan sel.

g) Otak menjadi atrofi beratnya berkurang 5-20 %

2) Sistem Kardiovaskuler

a) Elastisitas dinding oarta menurun

- b) Katup jantung menebal dan menjadi kaku
 - c) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 30 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
 - d) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk atau duduk ke berdiri bisa menyebabkan tekanan darah menurun yaitu menjadi 65 mmHg yang dapat mengakibatkan pusing mendadak.
 - e) Tekanan darah meninggi diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer : sistolis normal \pm 170 mmHg, diastolic normal \pm 90 mmHg.
- 3) Sistem Pernapasan
- a) Otot-otot pernapasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku
 - b) Menurunnya aktivitas dari silia.
 - c) Paru-paru kehilangan elastisitas : kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan kedalaman bernafas menurun
 - d) Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.
 - e) O₂ pada arteri menurun menjadi 75 mmHg
 - f) CO₂ pada arteri tidak berganti
 - g) Kemampuan untuk batuk berkurang
 - h) Kemampuan pegas, dinding,dada dan kekuaan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia.
- 4) Sistem Persyarafan
- a) Berat otak menurun 10-20% (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya).
 - b) Cepatnya menurun hubungan persyarafan.
 - c) Lambat dalamm respon dan waktu untuk beraksi, khususnya dengan stress.
 - d) Mengecilnya saraf panca indra: Berkurangnya penglihatan,hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitive terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
 - e) Kurang sensitive terhadap sentuhan.

5) Sistem Gastrointestinal

- a) Kehilangan gigi : penyebab utama adanya periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk.
 - b) Indra pengecap menurun : adanya iritasi yang kronis dan selaput lendir, atrofi indra pengecap ($\pm 80\%$), hilangnya sensitivitas dari indra pengecap dilidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas dari saraf pengecap tentang rasa asam, asam dan pahit
 - c) Esofagus melebar
 - d) Lambung : rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun.
 - e) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi
 - f) Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu)
 - g) Liver : makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan,berkurangnya aliran darah
- 6) Sistem Genitourinaria
- a) Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan zat sisa metabolisme tubuh melalui urin darah yang masuk ke ginjal, di saring oleh satuan unit terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tempatnya di glomerulus). Kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% fungsi tubulus berkurang akibatnya kurangnya kemampuan mengkosentrasikan urin, berat jenis urin menurun proteinuria (biasanya $+1$) BUN (Blood Urea Nitrogen) meningkat sampai 21mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.
 - b) Vesika urinaria (Kandung Kemih)
Otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, vesika urinaria susah untuk dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga menyebabkan meningkatnya retensi urin.
 - c) Pembesaran prostat $\pm 75\%$ dialami oleh pria usia 65 tahun.

7) Sistem Endokrin

- a) Produksi hamper dari semua hormone menurun.
- b) Fungsi parathyroid dan sekresinya tidak berubah.
- c) Pituitari: perubahan hormone ada tetapi lebih rendah dan hanya didalam pembuluh darah, berkurangnya produksi dari ACTH (Adrenocortikotropic Stimulating Hormone), FSH (Folikel Stimulating Hormone), LH (Leutinezing Hormone)
- d) Menurunnya aktivitas daari tiroid, Menurunnya BMR (Basal Metabolic Rate), dan menurunnya daya pertukaran zat.
- e) Menurunnya produksi aldosterone.
- f) Menurunnya sekresi hormone kelamin, misalnya : progesterone,estrogen dan testosterone.

8) Sistem Indra : Pendengaran, Penglihatan, Perabaan dll

a) Sistem Pendengaran

- (1) Prebiaskuis (gangguan pendengaran). Hilangnya kemampuan /daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun.
- (2) Membran timpani menjadi atropi menyebabkan otosklerosis.
- (3) Terjadinya pengumpulan cerumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin.
- (4) Pendengaran menurun pada lanjut usia yang mnegalami ketegangan jiwa atau stress.

b) Sistem Penglihatan

- (1) Spingter pupil timbul sclerosis dan hilangnya respon terhadap respon terhadap sinar.
- (2) Karena lebih berbentuk sepsis (bola)
- (3) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
- (4) Meningkatkan ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan, lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap.

- (5) Hilangnya daya akomodasi.
- (6) Menurunnya lapang pandang : berkurangnya luas pandangnya.
- (7) Menurunnya daya membedakan warna biru/hijau pada skala.

c) Rabaan

Indera peraba memberikan pesan yang paling intim dan yang paling mudah untuk diterjemahkan. Bila indera lain hilang, rabaan dapat mengurangi perasaan sejahtera. Meskipun reseptor lain akan menumpul dengan bertambahnya usia, namun tidak pernah menghilang

d) Pengecap dan penghidu

Empat rasa dasar yaitu manis, asam,asin, dan pahit. Diantara semuanya, rasa manis yang paling tumpul pada lansia. Maka jelas bagi kita mengapa mereka senang membubuhkan gula secara berlebihan.Rasa yang tumpul menyebabkan kesukaan terhadap makanan yang asin dan banyak berbuku.Harus dianjurkan penggunaan rempah, bawang, bawang putih, dan lemon untuk mngurangi garam dalam menyedapkan makanan.

9) Sistem Integumen

Fungsi kulit meliputi proteksi, perubahan suhu, sensasi, dan ekresi. Dengan bertambahnya usia, terjadilah perubahan intrinsic dan ekstrinsik yang mempengaruhi penampilan kulit :

- a) Kulit mengkerut atau keriput akibat hilangnya jaringan lemak.
 - b) Permukaan kulit dasar dan bersisik (karena kehilangan proses keratinisasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis)
 - c) Menurunnya respon terhadap trauma
 - d) Mekanisme proteksi kulit menurun
- (1) Produksi serum menurun
 - (2) Gangguan pigmentasi kulit.
- e) Kulit kepala dan rambut menipis bewarna kelabu
 - f) Rambut dalam hidung dan telinga menebal
 - g) Berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi
 - h) Pertumbuhan kuku lebih lambat
 - i) Kuku jari menjadi keras dan rapuh

- j) Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk
- k) Kelenjar keringat berkurangnya jumlah dan fungsinya
- l) Kuku menjadi pudar, kurangnya bercahaya

10) Sistem Muskuloskeletal

Penurunan progresif dan gradual masa tulang mulai terjadi sebelum usia 40 tahun

- a) Tulang kehilangan density (cairan) dan makin rapuh dan osteoporosis.
- b) Kifosis
- c) Pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas
- d) Discus intervertebralis menipis dan menjadi pendek
- e) Persendian membesar dan menjadi kaku
- f) Tendon menerut dan mengalami sclerosis
- g) Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil) : serabut-serabut otot mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot kram menjadi tremor
- h) Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh (Aspiani , 2014).

b. Perubahan Psikososial

1) Kesepian

Septiningsih dan Na'imah (2012) menjelaskan dalam studinya bahwa lansia rentan sekali mengalami kesepian. Kesepian yang dialami dapat berupa kesepian emosional, situasional, kesepian sosial atau gabungan ketiga-tiganya. Berdasarkan penelitian tersebut beberapa hal yang dapat memengaruhi perasaan kesepian pada lansia diantaranya: a) merasa tidak adanya figur kasih sayang yang diterima seperti dari suami atau istri, dan atau anaknya; b) kehilangan integrasi secara sosial atau tidak terintegrasi dalam suatu komunikasi seperti yang dapat diberikan oleh sekumpulan teman, atau masyarakat di lingkungan sekitar. Hal itu disebabkan karena tidak mengikuti pertemuan-pertemuan yang dilakukan di kompleks hidupnya; c) mengalami perubahan situasi, yaitu ditinggal wafat pasangan hidup (suami dan atau istri), dan hidup sendirian karena anaknya tidak tinggal satu rumah.

2) Kecemasan menghadapi kematian

Ermawati dan Sudarji (2013) menyimpulkan dalam hasil penelitiannya bahwa terdapat 2 tipe lansia memandang kematian. Tipe pertama lansia yang cemas ringan hingga sedang dalam menghadapi kematian ternyata memiliki tingkat religiusitas yang cukup tinggi. Sementara tipe yang kedua adalah lansia yang cemas berat menghadapi kematian dikarenakan takut akan kematian itu sendiri, takut mati karena banyak tujuan hidup yang belum tercapai, juga merasa cemas karena sendirian dan tidak akan ada yang menolong saat sekarat nantinya

3) Depresi

Lansia merupakan agregat yang cenderung depresi. Menurut Jayanti, Sedyowinarso, dan Madyaningrum (2008) beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya depresi lansia adalah: a) jenis kelamin, dimana angka lansia perempuan lebih tinggi terjadi depresi dibandingkan lansia laki-laki, hal tersebut dikarenakan adanya perbedaan hormonal, perbedaan stressor psikososial bagi wanita dan laki-laki, serta model perilaku tentang keputusan yang dipelajari; b) status perkawinan, dimana lansia yang tidak menikah/tidak pernah menikah lebih tinggi berisiko mengalami depresi, hal tersebut dikarenakan orang lanjut usia yang berstatus tidak kawin sering kehilangan dukungan yang cukup besar (dalam hal ini dari orang terdekat yaitu pasangan) yang menyebabkan suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan kesendirian; dan c) rendahnya dukungan sosial.

c. Perubahan mental

Faktor- Faktor yang mempengaruhi perubahan mental

- 1) Perubahan fisik terutama organ-organ perasa
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat Pendidikan
- 4) Keturunan (hereditar)
- 5) Lingkungan

Perubahan kepribadian yang drastis, jaringan terjadi lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang. Kekakuan mungkin karena faktor-faktor lain seperti penyakit.

- a. Kenangan (*Memory*)
 - 1) Kenangan jangka panjang
Berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan.
 - 2) Kenangan jangka pendek 0-10 menit, kenangan buruk
- b. IQ (*intellegentia Quantion*)
 - 1) Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal
 - 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan keterampilan
Psikomotor ; Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari factor tertentu

2.2 Konsep Demensia

2.2.1 Definisi

Demensia dapat diartikan sebagai gangguan kognitif dan memori yang dapat mempengaruhi aktifitas sehari-hari (Grayson ,2004 dalam Aspiani, 2014) menyebabkan bahwa demensia bukanlah sekedar penyakit biasa, melainkan kumpulan gejala yang disebabkan beberapa penyakit atau kondisi tertentu sehingga terjadi perubahan kepribadian dan tingkah laku.

Demensia adalah suatu sindroma penurunan kemampuan intelektual progresif yang menyebabkan kemunduran kognitif dan fungsional. Seorang penderita demensia memiliki fungsi intelektual yang terganggu dan menyebabkan gangguan aktivitas sehari-hari maupun hubungan dengan orang sekitarnya. Penderita demensia juga kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, mengontrol emosi, dan bahkan bisa mengalami perubahan kepribadian dan masalah tingkah laku seperti mudah marah dan berhalusinasi (Muharyani, 2010).

2.2.2 Etiologi

Penyebab demensia menurut Nugroho (2008) dapat di golongkan menjadi 3 golongan yaitu :

- a. Sindrome demensia dengan penyakit etiologi dasarnya tidak dikenal kelainan yaitu : terdapat pada tingkat subsuler atau secara biokimiawi pada sistem enzim, atau pada metabolisme

b. Sindrom demensia dengan etiologi yang dikenal tetapi belum dapat di obati, penyebab utama dalam golongan ini diantaranya :

- 1) Penyakit degenerasi spino-selebelar
- 2) Sub akut leuko-esefalitis sklerotik fan bogaert
- 3) Khorea hungtington

c. Sindrom demensia dengan etiologi penyakit yang dapat di obati, dalam golongan ini diantaranya :

- 1) Penyakit kardiovaskuler
- 2) Penyakit – penyakit metabolik
- 3) Gangguan nutrisi
- 4) Akibat intoksikasi menahun

2.2.3 Klasifikasi Demensia

Klasifikasi demensia menurut Aspiani (2014) dapat di bagi dalam 3 tipe yaitu :

a. Demensia Kortikal dan Sub Kortikal

1) Demensia Kortikal

Merupakan demensia yang muncul dari kelainan yang dapat terjadi pada korteks serebri substansia grisea yang berperan penting terhadap proses kognitif seperti daya ingat dan bahasa. Beberapa penyakit yang dapat menyebabkan demensia kortikal adalah penyakit alzheimer, penyakit vaskular, penyakit Lewy bodies, sindroma korsakoff, ensefalopati wernicke, penyakit pick, penyakit creutzfeldt- jakob.

2) Demensia Subkortikal

Merupakan demensia yang termasuk non-Alzheimer, muncul dari kelainan yang terjadi pada korteks serebri substansia alba. Biasanya tidak di dapatkan gangguan daya ingat dan bahasa. Beberapa penyakit yang dapat menyebabkan demensia sub kortikal adalah penyakit Huntington, hipotiroid, parkinson, kekurangan vitamin B1, B12 Folate, sifilis, hematoma subdural, hiperkalsemia., hipoglikemia, penyakit coeliac, AIDS, gagal hepar, ginjal, nafas dll

b. Demensia reversibel dan Non reversibel

1) Demensia reversibel

Merupakan demensia dengan faktor penyebab yang dapat di obati, yang termasuk penyebab yang dapat bersifat reversibel adalah keadaan/ penyakit yang muncul dari proses inflamasi (esefalopati SLE, sifilis), atau dari proses keracunan (intoksikasi alkohol, bahan kimia lainnya), gangguan metabolik dan nutrisi (hipo atau hipertiroid, defisiensi vitamin B1, B12, dll).

2) Demensia Non Reversibel

Merupakan demensia dengan faktor penyebab yang tidak dapat di obati dan bersifat kronik progresif. Beberapa penyakit dasar yang dapat menimbulkan demensia ini adalah penyakit alzheimer, parkinson, huntington, Pick, Creutzfeldt-Jakob serta vaskular.

c. Demensia Presenilis dan senilis

1) Demensia presenilis

Merupakan demensia yang dapat terjadi pada golongan umur lebih muda (onset dini) yaitu umur 40-50 tahun dan dapat di sebabkan oleh berbagai kondisi medis yang dapat mempengaruhi fungsi jaringan otak (penyakit degenerasi pada sistem saraf pusat, penyebab intra kranial, penyebab vaskular, gangguan metabolik dan endokrin, gangguan nutrisi, penyebab trauma, infeksi dan kondisi lain yang berhubungan, penyebab toksik (keracunan), anoksia).

2) Demensia senilis

Merupakan demensia yang muncul setelah umur 65 tahu, biasanya terjadi akibat perubahan dan degenerasi jaringan otak yang di ikuti dengan adanya gambaran deteriorasi mental.

2.2.4 Manifestasi Klinis

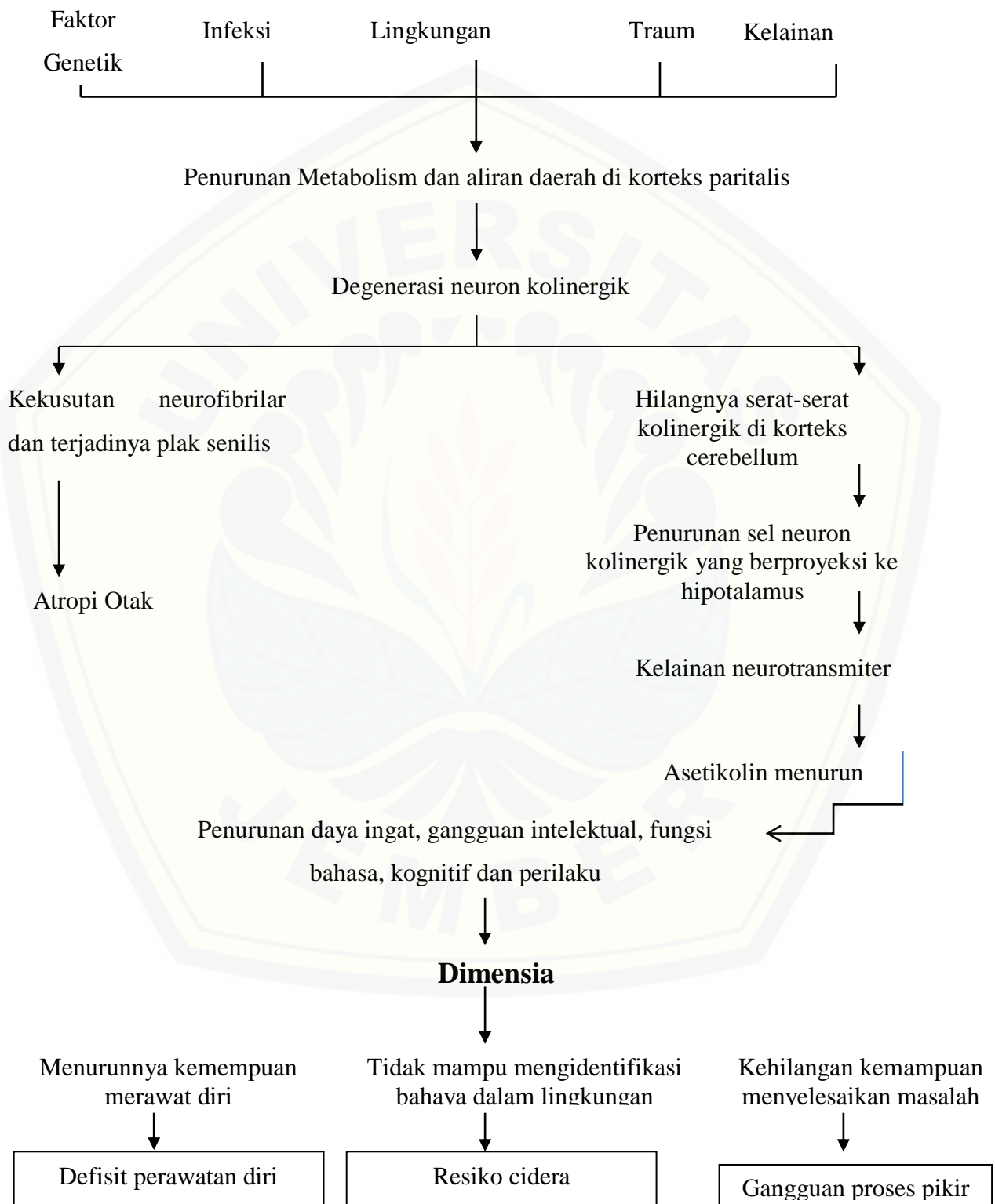
Gejala-gejala yang sering timbul pada penyakit demesia seperti lupa tempat dan waktu, selalu salah dalam penyimpanan barang- barang, mengulangi kesalahan, susah memikirkan perkataan-perkataan yang sesuai bila menerangkan sesuatu, sukar melakukan aktivitas sebelum dianggap menjadi rutin, sesat dalam persekitaran yang dikenali dahulunya (Saryono, 2010).

Pada stadium awal pasien menunjukkan kesulitan untuk mempertahankan kinerja mental, fatig dan cenderung gagal bila di beri suatu tugas baru atau kompleks. Ketidakmampuan melakukan tugas semakin bertambah berat dan meluas ketugas-tugas harian, kadang perlu dibantu (Mansjoer, 2008)

Gejala klinis demensia berlangsung lama dan bertahap sehingga pasien dengan keluarga tidak menyadari secara pasti kapan timbulnya penyakit. Gejala klinik dari demensia Nugroho, (2009) menyatakan jika dilihat secara umum tanda dan gejala demensia adalah

- a. Menurunnya daya ingat yang terjadi. Pada penderita demensia, lupa menjadi bagian keseharian yang tidak bisa lepas
- b. Gangguan orientasi waktu dan tempat misalnya : lupa hari., bulan, tahun, tempat penderita demensia berada
- c. Penurunan ketidakmampuan menyusun kata menjadi kalimat yang benar, menggunakan kata yang tidak tepat untuk sebuah kondisi, mengulang kata atau cerita yang sama berkali- kali
- d. Ekspresi berlebihan, misalnya menangis berlebihan saat melihat drama televisi, marah besar pada kesalahan kecil yang dilakukan orang lain, rasa takut dan gugup yang tak beralasan. Penderita demensia tidak mengerti mengapa perasaan tersebut muncul./
- e. Adanya perubahan perilaku seperti : acuh tak acuh, menarik diri dan gelisa

2.2.5 Pathway mujahidullah, 2012



Gambar 2.1 Pathway demensia (sumber : mujahidullah, 2012)

2.2.6 Faktor resiko demensia antara lain Nisa & Lisiswanti, (2016).

- a. Usia
- b. Komsumsi alkohol
- c. Aterosklerosis
- d. Diabetes melitus
- e. Sindrom down
- f. Genetik
- g. Hipertensi
- h. Depresi
- i. Merokok

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan EEG

- 1) EEG bergantung pada tingkat keparahan (ringan 40%, sedang 65%)
- 2) Perlambatan non spesifik
- 3) Sering terdapat pada penyakit alzheimer, disertai perubahan pola EEG
- 4) Perlambatan fokal dengan/ tanpa general pada multi infark dan hidrocefalus tekanan normal
- 5) Dengan atau tanpa perubahan ringan EEG pada penyakit pick
- 6) Kompleks sharp-triphasic pada crutzfeldt jacob disease
- 7) EEG dapat membantu membedakan dengan gangguan kogntif pada pasien depresi (Bintoro, 2012).

b Pemeriksaan MRI

Gambaran MRI kepala pasien menunjukkan adanya atropi serebri yang menyokong bahwa terjadi kerusakan neuron pada area subkortikal dan kartikal (Widyastuti & Laksmiadewi, 2018).

2.2.8 Penatalaksanaan

a. Salah satu pengobatan farmakologis adalah asetilkolinesterase inhibitor (AChE inhibitor atau penghambat asetilkolinesterase), yang memperbaiki sistem kolinergik kerja otak melalui peningkatan kosentrasi Ach. Telah terbukti

bahwa pasien demensia mengalami penurunan konsentrasi asetilkolin (Ach) di korteks otak secara progresif

Dibalik kehebatan AchE inhibitor itu, tentunya terdapat pula kelemahannya. Disamping efek samping yang sering terjadi akibat mengkonsumsi obat (seperti mual, muntah, diare, penurunan berat badan, dan ketidakmampuan menjaga keseimbangan tubuhnya), AChE inhibitor tidak dapat menghentikan progresivitas (perkembangan) perburukan demensia di tingkat selular. Selain itu, AChE inhibitor tidak mampu memperbaiki degenerasi saraf kolinergik otak, yang terus langsung selama pasien mengalami demensia, sekali lagi, obat ini hanya mampu menghambat disamping meningkatkan perangsangan motorik melalui peningkatan neuro transmitter Ach dalam darah (Tjahyanto & Surilena, 2009).

b Terapi non farmakologis

1) Senam otak

Dari hasil penelitian di dapatkan hasil bahwa senam otak dapat meningkatkan fungsi kognitif pada lansia dengan demensia dengan nilai p value= 0,000. Penelitian ini menggunakan pendekatan quasi eksperiment pre and post test with control group. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa senam otak berpengaruh terhadap daya ingat pada lansia dengan demensia (Guslinda, 2013)

2) Intervensi lingkungan

- a) Penyesuaian fisik (bentuk ruangan, warna, alat yang tersedia)
- b) Penyesuaian waktu (membuat jadwal rutin)
- c) Penyesuaian lingkungan malam hari (mandi air hangat, tidur teratur)
- d) Penyesuaian indra (mata, telinga)
- e) Penyesuaian nutrisi (makan makanan dengan gizi seimbang)

3) Intervensi perilaku

a) Wandering :

- (1) Yakinkan dimana keberadaan pasien
- (2) Berikan keleluasaan bergerak di dalam dan diluar rumah
- (3) Gelang pengenalan “hendaya memory”

b) Agitasi dan agresifitas

- (1) Hindari situasi yang memprovokasi
- (2) Hindari argumentasi
- (3) Sikap kita tenang dan mantap
- c) Sikap dan pertanyaan yang berulang
 - (1) tenang, dengarkan dengan baik, jawab dengan penuh pergetian
 - (2) bila masih berulang, acuhkan dan usahakan alihkan ke hal yang menarik
- d) perilaku seksual yang tidak wajar / sesuai
 - (1) Tenang dan bimbing pasien ke ruang pribadinya
 - (2) Alihkan ke hal yang menarik perhatiaannya
 - (3) Bila didapatkan dalam keadaan terlanjang, berilah pakaian atau selimut untuk menutupi badannya. Bantu mengenakan baju kembali
- 4) Intervensi psikologis
 - (1) Psiko terapi individual
 - (2) Psiko terapi kelompok
 - (3) Psiko terapi keluarga
- 5) Intervensi untuk “ *care give* “ (pengasuh) diperlukan :
 - (1) Dukungan mental
 - (2) Pengembangan kemampuan adaptasi dan peningkatan kemandirian
 - (3) Kemampuan menerima kenyataan
- 6) Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi mudah lupa
 - (1) Lakukan latihan terus menerus, berulang-ulang
 - (2) Tingkatkan perhatian
 - (3) Asosiasikan hal yang diingat dengan hal yang sudah ada dalam otak
- 7) Aktivitas keagamaan
- 8) Mengembangkan hobi yang ada seperti melukis, memasak, main musik, berkebun, fotografi (Aspiani, 2014).

2.2.9 Komplikasi

Kushariyadi (2010) menyatakan komplikasi yang sering terjadi pada demensia adalah :

- a. Peningkatan resiko infeksi di seluruh bagian tubuh
 - 1) Ulkus diabetikus

- 2) Infeksi saluran kencing
- 3) Pneumonia
- b. Thromboemboli, infarkmiokardium
- c. Kejang
- d. Kontraktur sendiri
- e. Kehilangan kemampuan untuk merawat diri
- f. Malnutrisi dan dihidrasi akibat nafsu makan dan kesulitan menggunakan peralatan

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia pada Klien dengan Demensia

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas Klien

Identitas klien biasa dikaji pada klien dengan demensia adalah usia karena banyak klien lansia yang mengalami demensia.

b. Keluhan utama

Keluhan klien yang sering ditemukan pada klien dengan masalah psikososial : Demensia adalah klien kehilangan ingatan.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai keadaan klien saat ini mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat pengkajian.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, penggunaan obat-obatan anti-ansietas (benzodiazepin), penggunaan obat-obatan antikolinergik dalam jangka waktu yang lama, dan riwayat sindrom down yang pada suatu saat kemudian menderita penyakit alzheimer pada usia empat puluhan (Muttaqin, 2011)

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang mengalami gangguan psikologi seperti yang dialami oleh klien, atau adanya penyakit genetik yang mempengaruhi psikososial (Aspiani, 2014). Pengkajian adanya anggota generasi terdahulu yang menderita hipertensi dan diabetes melitus diperlukan

untuk melihat adanya penyakit lain yang dapat mempercepat progresifnya penyakit (Muttaqin, 2011)

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami masalah psikososial dimensia biasanya lemah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis.

3) Tanda-tanda vital

a) Suhu dalam batas normal

b) Nadi normal (N : 70-82x/menit)

c) Tekanan darah kadang meningkat kadang menurun.

d) Pernapasan kadang mengalami normal atau meningkat

4) Pemeriksaan Review Of System (ROS)

a) Sistem Pernafasan (B1 : Breathing)

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal.

b) Sistem Sirkulasi (B2 : Bleeding)

Tidak ditemukan kelainan, frekuensi nadi masih dalam batas normal.

c) Sistem Persyarafan (B3 : Brain)

Klien mengalami gangguan memori, kehilangan ingatan, gangguan konsentrasi, kurang perhatian, gangguan persepsi sensori, insomnia .

d) Sistem Perkemihan (B4 : Bleder)

Tidak ada keluhan terkait dengan pola berkemih.

e) Sistem Pencernaan (B5 : Bowel)

Klien makan berkurang atau berlebih karena kadang lupa apakah sudah makan atau belum, penerunan bera badan, kadang konsipasi.

f) Sistem muskuluskeletal (B6 : Bone)

Klien mengalami gangguan dalam pemenuhan aktivitas (Aspiani , 2014).

5) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat

Klien mengalami gangguan persepsi, klien mengalami gangguan dalam memelihara dan menangani masalah kesehatannya

b) Pola nutrisi

Klien dapat mengalami makan lebih/kurang, kadang tidak nafsu makan

c) Pola eliminasi

Klien tidak mengalami gangguan eliminasi

d) Pola tidur dan istirahat

Klien mengalami kesulitan memulai tidur.

e) Pola aktivitas dan istirahat

Klien mengalami gangguan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari karena penurunan minat. Pengkajian kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari dapat menggunakan indeks KATZ.

Tabel 2.1Pengkajian Indeks KATZ (Aspiani, 2014)

INDEKS KATZ	
SKORE	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari- hari kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari- hari kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-n hari kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari- hari kecuali, mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fuingsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari- hari kecuali, mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsih tambahan

G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut
Lain- lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai (C, D, E, F dan G)

f) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan. Pengkajian APGAR keluarga.

Tabel 2.2Pengkajian APGAR Keluarga (Aspiani, 2014)

APGAR Keluarga			
No	Fungsi	Uraian	Skore
1	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	
	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman –teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	
		Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	
	Pertumbuhan	Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi- emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	
	Afeksi	Saya puas dengan cara teman- teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama	

2.3.2 Pemecahan

Status sosial lansia dapat di ukur dengan menggunakan APGAR keluarga. Penilaian : jika pertanyaan –pertanyaan yang di jawanb selalu (*poin 2*), kadang-kadang (*poin 1*), hampir tidak pernah (*poin 0*)

g) Pola sensori dan kognitif

Klien mengalami ambivalensi, kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan minat dan konsentrasi, menyalahkan diri sendiri, mencela diri sendiri, pikiran yang destruktif tentang diri sendiri, pesimis, dan ketidakpastian, mudah tersinggung, emosi labil dan disorientasi. Untuk mengetahui status mental klien dapat dilakukan menggunakan tabel *short portable mental status questionnaire* (SPMSQ)

(1) *Short Portable Mental Status Questionnaire*

Pengkajian ini digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Instrumen SPMSQ terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis. Penilaian dalam pengkajian SPMSQ adalah nilai 1 jika rusak/ salah dan nilai 0 jika tidak rusak / benar

Tabel 2.3 Short Portable Mental Status Questionnaire (sumber : Kushariyadi, 2010)

Skor		No.	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
		1	Tanggal berapa hari ini?	
		2	Hari apa sekarang ini?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	Berapa nomor telepon anda? Dimana alamat anda? (Tanyakan bila tidak memiliki telepon)	
		5	Berapa umur anda?	-
		6	Kapan anda lahir?	-
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	-

8	Siapa presiden sebelumnya?
9	Siapa nama kecil Ibu anda?
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, - semua secara menurun?
Jumlah kesalahan total	


Analisa Hasil:

1. Kesalahan 0 – 2 Fungsi intelektual utuh
2. Kesalahan 3 – 4 Kerusakan intelektual ringan
3. Kesalahan 5 – 7 Kerusakan intelektual sedang
4. Kesalahan 8 – 10 Kerusakan intelektual berat

(2) *Mini Mental State Exam*

Mini Mental State Exam (MMSE) digunakan untuk menguji aspek kognitif dari fungsi mental : orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melengkapi dan menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik, namun berguna untuk mengkaji kemajuan klien.

Tabel 2.4 *Mini Mental State Exam (MMSE)* (sumber : Kushariyadi, 2010)

No	TES	Nilai Max	Nilai
ORIENTASI			
1	Sebutkan Tgl, hari, bulan , musim , tahun	5	
2	Kita berada dimana ? desa, kecamatan ,kabupaten , nama kamar/wisma , nama panti	5	
REGISTRASI			
3	Sebutkan 3 buah nama benda dan disuruh mengulangi nama benda yang telah disebutkan	3	
ATENSI DAN KALKULASI			
4	Kurangi 100 dengan 7 secara menurun, nilai 1 tiap jawaban dan hentikan setelah 5 jawaban	5	
RECALL			
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali, benda yang ditunjukkan (3 benda di atas)	3	
BAHASA			
6	Mengulangi kata-kata “namun” , “tanpa “, “bila”	3	
7	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan petugas (pensil, buku)	2	
8	Pasien disuruh mengambil kertas dan melipat menjadi 2	1	
9	Pasien disuruh “pejamkan mata anda”	1	
10	Pasien disuruh menulis namanya di kertas	1	
11	Pasien disuruh menggambar 	1	

Total	30	28
--------------	-----------	-----------

Analisa hasil :

NILAI 24-30 NORMAL,

NILAI 17-23 GANGGUAN KOGNITIF RINGAN,

NILAI 0-16 GANGGUAN KOGNITIF BERAT.

h) Pola persepsi dan konsep diri

(1) Citra diri

Klien tidak menerima perubahan tubuhnya, klien menolak penjelasan perubahan tubuh, klien memiliki persepsi yang negatif terhadap tubuhnya, klien mengungkapkan keputusasaan.

(2) Ideal Diri

Klien mengungkapkan keputusan akibat penyakitnya, klien mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.

(3) Harga diri

Klien merasa malu terhadap diri sendiri akibat penyakit yang dialaminya. Klien merasa bersalah terhadap diri sendiri, klien merendahkan martabatnya sendiri, klien mengalami gangguan hubungan sosial dan percaya dirinya kurang.

(4) Peran diri

Klien mengalami ketidakpuasan peran, klien mengalami kegagalan menjalankan peran yang baru, klien mengalami ketegangan dalam menjalankan peran yang baru, klien apatis, bosan / jenuh dan putus asa.

(5) Identitas diri

Klien merasa tidak percaya diri, sulit mengambil keputusan, ketergantungan terhadap orang lain, ada masalah dalam hubungan interpersonal dan klien tidak yakin terhadap keinginannya.

i) Pola seksualitas

Klien mengalami penurunan minat terhadap pemenuhan kebutuhan seksual.

j) Pola mekanisme / Penanggulangan stress dan coping

Klien menggunakan mekanisme koping yang tidak efektif dalam menangani stress yang dialaminya

k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien tidak mengalami gangguan dalam spritual. (Aspiani , 2014)

g. Usia

Resiko terjadinya PA (penyakit Alzheimer) meningkat secara nyata dengan meningkatnya usia, meningkat dua kali lipat setiap 5 tahun pada individu diatas usia 65 tahun dan 50% individu diatas 85 tahun mengalami demensia. Dalam studi populasi, usia diatas 65 tahun resiko untuk semua demensia adalah OR (odds Ratio) = 1,1 dan untuk PA OR = 1,2 (Ong, 2015)

h. Jenis kelamin

Beberapa studi prevelensi menunjukkan bahwa PA lebih tinggi pada wanita di banding pria. Angka harapan hidup yang lebih tingi dan tingginya prevensi PA pada wanita yang tua dan sangat tua di banding pria. Resiko untuk semua jenis demensia dan PA untuk wanita adalah OR = 1,7 OR 2,0. Kejadian DV / demensia Vaskuler lebih tinggi pada pria lrebih umum walaupun menjadi seimbang pada wanita yang lebih tua (Ong, 2015).

2.4 Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul

- a. Kebingungan akut berhubungan dengan demensia ditandai dengan klien kurang motivasi untuk berinisiatif, persepsi yang salah, peningkatan agitasi atau kelelahan dan pola tidur yang fluktuatif
- b. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan demensia ditandai dengan klien mengatakan terbangun dalam waktu yang lama, insomnia yang lama, permulaan tidur > 30 menit, klien mengeluh kesulitan untuk memulai tidur, mengeluh istirahat tidak merasa puas, tidur tidak puas, menurunnya kemampuan fungsi
- c. Resiko jatuh berhubungan dengan kebingungan, demensia, usia > 65 tahun (Aspiani, 2014).
- d. Gangguan proses pikir berhubungan dengan kehilangan memori / ingatan ditandai dengan pasien mudah lupa (Kushariyadi, 2011).

2.5 Diagnosa Prioritas

a. Gangguan proses pikir

1) Definisi

Gangguan proses pikir adalah gangguan aktivitas dan kerja kognitif (misalnya, pikiran sadar, orientasi realistas, pemecahan masalah, dan penilaian. (Wilkinson dkk, 2011)

2) Batasan Karakteristik

a) Menurut Wilkinson dkk (2011)

(1)Subyektif

- (a)Ketidakesesuaian kognitif
- (b)Ketidakakuratan interprestasi lingkungan
- (c)Ketidakesesuaian pemikiran

(2)Objektif

- (a) Mudah distraksi
- (b) Egosentris
- (c) Terlampau dan kurang waspada
- (d) Defisit atau masalah memori

b) Menurut kushariyadi (2011)

(1)Hilangnya kosentrasi (distrakibilitas)

(2)Hilang ingatan/ memori

(3)Tak mampu membuat keputusan, menghitung, mengumpulkan gagasan, melakukan abstraksi/ konseptualisasi, dan memecahkan masalah

(4)Tidak mampu menginterpretasikan stimulasi dan menilai realitas dengan akurat

(5)Disorientasi tempat, waktu, orang, lingkungan, dan peristiwa

(6)Kesulitan mengakomodasikan ide/ perintah.

(7)Paranoid, delusi, obsesi, halusinasi, konfabulasi, bingung/ frustasi dan terjadi perubahan dalam respons tingkah laku

(8)Tingkah laku sosial yang tidak tepat

(9)Gangguan pola tidur

(10) Afek yang tidak tepat

3) Faktor yang berhubungan

(1) Perubahan fisiologis (degenerasi neuron ireversibel)

(2) Kehilangan memori/ingatan

(3) Gangguan tidur

(4) Konflik psikologis

(5) Gangguan penilaian (Kushariyadi, 2010).

4) Ditandai dengan

(1) Hilang kosentrasi (distrakibilitas)

(2) Hilang ingatan / memori

(3) Tidak mampu membuat keputusan, menghitung, mengumpulkan gagasan, melakukan abstraksi/ konseptualisasi, dan memecahkan masalah

(4) Tidak mampu menginterpretasikan stimulasi dan menilai realitas dengan akurat (Kushariyadi, 2010).

2.6 Intervensi Keperawatan

a. Hasil NOC

1) Mampu memperlihatkan kemampuan kognitif untuk menjalani konsekuensi kejadian yang menegangkan terhadap emosi dan pikiran tentang diri

2) Mampu mengembangkan strategi untuk mengatasi anggapan diri yang negatif

3) Mampu mengenali perubahan dalam berpikir atau tingkah laku dan faktor penyebab

4) Mampu memperlihatkan penurunan tingkah laku yang tidak diinginkan, ancaman, dan kebingungan (Kushariyadi, 2010).

b. Hasil NIC

1) Kembangkan lingkungan yang mendukung dan hubungan klien – perawat yang terapeutik

Rasional :mengurangi kecemasan dan emosional, seperti kemarahan, meningkatkan pengembangan evaluasi diri yang positif dan mengurangi konflik psikologis

- 2) Kaji derajat gangguan kognitif, seperti perubahan orientasi, rentang perhatian, kemampuan berpikir.

Rasional : memberikan dasar perbandingan yang akan datang dan memengaruhi rencana intervensi

- 3) Pertahankan lingkungan yang menyenangkan dan tenang

Rasional : kebisingan merupakan sensori berlebihan yang meningkatkan gangguan neuron

- 4) Lakukan pendekatan dengan cara perlahan dan tenang

Rasioanal : pendekatan terburu membuat klien bingung, kesalahan persepsi/ perasaan terancam

- 5) Tatap wajah ketika berbicara dengan klien

Rasional : menimbulkan perhatian, terutama pada klien dengan gangguan perseptual

- 6) Panggil nama klien dengan namanya

Rasional : nama adalah bentuk identitas diri dan menimbulkan pengenalan terhadap realita dan klien

- 7) Gunakan suara yang agak rendah dan berbicara dengan perlahan pada klien

Rasional : meningkatkan pemahaman. Ucapan tinggi dank eras menimbulkan stress / marah yang mencetuskan konfrontasi dan respon marah

- 8) Gunakan kata-kata pendek, kalimat dan instruksi sederhana (tahap demi tahap).

Ulangi instruksi tersebut sesuai dengan kebutuhan

Rasional : seiring perkembangan penyakit, pusat komunikasi dalam otak terganggu sehingga menghilangkan kemampuan klien dalam respon penerimaan pesan dan percakapan secara keseluruhan

- 9) Berhenti sejenak diantara kalimat/ pertanyaan. Beri isyarat tertentu , gunakan kalimat terbuka

Rasional : menimbulkan respon verbal, meningkatkan pemahaman. Isyarat mentimulasi komunikasi, memberi pengalaman positif

- 10) Dengarkan dengan penuh perhatian pembicaraan klien. Interpretasikan pertanyaan, arti, dan kata. Beri kata yang benar
Rasional : mengarahkan perhatian dan penghargaan. Membantu klien dengan alat bantu proses kata dalam menurunkan frustrasi
- 11) Hindari kritikan, argumentasi, dan konfrontasi negative
Rasional : provokasi menurunkan harga diri dan merupakan ancaman yang mencetuskan agitasi yang tidak sesuai
- 12) Gunakan distraksi. Bicarakan tentang kejadian yang sebenarnya saat klien mengungkapkan ide yang salah, jika tidak meningkatkan kecemasan
Rasional : lamunan membantu dalam meningkatkan perasaan realita klien, penghargaan diri dan kemuliaan (kebahagiaan) personal
- 13) Hindari klien dari aktivitas dan komunikasi yang di paksakan
Rasional : keterpaksaan menurunkan keikutsertaan dan meningkatkan kecurigaan, delusi
- 14) Gunakan hal yang humoris saat berinteraksi pada klien
Rasional : tertawa membantu dalam komunikasi dan meningkatkan kesetabilan emosi
- 15) Fokuskan tingkah laku yang sesuai. Berikan penguatan positif gunakan sentuhan yang bijaksana. Berikan perhatian pada setiap respon individu
Rasional : menguatkan tingkah laku yang benar dan sesuai. Sentuhan secara teratur bertujuan menggantikan ungkapan verbal (penerimaan dan realita)
- 16) Hormati klien dan evaluasi kebutuhan secara spesifik
Rasional : klien dengan penurunan kognitif pantas mendapatkan penghormatan, penghargaan, dan kebahagiaan.
- 17) Berikan kesempatan untuk saling memiliki dan dimiliki secara personal
Rasional : kekeluargaan meningkatkan keamanan, menurunkan perasaan kehilangan atau depresi
- 18) Izinkan untuk mengumpulkan benda yang aman
Rasional : memelihara keamanan dan keseimbangan kehilangan
- 19) Ciptakan aktivitas sederhana, bermanfaat dan tidak bersifat kompetitif sesuai kemampuan klien

Salah satu tindakan yang dilakukan yaitu senam otak

Rasional : memotivasi klien dalam cara yang menguatkan kegunaannya dan kesenangan diri serta merangsang realita

20) Bantu klien menemukan hal yang salah dalam penempatannya. Berikan lebal gambar/ hal yang dimiliki klien.

Rasional : menurunkan defensive klien menyadari kesalahannya. Membantah klien tidak akan mengubah kepercayaan dan menimbulkan kemarahan

21) Evaluasi pola tidur. Catat letargi, peningkatan peka rangsang, sering menguap, dan garis hitam dibawah mata

Rasional : kurang tidur dapat mengganggu proses pikir dan kemampuan koping klien

2.7 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada klien dan berorientasi pada hasil, fokus utama dari komponen implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multivokal. Implementasi perencanaan berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil sebagaimana yang digambarkan dalam rencana. Tindakan dapat dilaksanakan oleh perawat, klien, anggota keluarga, anggota tim kesehatan lainnya, atau kombinasi dari yang telah disebutkan tadi. Implementasi rencana dipengaruhi oleh model yang dipadukan dengan proses keperawatan. Melalui konsep model yang berhubungan dengan klien, kesehatan, keperawatan, dan lingkungan memadu peran dan tindakan yang dilakukan perawat guna memperbaiki, mempertahankan, atau meningkatkan kesehatan mereka (Christensen, 2009).

Implementasi meliputi klien, perawat, dan staf lainnya yang akan melaksanakan rencana. Komponen lainnya dari proses keperawatan, seperti pengkajian dan perencanaan, berlanjut selama komponen ini. Kemampuan perawat untuk melaksanakan keterampilan interpersonal, intelektual, dan

teknis mempengaruhi efektifitas tindakan yang diberikan. Implementasi terdiri atas tiga fase: persiapan, implementasi, dan pasca implementasi. Dalam hal ini, tanggungjawab dan peran perawat, termasuk advokasi klien, koordinasi, delegasi, dan dokumentasi selama setiap fase implementasi diuraikan (Christensen, 2009).

2.8 Evaluasi

- a. Mampu memperlihatkan kemampuan kognitif untuk menjalani konsekuensi kejadian yang menegangkan terhadap emosi dan pikiran tentang diri
- b. Mampu mengembangkan strategi untuk mengatasi anggapan diri yang negatif
- c. Mampu mengenali perubahan dalam berpikir atau tingkah laku dan faktor penyebab
- d. Mampu memperlihatkan penurunan tingkah laku yang tidak diinginkan, ancaman, dan kebingungan (Kushariyadi, 2010).

BAB 3. METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang akan digunakan dalam menyelesaikan laporan kasus terhadap asuhan keperawatan lansia pada pasien dengan demensia

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan yang digunakan dalam penyusunan tugas akhir adalah laporan kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi proses asuhan keperawatan gerontik pada lansia yang mengalami demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir di UPT PSTW Jember tahun 2019.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keperawatan, demensia, dan gangguan proses pikir

3.2.1 Asuhan Keperawatangerontik adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien lansia yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.2.2 Demensia merupakan penyakit yang sering muncul pada lansia yang ditandai dengan penurunan daya ingat

3.2.3 Gangguan proses pikir merupakan suatu penurunan fungsi kognitif yang dialami oleh lansia

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah klien yang memiliki masalah keperawatan gangguan proses pikir pada lansia dengan sebagian atau keseluruhan yang memiliki kriteria:

3.3.1 Klien yang didiagnosa demensia dalam rekam medik

3.3.2 klien yang tinggal di UPT PSTW Jember

3.3.3 Klien dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir yang dibuktikan dengan adanya minimal 2 dari batasan karakteristik berikut

- a. Subyektif
 - 1) Ketidaksesuaian kognitif
 - 2) Ketidakakuratan interpretasi lingkungan
 - 3) Ketidaksesuaian pemikiran
- b. Objektif
 - 1) Mudah distraksi
 - 2) Egosentris
 - 3) Terlampau dan kurang waspada
 - 4) Defisit atau masalah memori

3.3.4 Mau mendatangi *informed consent*

3.4 Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di UPT PSTW Jember pada bulan Februari

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di wisma di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha (UPT PSTW Jember)

3.4.2 Waktu

Waktu yang digunakan pengambilan data dilakukan bulan februari sampai maret

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Wawancara

Wawancara yang dilakukan mengenai data yang terkait tentang gangguan proses pikir pada klien demensia.

3.5.2 Observasi

Observasi yang dilakukan diantaranya aktivitas pada klien.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Dokumentasi yang diperoleh dalam penelitian ini adalah didapatkan dari registrasi yang berisi tentang identitas klien

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data demensia dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh, sehingga menghasilkan data dengan validas tinggi.

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan

Peneliti melakukan pengamatan dengan observasi pada kedua klien tidak hanya sekali melainkan setiap hari.

3.6.2 Sumber Informasi Tambahan

Sumber yang di peroleh tidak terpaku pada kedua klien, tetapi peneliti melakukan pengambilan data melalui penjaga wisma, teman sekamar dan temen sewisma

3.7 Etika Penulisan

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian selama melakukan penelitian. Pertimbangan etik dalam studi kualitatif berkenaan dengan pemenuhan hak-hak partisipan seperti sebagai berikut (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

3.7.1 Prinsip Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan

Penerapan prinsip ini bisa dilakukan peneliti untuk memenuhi hak-hak partisipan dengan cara sebagai berikut:

a. Kerahasiaan Identitas Pasien (*Anonimity*)

Penulis tidak mencantumkan nama responden atau hanya menuliskan kode responden pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan. Data tersebut disimpan di file yang khusus dengan kode responden yang sama (Hidayat, 2012).

Harus dipastikan bahwa privasi partisipan tetap dilindungi sepanjang waktu, kalau *anonymity* dapat menjamin maka harus dilakukan (Swarjana, 2010). Penulis merahasiakan apapun informasi dari pasien, kecuali terdapat hal-hal yang dibutuhkan untuk hukum.

b. Kerahasiaan Data (*Confidentiality*)

Pada penelitian sosial seperti yang sering dilakukan oleh perawat, peneliti wajib merahasiakan data-data yang sudah dikumpulkannya. Kerahasiaan ini bukan tanpa alasan. Sering kali subjek penelitian menghendaki agar dirinya tidak diekspos kepada khalayak ramai (Wasis, 2008).

Penulisan menjaga kerahasiaan data dan berbagai informasi yang diberikan oleh partisipannya dengan sebaik-baknya, untuk menjamin kerahasiaan data, penulis wajib menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data berupa data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh penulis (Alfiyanti & Rachmawati, 2014). Penulis menyimpan semua data partisipan dari data pengkajian sampai evaluasi.

c. Menghargai *Privacy* dan *Dignity*

Selama proses pengumpulan data secara kualitatif, berisiko memunculkan dilema etik ketika mengungkapkan berbagai pengalaman responden yang bersifat sangat rahasia bagi pribadinya. Strategi mengatasi dilema etik ini, di antaranya, peneliti dapat menginformasikan bahwa partisipan berhak untuk tidak menjawab pertanyaan wawancara yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman bagi dirinya untuk menceritakan pengalamannya yang tidak ingin diketahui oleh orang lain. Jika responden merasa tidak nyaman untuk berpartisipasi lebih lanjut, partisipan dengan sukarela dapat mengundurkan diri dari proses pengumpulan data kapanpun sesuai keinginan responden (Alfiyanti & Rachmawati, 2014). Penulis senantiasa menjaga privasi pasien ketika dalam tindakan, baik diminta maupun tidak diminta.

d. Menghormati Otonomi (*Respect of Autonomy*)

Menghormati otonomi responden adalah pernyataan bahwa setiap responden memiliki hak menentukan dengan bebas, secara sukarela, atau tanpa paksaan untuk berpartisipasi dalam pengumpulan data yang dilakukan. Penulis harus memberikan informasi lengkap tentang tujuan, manfaat, dan proses pengumpulan data yang akan dilakukan, sehingga responden memahami seluruh proses pengumpulan data yang akan diikuti (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

Penulis juga harus menghormati setiap keputusan pasien atau keluarga tentang kondisi dan tindakan yang berhak pasien terima, sehingga penulis tidak memaksakan kehendak, tentunya dengan diberikannya pendidikan kesehatan terlebih dahulu kepada keluarga.

3.7.2 Prinsip Memperhatikan Kesejahteraan Partisipan

Memperhatikan kesejahteraan partisipan, yaitu peneliti memenuhi hak-hak partisipan dengan cara sebagai berikut:

a. Kemanfaatan (*Beneficience*)

Prinsip kemanfaatan yaitu setiap penulis wajib meyakinkan kegiatan yang dilakukan tidak menimbulkan bahaya, tidak mengeksploitasi, dan tidak mengganggu kenyamanan pasien, baik dari bahaya fisik maupun bahaya psikologis (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

b. Meminimalkan Risiko (*Nonmaleficience*)

Prinsip meminimalkan risiko menyatakan bahwa responden memiliki hak untuk diberi penjelasan tentang bahaya atau risiko yang dapat ditimbulkan selama kegiatan dilakukan (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

c. Kebebasan dari Bahaya (*Free From Harm*) dan Ketidaknyamanan (*Free From Discomfort*)

Kedua prinsip ini saling berkaitan untuk mencapai hak responden. Responden diberi informasi jika kegiatan yang dilakukan menyebabkan ketidaknyamanan, maka responden memiliki hak untuk tidak melanjutkan partisipasinya dalam kegiatan yang dilakukan, hak bebas dari ketidaknyamanan (*Free From Discomfort*), seperti secara fisik dapat mengalami kelelahan, secara psikologis dapat mengalami stress dan rasa takut, dan secara sosial dapat mengalami kehilangan

teman, atau secara ekonomi dapat kehilangan penghasilan, maka penulis harus meminimalisir risiko terjadinya berbagai ketidaknyamanan tersebut dengan besarnya manfaat yang diperoleh responden (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

Penulis dalam melakukan tindakan nantinya harus benar-benar memperhatikan prosedur, dimulai dari pengkajian sampai evaluasi, terutama pada implemtnasi keperawatan, penulis benar-benar harus mampu dan kompeten dalam melakukan tindakan keperawatan, sehingga pasien terbebas dari bahaya.

d. Eksploitasi (*Free From Exploitation*)

Hak bebas dari eksploitasi (*Free From Exploitation*) menyatakan bahwa keterlibatan para responden dalam kegiatan pengumpulan data yang dilakukan tidak boleh merugikan responden atau membuat responden terpapar situasi yang membuat responden tidak siap karena merasa tereksploitasi untuk menjawab pertanyaan yang sangat pribadi. Responden harus dipastikan bahwa informasi yang telah responden berikan, tidak digunakan untuk balik menentangnya (Alfiyanti & Rachmawati, 2014). Penulis dalam menanyakan seputar kesehatan klien kepada keluarga, tidak boleh menjustifikasi.

3.7.3 Prinsip Keadilan (*Justice*) untuk Semua Partisipan

Hak ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi. Semua partisipan memperoleh perlakuan dan kesempatan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap partisipan penelitian memiliki hak untuk diperlakukan adil dan tidak dibeda-bedakan di antara mereka selama kegiatan riset dilakukan. Setiap peneliti memberi perlakuan dan penghargaan yang sama dalam hal apapun selama riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan kelas sosial (Alfiyanti & Rachmawati, 2014). Penulis diharuskan untuk memperlakukan partisipan secara sama, tidak melihat perbedaan suku, ras, agama, golongan, dan jabatan.

3.7.4 Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar

persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penulisan, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak klien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi klien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain (Hidayat, 2012).

Persetujuan partisipan merupakan wujud dari penghargaan atas harkat dan martabat dirinya sebagai manusia, Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) merupakan proses memperoleh persetujuan dari subjek/ partisipan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian yang dilakukan (Alfiyanti & Rachmawati, 2014). Penulis memberikan penjelasan kepada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan. Setelah itu, partisipan berhak menentukan apakah mau atau tidak ikut serta dalam penelitian.

BAB 5. PENUTUP

Setelah menguraikan dan membahas asuhan keperawatan pada Ny R dan Ny B dengan Demensia di UPT PSTW Jember, maka bab ini penulis akan menyimpulkan dan menyampaikan saran untuk perbaikan asuhan keperawatan di masa yang akan datang.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada kedua pasien di dapatkan data jenis kelamin perempuan. Kedua pasien berada pada usia diatas 65 tahun, yang merupakan kriteria lansia (*elderly*) dengan beresiko tinggi mengalami demensia. Kedua pasien mengalami keluhan utama yang sama yaitu mengeluh sering lupa. Hal ini menunjukkan bahwa usia pasien kedua lebih tua dari pasien pertama. Hal ini merupakan faktor penyebab terjadinya demensia pada kedua pasien dimana menurut teori Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan- perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga perubahan mental, perubahan spiritual, perubahan psikososial dan fungsi kognitif.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian yang telah di lakukan pada kedua pasien didapatkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu Gangguan Proses Pikir berhubungan dengan kehilangan memori/ ingatan yang di tandai dengan pasien mudah lupa dan kesulitan mengakomodasi ide/ perintah dan dalam pengkajian khusus SPMSQ hasilnya pada pasien pertama kerusakan intelektual berat dan pada pasien kedua mengalami kerusakan intelektual sedang dan dalam pengkajian MMSE hasil kedua pasien mengalami gangguan kognitif berat

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Merencanakan tindakan keperawatan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus, akan tetapi perencanaan yang dilakukan pada kasus tetep disesuaikan dengan kondisi pasien. Intervensi yang difokuskan oleh peneliti pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir yaitu manajemen demensia . Namun intervensi yang lain tetep di berikan kepada pasien.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir dilakukan selama 3 kali kunjungan. Implementasi yang dilakukan meliputi, mengobservasi TTV, melakukan pengkajian gangguan kognitif MMSE, pengkajian SPMSQ, mengajarkan gerakan senam otak, melakukan HE tentang apa itu demensia, tanda dan gejala serta penyebab demensia, memberi tahu pasien tentang hari, tanggal, bulan, tahun, nama wisma yang di tempati dan juga mengkaji pemahaman pasien tentang perubahan dalam berpikir atau tingklah laku dan faktor penyebab

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil yang dilakukan selama 3 x dalam kunjungan, didapatkan evaluasi keperawatan masalah teratasi sebagian dimana di tandai dengan penurunan skor SPMSQ dan MMSE dan kedua pasien mampu mencapai 3 kriteria dari 4 kriteria yang di tentukan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis Selanjutnya

Selain menerapkan pengkajian yang komprehensif, penulis juga perlu melakukan pengkajian terhadap teman pasien dalam wisma, petugas jaga wisma, petugas jaga klinik dan keluarga jika ada untuk menanyakan atau mencocokkan antara pendapat pasien dengan fakta yang terjadi pada pasien. Senam otak dilakukan secara perlahan dan berulang-ulang. Untuk penulis selanjutnya, diharapkan kegiatan senam otak dilakukan dengan frekuensi lebih dari 2 kali dalam sehari untuk meningkatkan MMSE pasien

5.2.2 Bagi Petugas Kesehatan di UPT PSTW

Setelah lansia menunjukkan tanda- tanda demensia, maka sebaiknya petugas kesehatan melakukan dokumentasi dan memantau kesehatan para lansia. Petugas kesehatan di UPT PSTW dapat melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan atau mempertahannya memori lansia agar tidak terjadi demensia yang lebih parah. Petugas juga harus proaktif dalam mengajak lansia dalam melakukan kegiatan- kegiatan yang sudah direncanakan oleh petugas pada lansia

5.2.3 Bagi Institusi

Penulis menyarankan agar institusi dapat menambahkan literatur terkait penyakit demensia untuk penanganannya yang lebih baik bagi lansia yang mengalami demensia di UPT PSTW Jember



DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyanti, Y. & Rachmawati, I. N., 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam*
- Anton. 2010. *Pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latihan Otak Terhadap Tingkat Depresi dengan Harga Diri Rendah pada Klien Lansia Di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Aspiani, R. Y., 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Aplikasi NANDA, NIC dan NOC Jilid 1*. Jakarta Timur : CV Trans Info Media
- Aspiani, R. Y., 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Jilid 2*. Jakarta Timur : CV Trans Info Media
- Azizah. L. P. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Bintoro.A.C., 2012.*Pemeriksaan EEG untuk diagnosis dan monitoring pada kelainan neurologi*. Vol 1 (1)
- Darmojo dan Hadi. 2010. *Geriatric: Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Effendi, Mardijana, & Dewi, (2014). *Hubungan Antara Aktivitas Fisik dan Kejadian Demensia pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember*. E-jurnal Pustaka Kesehatan Vol 2 , 332-336
- Ernawai & Sudarji, S., 2013. Kecemasan menghadapi kematian pada Lanjut usia. *Psibernetika Universitas Bunda Mulya* . 6 (1)
- Gunadi. 2009. *Gerakan Meningkatkan Kecerdasan Anak*. Jakarta: Penebar Plus

- Guslinda.(2013). *Pengaruh Senam Otak Terhadap fungsi Kognitif Pada Lansia Dengan Dimensia di Panti Sosial tresna Werdha Sabai Nan Aluh Sicincing Padang Pariaman.*
- Handoyo, L., 2018. *Laporan Pendahuluan Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia (LANSIA) dengan Masalah Impecunity/ Poverty (Penurunan/ Tiada Penghasilan).* Surabaya. Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan
- Hidayat, 2012.*Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data.* Jakarta:
- Hidayaty, D, F. 2012. *Hubungan aktivitas fisik dan aktivitas kognitif terhadap kejadian demensia pada lansia di kelurahan sukabumi selatan tahun 2012.* Jakarta. Fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan
- Infodation Kemenkes RI. 2014. *Situasi dan Analisis Lanjut Usia.* Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 1.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Menkes: Lansia Yang Sehat Yang Jauh Dari Demensia*
- Kunaifi, A., 2009. *Hubungan Tingkat Kepuasan Interaksi Sosial dengan Tingkat Depresi Lansia di Panti Werdha Surabaya.*Surabaya: Skripsi Universitas Airlangga
- Kushariyadi., 2010. *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia.*Jakarta : Salemba Medika
- Maharyani. P. W., 2010. *Demensia dan gangguan Aktivitas kehidupan sehari-hari (Aks) Lansia di panti Sosial Tresna Werdha Wargatama Inderalaya.* Jurnal Ilmu kesehatan masyarakat Volume 1

- Maryam, R, S., 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba medika
- Nugroho.2008. *Keperawatan Gerotik & Geriatrik*. Buku Kedokteran: EGC
- Ong. P.A .(2015). *Panduan Klinik Diagnosis dan Penatalaksanaan Demensia*. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. 7-10
- R. Siti Maryam, dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta *Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.Salemba Medika.
- Septiningsih, D. S & Na'imah, T., 2012. *Kesepian pada Lanjut Usia : Study tentang Bentuk, Faktor Pencetus, dan Strategi Koping*. Jurnal Psikologi Universitas Diponegoro, 11 (2)
- Swarjana, I. K., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV ANDIOFFSET.
- Wasis, 2008. *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC
- Widyastuti & Laksmidewi, 2018.Laporan Kasus parkinson's disease dementia : aspek neurolognitif dan halusinasi visual. Volume 1 : 34-38
- Wilkinson, dkk.(2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*, Jakarta : EGC

LAMPIRAN

Lampiran 1 *Informed Consent* Pasien 1

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni R

Umur : 68 Tahun

Jenis kelamin : P

Alamat : Kasiran

Pekerjaan : Tidak bekerja


Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Yang Mengalami Dimensia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir”


Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Jember, 18-02-2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


Muira Hasana
NIM. 162303101080

Yang Menyetujui,
Partisipan


(.....)

Lampiran 2 *Informed Consent* Pasien 2

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NX. B

Umur : 70 Tahun

Jenis kelamin : P.

Alamat : Jember

Pekerjaan : Tidak bekerja


Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Yang Mengalami Dimensia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir”

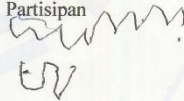
Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Jember, 12-02-2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


Muira Hasana
NIM. 162303101080

Yang Menyetujui,
Partisipan


(.....)

Lampiran 3 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2018												TAHUN 2019																											
	JULI				AGUSTUS				OKT-DES				JAN-FEB				MAR				APR				MEI				JUNI				JULI							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian	■	■	■	■																																				
Konfirmasi Penelitian					■	■																																		
Konfirmasi Judul							■	■																																
Penyusunan Proposal Laporan Kasus							■	■	■	■																														
Seminar Proposal									■	■	■	■																												
Revisi											■	■																												
Pengumpulan Data													■	■	■	■																								
Konsul Penyusunan Data																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Ujian Sidang																																	■							
Revisi																																								
Pengumpulan Laporan Kasus																																			■	■				

Lampiran 4 Surat Ijin Penyusunan Tugas Akhir

 **KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email : d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 205 /UN25.1.14.2/UT/2019

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN TUGAS AKHIR

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Tugas Akhir Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor : 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 06 Februari 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Muira Hasana
Nomor Induk Mahasiswa : 162303101080
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 03 September 1997
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VI
A l a m a t : Dusun Jombang Desa Yosowilangun Kecamatan Yosowilangun Lor Lumajang

dijinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Yang Mengalami Demensia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses pikir Di Upt Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember Pada Tahun 2019 “

Dengan pembimbing :

1. Primasari M.R.,S.Kep.,Ners.,M.Kep


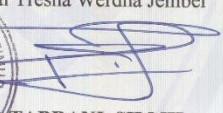
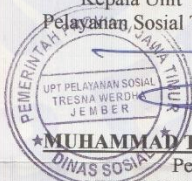
Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 06 Februari 2019


Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang


NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM
NIP. 19650629 198703 2 008

Lampiran 5 Surat Telah Melakukan Penelitian di UPT PSTW Jember

	PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR DINAS SOSIAL UPT PELAYANAN SOSIAL TRESNA WERDHA JEMBER Jln Moch. Seruji No. 06 Telp. (0336) 721130 JEMBER - 68164 Email : pslujember@gmail.com	
Jember, 25 Pebruari 2019		
Nomor	: 070/ 045 /107.6.11/2019	Kepada
Sifat	: Penting	Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Lampiran	: -	UNEJ Kampus Lumajang
Perihal	: <u>Telah Melaksanakan Penelitian.</u>	di -
		LUMAJANG
Menindaklanjuti Surat Saudara tanggal 06 Pebruari 2019 nomor : 205/UN 25.1.14.2/LT /2019. perihal ijin melaksanakan penelitian, dengan ini kami menerangkan bahwa : Nama : Muira Hasana N I M : 162303101080 Judul Penelitian "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Yang Mengalami Demensia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir Di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember Pada Tahun 2019"		
Telah melaksanakan penelitian di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember Mulai tanggal 11 s/d 23 Pebruari 2019, selanjutnya setelah selesai penelitian wajib menyerahkan hasil penelitian ke Dinas Sosial Propinsi Jawa Timur (Hard Cover) dan UPT PSTW Jember (bendel)		
Demikian surat keterangan di buat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.		
		Kepala Unit Pelayanan Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember   MUHAMMAD TABRANI, SH.MH Pembina NIP. 19680209 199103 1 007
Tembusan: 1. Mahasiswa ybs 2. Arsip		

Lampiran 6 Pemeriksaan Fisik

PEMERIKSAAN FISIK

Tabel Pemeriksaan fisik

Pasien 1

Pasien 2

Keadaan Umum : Cukup, penampilan tidak rapi	Keadaan umum : Cukup, penampilan rapi
Tingkat kesadaran : Composmentis, GCS (<i>glasgow coma scale</i>) Eye : 4 verbal : 5 motorik : 6	Tingkat kesadaran : Composmentis, GCS (<i>glasgow coma scale</i>) Eye : 4 verbal : 5 motorik : 6
Tekanan darah : 130/ 80 mmHg	Tekanan darah : 170/100 mmHg
Nadi : 72x/ menit	Nadi : 88x/ menit
RR : 20x/ menit	RR : 22x/ menit
S : 36,2 °C	S : 36,5 °C
Kepala : simetris, tidak ada benjolan, rambut beruban, rambut kotor	Kepala : simetris, tidak ada benjolan, rambut beruban, rambut bersih
Mata : reflek cahaya + , konjungtiva tidak anemis	Mata : reflek cahaya +, konjungtiva tidak anemis
Wajah : simetris kanan kiri	Wajah : simetris kanan kiri
Telinga : simetris kanan kiri , tidak mengalami gangguan, tidak ada sekret	Telinga : simetris kanan kiri , tidak mengalami gangguan, tidak ada sekret
Hidung : Tidak ada sekret, bersih	Hidung : Tidak ada sekret, bersih
Mulut : mukosa bibir lembab, gigi tinggal 1 diarea depan, tidak ada stomatis	Mulut : mukosa bibir lembab, gigi ompong , tidak ada stomatis
Dada : bentuk normochest, tidak ada suara nafas tambahan	Dada : bentuk normochest, tidak ada suara nafas tambahan
Abdomen : tidak ada nyeri tekan, bising usus 12 x/ menit	Abdomen : tidak ada nyeri tekan, bising usus 16x/ menit
Kulit : Kering, tidak ada sianosis, tidak	Kulit : Kering, tidak ada sianosis, tidak


ada odema

ada odema

Kekuatan otot : 4,4,4,4

Kekuatan otot : 4,4,4,4

Lampiran 7 *Mini Mental State Exam***MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)****Tabel Mini Mental State (MMSE)**

No	TES	Nilai Max	Pasien 1	Pasien 2
ORIENTASI				
1	Sebutkan Tgl, hari, bulan , musim , tahun	5	0	0
2	Kita berada dimana ? desa, kecamatan ,kabupaten , nama kamar/wisma , nama panti	5	0	0
REGISTRASI				
3	Sebutkan 3 buah nama benda dan disuruh mengulangi nama benda yang telah disebutkan	3	3	3
ATENSI DAN KALKULASI				
4	Kurangi 100 dengan 7 secara menurun, nilai 1 tiap jawaban dan hentikan setelah 5 jawaban	5	0	1
RECALL				
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali, benda yang ditunjukkan (3 benda di atas)	3	0	2
BAHASA				
6	Mengulangi kata-kata “namun” , “tanpa “, “bila”	3	3	3
7	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan petugas (pensil, buku)	2	2	2
8	Pasien disuruh mengambil kertas dan melipat	1	1	1
9	menjadi 2			
10	Pasien disuruh “pejamkan mata anda”	1	1	1
11	Pasien disuruh menulis namanya di kertas	1	0	0
	Pa	1	0	0
	sien disuruh menggambar 			
			Nilai 10	Nilai 13

Lampiran 8 *Short Portable Mental Status Questionare****Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ)*****Tabel *Short Portable Mental Status Questionare (SPMSQ)*****Pasien 1**

Skor		No.	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
		1	Tanggal berapa hari ini?	Lali
		2	Hari apa sekarang ini?	Rabu (Senin)
		3	Apa nama tempat ini?	Kongsen
		4	Berapa nomor telepon anda? Dimana alamat anda? (Tanyakan bila tidak memiliki telepon)	Kasiyan
		5	Berapa umur anda?	Lali, 19 paling
		6	Kapan anda lahir?	03, lali wes
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Tidak tahu
		8	Siapa presiden sebelumnya ?	Gak wero
		9	Siapa nama kecil ibu anda ?	Ngarinten
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetep pengurangan 3 dari setiap anngka baru, semua secara menurun?	Ngak ngerti
			Jumlah kesalahan total	Salah 8 Kerusakan intelektual berat

Pasien 2

Skor		No.	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
		1	Tanggal berapa hari ini?	Gak tau
		2	Hari apa sekarang ini?	Minggu (Senin)
		3	Apa nama tempat ini?	Lali aku
			Berapa nomor telepon anda?	
		4	Dimana alamat anda? (Tanyakan bila tidak memiliki telepon)	Jember
		5	Berapa umur anda?	150
		6	Kapan anda lahir?	Supeh jeng
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Boten semerep
		8	Siapa presiden sebelumnya ?	Lali
		9	Siapa nama kecil ibu anda ?	Rahayu
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetep pengurangan 3 dari setiap anngka baru, semua secara menurun?	20-3 = 17 17-3=14
				Salah 7
			Jumlah kesalahan total	Kerusakan intelektual sedang

Lampiran 9 APGAR Keluarga

APGAR Keluarga

APGAR Keluarga		Pasien 1	
No	Fungsi	Uraian	Skore
1	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	2
	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman –teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	1
		Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	2
	Pertumbuhan	Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi- emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	1

Pertumbuhan

Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru 2

Afeksi

Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi- emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai 2

Pemecahan

Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama

Nilai 9 fungsi sosial normal

Lampiran 10 Deskripsi Kekhususan

DESKRIPSI KEKHUSUSAN

Tabekl Deskripsi Kekhususan

Pasien 1	Pasien 2
Kebiasaan ritual : Ny R sholat kadang kadang	Kebiasaan ritual : Ny B sholat kadang kadang
Yang lainnya : Ny R mengikuti pengajian rutin setiap hari rabu	Yang lainnya : Ny B mengikuti pengajian rutin setiap hari rabu



Lampiran 11 Riwayat Lingkungan Hidup

Riwayat Lingkungan Hidup

Tabel Pemukiman pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW
JEMBER bulan Februari 2019

Pasien 1	Pasien 2
Luas bangunan : 3 x 4 m ²	Luas bangunan : 3 x 3 m ²
Bentuk : asrama	Bentuk : asrama
Jenis bangunan : permanent	Jenis bangunan : permanent
Atap rumah : genteng	Atap rumah : genteng
Dinding : tembok	Dinding : tembok
Lantai : keramik	Lantai : keramik
Ventilasi : baik	Ventilasi : baik
Kebersihan : kurang	Kebersihan : cukup

b. Sanitasi

Tabel Sanitasi pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW
Jember bulan Januari 2019

Pasien 1	Pasien 2
Air bersih : sumur	Air bersih : sumur
Jarak jamban dengan sumur : > 10 meter	Jarak jamban dengan sumur : > 10 meter
Sampah : dibakar	Sampah : dibakar
Binatang pengerat : tidak mempunyai binatang pengerat	Binatang pengerat : tidak mempunyai binatang pengerat

Fasilitas

Tabel Fasilitas pada Ny R dan Ny B di Wisma Mawar dan Seruni UPT PSTW
Jember Bulan Februari 2019

Pasien 1	Pasien 2
Perternakan : tidak ada peternakan	Perternakan : tidak ada peternakan
Pekarangan : ada, didepan wisma mawar dan wisma seruni terdapat tanaman toga dan pohon kelapa	Pekarangan : ada, didepan wisma mawar dan wisma seruni terdapat tanaman toga dan pohon kelapa
Sarana OLGA : ada biasanya dimanfaatkan kegiatan senam pada setiap hari selasa dan jumat	Sarana OLGA : ada biasanya dimanfaatkan kegiatan senam pada setiap hari selasa dan jumat
Taman : didepan wisma mawar banyak pot-pot bunga	Taman : didepan wisma mawar banyak pot-pot bunga
Ruang pertemuan : ada	Ruang pertemuan : ada
Sarana Hiburan : TV	Sarana Hiburan ; TV
Kondisi jalan : Rata (Paving)	Kondisi jalan : Tidak rata karena banyak batu

Lampiran 12 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

“Senam Otak”



Disusun Oleh:

Maira Hasana

NIM 162303101080

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan : Senam Otak
Sasaran : Lansia yang mengalami Demensia
Hari/tanggal :
Waktu : 15 menit
Tempat : Wisma Melati UPT PSTW Jember

A. Analisa Situasi

1. Peserta Penyuluhan
 - a. 2 orang
 - b. Perhatian dalam memahami materi cukup
 - c. Peserta penyuluhan 2 pasien demensia
2. Penyuluh
 - a. Penyuluh adalah mahasiswa tingkat 3 semester 6 dari D3 Keperawatan Universitas Jember
 - b. Penyuluh mampu berinteraksi dengan baik dalam memberikan penyuluhan
3. Ruang
 - a. Tempat penyuluhan di Wisma Melati UPT PSTW Jember
 - b. Tempat penyuluhan memiliki ventilasi cukup, penerangan baik

B. Tujuan Intruksional

1. Tujuan umum
Setelah dilakukan penyuluhan senam otak diharapkan klien mampu memahami senam otak
2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan senam otak, peserta diharapkan dapat mengerti gerakan senam otak, dapat mengerti manfaat dari senam otak

C. Materi Penyuluhan

Senam otak atau lebih dikenal Brain Gym adalah serangkaian gerakan sederhana yang dilakukan untuk merangsang kerja dan fungsi otak secara maksimal (Gunadi, 2009). Senam otak diharapkan lansia demensia yang mengalami penurunan fungsi kognitif dapat meningkat, lebih bersemangat serta meningkatkan konsentrasi (Dennison dalam Anton, 2010).

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

E. Media

Leflet

F. Kegiatan Penyuluhan

Tahap kegiatan	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta	metode	Waktu
Pembukaan	Salam pembuka, perkenalan, menjelaskan pokok bahasan, kontak waktu	Memperhatikan	Ceramah dan Tanya jawab	3 menit
Penyajian	Penyampaian materi senam otak	Mendengarkan, memperhatikan	Ceramah dan Tanya jawab	10 menit
Penutup	Mengevaluasi, menyimpulkan, tindak lanjut, dan salam penutup	Menjawab	Tanya jawab	5 menit

G. Evaluasi Hasil Penyuluhan

1. Apakah pengertian dari senam otak ?
2. Sebutkan tujuan dari senam otak ?

3. Memahami gerakan senam otak ?

H. Daftar Pustaka

Anton. 2010. *Pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latihan Otak Terhadap Tingkat Depresi dengan Harga Diri Rendah pada Klien Lansia Di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Gunadi. 2009. *Gerakan Meningkatkan Kecerdasan Anak*. Jakarta: Penebar Plus

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Menkes: Lansia Yang Sehat Yang Jauh Dari Demensia*

Lampiran 13 Leaflet

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
“SENAM OTAK”**



Disusun Oleh:
Maira Hasana
NIM 162303101080

**PROGRAM STUDI D3
KEPERAWATAN FAKULTAS
KEPERAWATAN UNIVERSITAS
JEMBER
2019**

DEFINISI

Senam otak (*brain gym*) merupakan salah satu stimulasi langkah preventif guna mengoptimalkan, merangsang fungsi otak menjadi semakin relevan pada lansia, dan memperlancar aliran darah dan oksigen ke otak, senam otak terdiri dari serangkaian gerakan sederhana yang menyenangkan, dan digunakan untuk meningkatkan kemampuan belajar dengan menggunakan keseluruhan otak (Pratiwi, 2016)

TUJUAN SENAM OTAK

Untuk menjaga fungsi daya ingat
Meningkatkan koordinasi kanan dan kiri

Melepaskan ketegangan
Menyeimbangkan otot
Peningkatan focus
Merelaksasikan tubuh

Menjaga keseimbangan tubuh.

1. Dimensi Lateralis



Fungsinya :
Melepaskan ketegangan mata, tengkuk, dan bahu pada waktu memusatkan perhatian dan meningkatkan kedalaman persepsi
Meningkatkan pemusatan, keseimbangan dan koordinasi

2. Dimensi Pemfokusan



Fungsinya :
Melepaskan ketegangan tengkuk dan bahu yang timbul karena stress.
Menyeimbangkan otot leher dan tengkuk (Mengurangi sikap tubuh yang terlalu condong ke depan)
Menegakkan kepala (Membantu mengurangi kebiasaan memiringkan kepala atau bersandar pada siku



Fungsinya :
Peningkatan fokus dan konsentrasi tanpa fokus berlebihan
Pernafasan lebih lancar dan sikap lebih santai
Peningkatan energi pada tangan dan jari


3. Dimensi Pemusatan



GERAKAN SENAM OTAK (BRAIN GYM)

i) Dimensi Lateralis

Beberapa contoh gerakan Dimensi lateralitas:

Gerakan	Cara melakukan gerakan dan Fungsinya
 <p data-bbox="375 1131 758 1220">Gambar 2.2. Gerakan Silang (<i>Cross Crawl</i>)</p>	<p data-bbox="845 638 1181 672">Cara melakukan gerakan :</p> <p data-bbox="845 694 1375 1064">Menggerakkan tangan kanan bersamaan dengan kaki kiri dan kaki kiri dengan tangan kanan. Bergerak ke depan, kesamping, ke belakang, atau jalan di tempat. Untuk menyeberang garis tengah sebaiknya tangan menyentuh lutut yang berlawanan.</p> <p data-bbox="845 1131 997 1164">Fungsinya :</p> <ol data-bbox="845 1187 1375 1478" style="list-style-type: none"> Meningkatkan koordinasi kiri/kanan Memperbaiki pernafasan dan stamina Memperbaiki koordinasi dan kesadaran tentang ruang dan gerak. Memperbaiki pendengaran dan penglihatan.



Gambar 2.3.8 Tidur (*Lazy 8*)

Cara melakukan gerakan :

Gerakan dengan membuat angka delapan tidur di udara, tangan mengepal dan jari jempol ke atas, dimulai dengan menggerakkan kepalan ke sebelah kiri atas dan membentuk angka delapan tidur. Diikuti dengan gerakan mata melihat ke ujung jari jempol. Buatlah angka 8 tidur 3 kali setiap tangan dan dilanjutkan 3 kali dengan kedua tangan.

Fungsinya :

- a. Melepaskan ketegangan mata, tengkuk, dan bahu pada waktu memusatkan perhatian dan meningkatkan kedalaman persepsi
- b. Meningkatkan pemusatan, keseimbangan dan koordinasi.



Gambar 2.4. Coretan Ganda
(*Double doodle*)

Cara melakukan gerakan :

Menggambar dengan kedua tangan pada saat yang sama, ke dalam, ke luar, ke atas dan ke bawah. Coretan ganda dalam bentuk nyata seperti : lingkaran, segitiga, bintang, hati, dsb. Lakukan dengan kedua tangan.

Fungsinya :

- a. Kesadaran akan kiri dan kanan.
- b. Memperbaiki penglihatan perifer
- c. Kesadaran akan tubuh, koordinasi, serta keterampilan khusus tangan dan mata.
- d. Memperbaiki kemampuan olahraga dan keterampilan gerakan.

2.2.4.1 Dimensi Pemfokusan

Beberapa contoh gerakan Dimensi Pemfokusan :

Gerakan



Gambar 2.5. Burung Hantu (*The Owl*)

Cara melakukan gerakan dan Fungsinya

Cara melakukan gerakan :

Urutlah otot bahu kiri dan kanan. Tarik napas saat kepala berada di posisi tengah, kemudian embuskan napas ke samping atau ke otot yang tegang sambil relaks. Ulangi gerakan dengan tangan kiri.

Fungsinya :

- Melepaskan ketegangan tengkuk dan bahu yang timbul karena stress.
- Menyeimbangkan otot leher dan tengkuk (Mengurangi sikap tubuh yang terlalu condong ke depan)
- Menegakkan kepala (Membantu mengurangi kebiasaan memiringkan kepala atau bersandar pada siku)



Gambar 2.6. Mengaktifkan Tangan
(*The Active Arm*)



Gambar 2.7. Lambaian Kaki
(*The Footflex*)

Cara melakukan gerakan :

Luruskan satu tangan ke atas, tangan yang lain ke samping kuping memegang tangan yang ke atas. Buang napas pelan, sementara otot-otot diaktifkan dengan mendorong tangan keempat jurusan (depan, belakang, dalam dan luar), sementara tangan yang satu menahan dorongan tsb.

Fungsinya :

- a. Peningkatan fokus dan konsentrasi tanpa fokus berlebihan
- b. Pernafasan lebih lancar dan sikap lebih santai
- c. Peningkatan energi pada tangan dan jari

Cara melakukan gerakan :

Cengkeram tempat-tempat yang terasa sakit di pergelangan kaki, betis dan belakang lutut, satu persatu, sambil pelan-pelan kaki dilambaikan atau digerakkan ke atas dan ke bawah.

Fungsinya :

- a. Sikap tubuh yang lebih tegak dan relaks
- b. Lutut tidak kaku lagi
- c. Kemampuan berkomunikasi dan memberi respon meningkat



Gambar 2.8. Luncuran Gravitasi
(*The Gravitational glider*)

Cara melakukan gerakan :

Duduk di kursi dan silangkan kaki. Tundukkan badan dengan tangan ke depan bawah, buang nafas waktu turun dan ambil nafas waktu naik. Ulangi 3 x, kemudian ganti kaki.

Fungsinya :

- a. Merelaksan daerah pinggang, pinggul dan sekitarnya.
- b. Tubuh atas dan bawah bergerak sebagai satu kesatuan

Cara melakukan gerakan :

Mulai dengan kaki terbuka. Arahkan kaki kanan ke kanan, dan kaki kiri tetap lurus ke depan. Tekuk lutut kanan sambil buang napas, lalu ambil napas waktu lutut kanan diluruskan kembali. Pinggul ditarik ke atas. Gerakan ini untuk menguatkan otot pinggul (bisa dirasakan di kaki yang lurus) dan membantu kestabilan punggung. Ulangi 3x, kemudian ganti dengan kaki kiri.



Gambar 2.9. Pasang kuda-Kuda
(*Grounder*)

Fungsinya :

- a. Keseimbangan dan kestabilan lebih besar
- b. Konsentrasi dan perhatian meningkat
- c. Sikap lebih mantap dan relaks

3. Dimensi Pemusatan

Beberapa contoh gerakan Dimensi Pemusatan :

Gerakan



Gambar 2.10. Air (*Water*)

Cara melakukan gerakan dan Fungsinya

Air merupakan pembawa energi listrik yang sangat baik. Dua per tiga tubuh manusia terdiri dari air. Air dapat mengaktifkan otak untuk hubungan elektro kimiawi yang efisien antara otak dan sistem saraf, menyimpan dan menggunakan kembali informasi secara efisien. Minum air yang cukup sangat bermanfaat sebelum menghadapi test atau kegiatan lain yang menimbulkan stress. Kebutuhan air adalah kira-kira 2 % dari berat badan per hari.

Fungsinya :

- Konsentrasi meningkat (mengurangi kelelahan mental)
- Melepaskan stres, meningkatkan konsentrasi dan keterampilan sosial.
- Kemampuan bergerak dan berpartisipasi meningkat.
- Koordinasi mental dan fisik meningkat (Mengurangi berbagai kesulitan yang berhubungan dengan perubahan neurologis)

Cara melakukan gerakan :

Sakelar otak (jaringan lunak di bawah tulang selangka di kiri dan kanan tulang dada), dipijat dengan satu tangan, sementara tangan yang lain memegang



Gambar 2.11. Sakelar Otak
(*Brain Buttons*)

pusar.

Fungsinya :

- a. Keseimbangan tubuh kanan dan kiri
- b. Tingkat energi lebih baik
- c. Memperbaiki kerjasama kedua mata (bisa meringankan stres visual, juling atau pandangan yang terus-menerus)
- d. Otot tengkuk dan bahu lebih relaks



Gambar 2.12. Tombol Bumi
(*Earth Buttons*)

Cara melakukan gerakan :

Letakkan dua jari dibawah bibir dan tangan yang lain di pusar dengan jari menunjuk ke ba-wah. Ikutilah dengan mata satu garis dari lantai ke loteng dan kembali sambil bernapas dalam-dalam. Napaskan energi ke atas, ke tengah-tengah badan.

Fungsinya :

- a. Kesiagaan mental (Mengurangi kelelahan mental)
- b. Kepala tegak (tidak membungkuk)
- c. Pasang kuda-kuda dan koordinasi seluruh tubuh



Gambar 2.13. Tombol imbang
(*Balance Buttons*)

Cara melakukan gerakan :

Sentuhkan 2 jari ke belakang telinga, di lekukan tulang bawah tengkorak dan letakkan tangan satunya di pusar. Kepala sebaiknya lurus ke depan, sambil nafas dengan baik selama 1 menit. Kemudian sentuh belakang kuping yang lain.

Fungsinya :

- Perasaan enak dan nyaman
- Mata, telinga dan kepala lebih tegak lurus pada bahu
- Mengurangi fokus berlebihan pada sikap tubuh



Gambar 2.14. Tombol Angkasa
(*Space Buttons*)

Cara melakukan gerakan :

Letakkan 2 jari di atas bibir dan tangan lain pada tulang ekor selama 1 menit, nafaskan energi ke arah atas tulang punggung.

Fungsinya :

- Kemampuan untuk relaks
- Kemampuan untuk duduk dengan nyaman
- Lamanya perhatian meningkat

Cara melakukan gerakan :

Pijit daun telinga pelan-pelan, dari atas sampai ke bawah 3x sampai dengan 5x.

Fungsinya :

- Energi dan nafas lebih baik
- Otot wajah, lidah dan rahang



Gambar 2.15. Pasang Telinga
(*The Tinking Cap*)

- relaks.
- c. Fokus perhatian meningkat
- d. Keseimbangan lebih baik



Gambar 2.16. Kait relaks
(*Hook-Ups*)

Cara melakukan gerakan :

Pertama, letakkan kaki kiri di atas kaki kanan, dan tangan kiri di atas tangan kanan dengan posisi jempol ke bawa, jari-jari kedua tangan saling menggenggam, kemudian tarik kedua tangan ke arah pusat dan terus ke depan dada. Tutuplah mata dan pada saat menarik napas lidah ditempelkan di langit-langit mulut dan dilepaskan lagi pada saat menghembuskan napas. Tahap kedua, buka silangan kaki, dan ujung-ujung jari kedua tangan saling bersentuhan secara halus, di dada atau dipangkuan, sambil bernapas dalam 1 menit lagi.

Fungsinya :

- a. Keseimbangan dan koordinasi meningkat
- b. Perasaan nyaman terhadap lingkungan sekitar (Mengurangi

- kepekaan yang berlebihan)
- c. Pernafasan lebih dalam

Cara melakukan gerakan :

Sentuhlah titik positif dengan kedua ujung jari tangan selama 30 detik sampai dengan 30 menit.



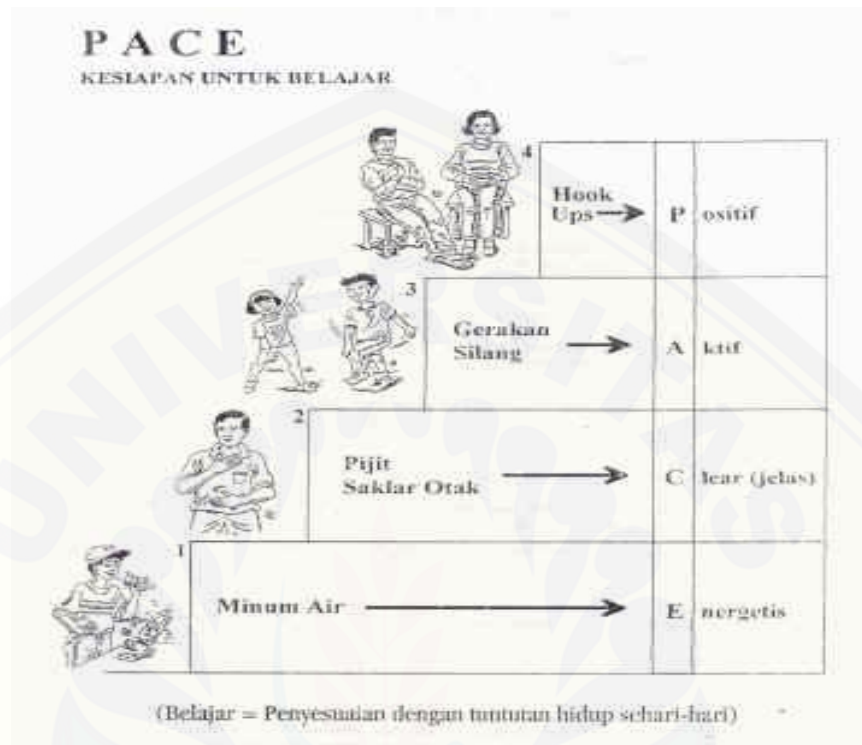
Fungsinya :

- a. Mengaktifkan bagian depan otak guna menyeimbangkan stres yang berhubungan dengan ingatan tertentu, situasi, orang, tempat dan ketrampilan
- b. Menghilangkan refleks
- c. Menenangkan pada saat menghadapi tes di sekolah dan dalam penyesuaian sehari-hari.

Gambar 2.17. Titik Positif
(*Positive Point*)

4. Kesiapan Belajar

Beberapa langkah Brain Gym untuk kesiapan belajar adalah sebagai berikut



Satuan Operasional Prosedur (SOP) Senam Otak

1. Definisi

Senam otak atau lebih dikenal Brain Gym adalah serangkaian gerakan sederhana yang dilakukan untuk merangsang kerja dan fungsi otak secara maksimal (Gunadi, 2009).

2. Manfaat Senam otak

- a. Demensi pemusatan : dapat meningkatkan aliran darah ke otak, meningkatkan penerimaan oksigen sehingga dapat membersihkan otak
- b. Demensi lateralis : akan menstimulasi koordinasi kedua belahan otak yaitu otak kanan dan otak kiri (memperbaiki pernafasan, stamina melepaskan ketegangan dan mengurangi kelelahan)
- c. Demensi pemfokusan : untuk membantu melepaskan hambatan fokus dari otak (perbaiki kurang perhatian, kurang konsentrasi (Dennison dalam Anton, 2010)

3. Indikasi

Dapat dilakukan oleh lansia demensia maupun tidak

4. Prosedur tindakan

No	Gerakan Senam	Dilakukan	Tidak lakukan
1	Pesiapan alat a. sound sistem/hp/alat musik		
2	Persiapan lingkungan a. lingkungan tenang dan aman		
3	Gerakan inti Gerakan terdiri atas 3 demensi yaitu		
	a. Demensi Lateralis	Gerakan Silang 1) Menggerakkan tangan kanan bersamaan dengan kaki kiri dan kaki kiri dengan	

		<p>tangan kanan.</p> <p>2) Bergerak ke depan, kesamping, ke belakang, atau jalan di tempat.</p> <p>3) Untuk menyeberang garis tengah sebaiknya tangan menyentuh lutut yang berlawanan</p>		
		<p>Tidur</p> <p>1) Gerakan dengan membuat angka delapan tidur di udara, tangan mengepal dan jari jempol ke atas, dimulai dengan menggerakkan kepala ke sebelah kiri atas dan membentuk angka delapan tidur.</p> <p>2) Diikuti dengan gerakan mata melihat ke ujung jari jempol.</p> <p>3) Buatlah angka 8 tidur 3 kali setiap tangan dan dilanjutkan 3 kali dengan kedua tangan.</p>		
		<p>Coretan Ganda</p> <p>1) Menggambar dengan kedua tangan pada saat yang sama, ke dalam, ke luar, ke atas dan ke bawah.</p> <p>2) Coretan ganda dalam bentuk nyata seperti : lingkaran, segitiga, bintang, hati, dsb. Lakukan dengan kedua tangan</p>		
4	b. Demensi pemusatan	<p>Burung Hantu</p> <p>1) Urutlah otot bahu kiri dan kanan.</p> <p>2) Tarik napas saat kepala berada di posisi tengah,</p>	√	

		<p>kemudian embuskan napas ke samping atau ke otot yang tegang sambil relaks.</p> <p>3) Ulangi gerakan dengan tangan kiri.</p>		
		<p>Mengaktifkan Tangan</p> <p>1) Luruskan satu tangan ke atas, tangan yang lain ke samping kuping memegang tangan yang ke atas. Buang napas pelan, sementara otot-otot diaktifkan dengan mendorong tangan keempat jurusan (depan, belakang, dalam dan luar), sementara tangan yang satu menahan dorongan tsb.</p>		
		<p>Lambaian Kaki</p> <p>1) Cengkeram tempat-tempat yang terasa sakit di pergelangan kaki, betis dan belakang lutut, satu persatu, sambil pelan-pelan kaki dilambaikan atau digerakkan ke atas dan ke bawah.</p>		

		<p>Luncuran Gravitasi</p> <ol style="list-style-type: none">1) Duduk di kursi dan silangkan kaki.2) Tundukkan badan dengan tangan ke depan bawah, buang nafas waktu turun dan ambil nafas waktu naik.3) Ulangi 3 x, kemudian ganti kaki. <p>Pasang Kuda- Kuda</p> <ol style="list-style-type: none">1) Mulai dengan kaki terbuka. Arahkan kaki kanan ke kanan, dan kaki kiri tetap lurus ke depan.2) Tekuk lutut kanan sambil buang napas, lalu ambil napas waktu lutut kanan diluruskan kembali.3) Pinggul ditarik ke atas. Gerakan ini untuk menguatkan otot pinggul (bisa dirasakan di kaki yang lurus) dan membantu kestabilan punggung4) Ulangi 3x, kemudian ganti dengan kaki kiri.		
--	--	--	--	--

	<p>c. Demensi pemusatan</p>	<p>Air</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Air merupakan pembawa energi listrik yang sangat baik. 2) Dua per tiga tubuh manusia terdiri dari air. 3) Air dapat mengaktifkan otak untuk hubungan elektro kimiawi yang efisien antara otak dan sistem saraf, menyimpan dan menggunakan kembali informasi secara efisien. 4) Minum air yang cukup sangat bermanfaat sebelum menghadapi test atau kegiatan lain yang menimbulkan stress. 5) Kebutuhan air adalah kira-kira 2 % dari berat badan per hari. <p>Sakelar Otak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sakelar otak (jaringan lunak di bawah tulang selangka di kiri dan kanan tulang dada), dipijat dengan satu tangan, sementara tangan yang lain memegang pusar. <p>Tombol Bumi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Letakkan dua jari dibawah bibir dan tangan yang lain di pusar dengan jari menunjuk ke bawah. 2) Ikutilah dengan mata satu garis dari lantai 		
--	-----------------------------	---	--	--

		<p>ke loteng dan kembali sambil bernapas dalam-dalam.</p> <p>3) Napaskan energi ke atas, ke tengah-tengah badan.</p> <p>Tombol Imbang</p> <p>1) Sentuhkan 2 jari ke belakang telinga, di lekukan tulang bawah tengkorak dan letakkan tangan satunya di pusar.</p> <p>2) Kepala sebaiknya lurus ke depan, sambil nafas dengan baik selama 1 menit.</p> <p>3) Kemudian sentuh belakang kuping yang lain</p> <p>Tombol Angkasa</p> <p>1) Letakkan 2 jari di atas bibir dan tangan lain pada tulang ekor selama 1 menit, nafaskan energi ke arah atas tulang punggung.</p> <p>Pasang telinga</p> <p>1) Pijit daun telinga pelan-pelan, dari atas sampai ke bawah 3x sampai</p>		
--	--	--	--	--

		<p>dengan 5x.</p> <p>Kait Relaks</p> <ol style="list-style-type: none">1) Pertama, letakkan kaki kiri di atas kaki kanan, dan tangan kiri di atas tangan kanan dengan posisi jempol ke bawa, jari-jari kedua tangan saling menggenggam, kemudian tarik kedua tangan ke arah pusat dan terus ke depan dada.2) Tutuplah mata dan pada saat menarik napas lidah ditempelkan di langit-langit mulut dan dilepaskan lagi pada saat menghembuskan napas.3) Tahap kedua, buka silangan kaki, dan ujung-ujung jari kedua tangan saling bersentuhan secara halus, di dada atau dipangkuan, sambil bernapas dalam 1 menit lagi. <p>Titik Positif</p> <ol style="list-style-type: none">1) Sentuhlah titik positif dengan kedua ujung jari tangan selama 30 detik sampai dengan 30 menit.		
--	--	--	--	--

Lampiran 14 Logbook

FORMULIR		No. Dok. :			
LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA		Berlaku Sejak :			
		Revisi :			
<p>LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER</p>					
<p>NAMA MAHASISWA : <i>Mura Hasana</i></p>					
<p>NIM : <i>162203101080</i></p>					
<p>PROGRAM STUDI : <i>D3 Keperawatan</i></p>					
<p>JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : <i>Asuhan keperawatan perikutan pada lansia yang mengalami Demensia dengan masalah Perseputaan Gigitan Keras</i></p>					
<p>TAHAP PENULISAN PROPOSAL</p>					
NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	15/07	Penul Judul	1) Menentukan judul yang sesuai dengan masalah penelitian 2) Menentukan proses	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	18/08	Konow bab 1	1) Menulis Meks 2) Literatur 3) Penulisan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	25/08	Konsep Bats 1 (Review)	1) Kronologis masih belum ada dan sudah. 2) penulisan formatulatur		
4	17/09	Mengkonstruksi dan review. Bab 1 tentang msk's	1) penulisan formatulatur		
5	26/09	Mengkonstruksi Bab II dan III	1) konsep dan konsep demonstrasi 2) konsep dan konsep 3) penulisan formatulatur		
6	28/09	Mengkonstruksi Bab II dan III	1) Bab I dan II 2) Bab 2 dan penulisan formatulatur		
7	30/09	Mendiskusikan Bab II dan III	1) Bab II dan III 2) Bab III dan IV		
8	02/10	Penulisan formatulatur	1) Bab II dan III 2) Bab III dan IV		
9	03/10	Mengkonstruksi formatulatur (terdiri dari 6 bab dan formatulatur)	1) penulisan formatulatur dengan penulisan formatulatur dan 6 bab dan formatulatur 2) penulisan formatulatur dan 6 bab dan formatulatur 3) penulisan formatulatur dan 6 bab dan formatulatur		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	16/01	3 Konsul Perus base Fidony (daftar peserta, jadwal informasi)	4 Detail soal yang tidak pernah ada	5	6
10	14/06	Konsul Perus 4	Bar 4. Reduksi, Pili yang Serasi dengan keas, Avenor		
11	20/02	Kursi Papir 4 dan Perus 5, Perus	Bar 4. Mas perus dengan FTO, dia secara umum papir, bar 5. Konsul perus 1, indikator perus		
13	24/06	Konsul Perus base	Perus Papir FTO, Implementasi Seta. Evelon		
14	25/05	Konsul Perus Perus 4 Konsul Perus 5	Perus 4 dan Perus 5 ACE		
15	12/07	Konsul Perus sebelum sidang di Jember	ACC - cat sipa m... Perus 4 dan Perus 5 ACE		
16	16/07	Konsul Perus sebelum sidang	Perus 4 dan Perus 5 ACE		

Lampiran 15 Hasil Screening Demensia Lansia
**HASIL SCREENING DEMENSIA LANSIA
 DI UPT PSTW JEMBER**

Tanggal Pemeriksaan 22-23 Oktober 2018

No	Nama	Wisma	L/K	Umur	Nilai	Hasil Screening
1	Suwandi	Sedap Malam	L	80	25	Normal
2	Suherman	Melati	L	74	21	Gangguan Kognitif Ringan
3	Supiyani	Dahlia	P	67	25	Normal
4	Paisah	Seruni	P	77	25	Normal
5	Karip	Sakura	L	67	25	Normal
6	Sunarsih	Mawar	P	70	26	Normal
7	Karman	Seruni	L	66	25	Normal
8	Titik Sunarti	Melati	P	64	20	Gangguan Kognitif Ringan
9	Rosidah	Dahlia	P	73	25	Normal
10	Sri Sukorini	Melati	P	70	19	Gangguan Kognitif Ringan
11	Abdul Jamal	Melati	L	64	24	Normal
12	Katini	Dahlia	P	65	24	Normal
13	Tamba'an	Teratai	L	66	30	Normal
14	Sumarto	Teratai	L	70	30	Normal
15	Tukinah	Teratai	P	79	30	Normal
16	Sudarmi	Cempaka	P	80	30	Normal
17	Sumarpin	Sakura	P	65	30	Normal
18	Rusmi	Melati	P	65	23	Normal

19	Dalbo	Cempaka	L	68	30	Normal
20	Katiran	Cempaka	L	72	30	Normal
21	Yanto Siyono	Saroja	L	78	30	Normal
22	Purwati	Teratai	P	78	18	Gangguan Kognitif Ringan
23	Ani	Sedap Malam	P	75	30	Normal
24	Sami	Sedap Malam	P	74	30	Normal
25	Surakani	Sedap Malam	P	81	30	Normal
26	Tukiyem	Dahlia	P	64	30	Normal
27	Tasrip	Teratai	L	65	30	Normal
28	Siti Maimunah	Melati	P	76	11	Gangguan Kognitif Berat
29	Jamsari	Melati	P	68	23	Gangguan Kognitif Ringan
30	Moh. Jali	Seruni	L	69	30	Normal
31	Nasira	Melati	P	78	9	Gangguan Kognitif Berat
32	Sami B.	Dahlia	P	63	30	Normal
33	Sariyem	Melati	P	75	22	Gangguan Kognitif Ringan
34	Suprpto	Teratai	L	63	30	Normal
35	Pujining	Melati	P	72	23	Gangguan Kognitif Ringan
36	Siti Aminah	Teratai	P	63	30	Normal
37	Seningwar	Melati	L	63	21	Gangguan Kognitif Ringan
38	Wagini	Mawar	P	83	30	Normal
39	Satinah	Melati	P	83	21	Gangguan Kognitif Ringan
40	Kutjainuri	Cempaka	L	65	30	Normal
41	Kosim	Saroja	L	80	30	Normal
42	Ngatemi	Mawar	P	73	15	Gangguan Kognitif Berat

43	Misiyati	Sakura	P	64	30	Normal
44	Masrifa	Melati	P	75	23	Gangguan Kognitif Ringan
45	Nur Yasin	Melati	L	64	30	Normal
46	Sumardi	Seruni	L	89	30	Normal
47	Satinem	Sedap Malam	P	73	30	Normal
48	Suwardi	Sedap Malam	L	78	30	Normal
49	Siti Fatonah	Mawar	P	96	30	Normal
50	Paimo	Cempaka	L	70	30	Normal
51	Suswati	Melati	P	62	19	Gangguan Kognitif Ringan
52	Sumini	Melati	P	62	19	Gangguan Kognitif Ringan
53	Mujiono	Mawar	L	72	21	Gangguan Kognitif Ringan
54	Legina	Dahlia	P	63	30	Normal
55	Misdi Suyadi	Mawar	L	77	14	Gangguan Kognitif Berat
56	Yayok	Melati	L	62	25	Normal
57	Rotiah	Sakura	P	66	30	Normal
58	Tuminem	Seruni	P	62	30	Normal
59	Muji	Seruni	L	73	30	Normal
60	Tukiran	Mawar	L	71	30	Normal
61	Sunami	Melati	P	61	23	Gangguan Kognitif Ringan
62	Marzuki	Melati	L	71	23	Gangguan Kognitif Ringan
63	Atminah	Sedap Malam	P	61	30	Normal
64	Sofyan	Cempaka	L	62	30	Normal
65	Supriyanto	Cempaka	L	67	30	Normal
66	Mursinem	Sedap Malam	P	81	30	Normal

67	Sri Ani	Dahlia	P	76	30	Normal
68	Hari Santoso	Melati	L	63	25	Normal
69	Marmah	Dahlia	P	77	30	Normal
70	Mariyati	Seruni	P	85	30	Normal
71	Enggar	Sedap Malam	P	79	30	Normal
72	Siti Aminah	Teratai	P	67	30	Normal
73	Amoes Saleh Aja	Sakura	L	67	30	Normal
74	Maimunah	Melati	P	72	11	Gangguan Kognitif Berat
75	Sulam Arif	Teratai	L	66	30	Normal
76	Tejo Suwarno	Teratai	L	86	30	Normal
77	Sarmanharjo	Seruni	L	63	30	Normal
78	Sirep	Sakura	P	72	30	Normal
79	B. Bina	Melati	P	71	11	Gangguan Kognitif Berat
80	Budi Suyitno	Sakura	L	67	30	Normal
81	Nyoto	Mawar	L	73	4	Gangguan Kognitif Berar
82	Nasip	Mawar	L	71	30	Normal
83	Subur	Seruni	L	64	30	Normal
84	Lena/ jariyah	Seruni	P	61	30	Normal
85	Maryati	Melati	P	67	20	Gangguan Kognitif Ringan
86	Widodo	Seruni	L	71	30	Normal
87	Patonah	Sedap Malam	P	57	30	Normal
88	Suharso	Melati	L	61	30	Normal
89	Mistar	Seroja	L	63	30	Normal
90	Kasmari	Saroja	L	81	30	Normal

91	Misna/Nito	Teratai	L	66	30	Normal
92	Rupinah	Mawar	P	68	10	Gangguan Kognitif Berat
93	Talkan	Cempaka	L	62	30	Normal
94	Misnati	Teratai	P	80	30	Normal
95	Siti Murikah	Dahlia	P	71	30	Normal
96	Karip	Cempaka	L	63	30	Normal
97	Salkem	Teratai	P	79	30	Normal
98	Musawati	Mawar	P	65	4	Gangguan Kognitif Berat
99	Saleh	Cempaka	L	60	30	Normal
100	Sarifudin	Seruni	L	60	30	Normal
101	Rokayah	Seruni	P	82	30	Normal
102	Sadin	Cempaka	L	73	30	Normal
103	Agus Salim	Sedap Malam	L	66	30	Normal
104	Jariyah	Sedap Malam	P	60	30	Normal
105	Hasyim	Cempaka	L	60	30	Normal
106	Kasmin	Seroja	L	60	30	Normal
107	Mariyam	Mawar	P	75	30	Normal
108	Marmat	Saroja	L	60	26	Normal
109	Wakijan	Mawar	L	78	28	Normal
110	Sarija	Sedap Malam	L	78	27	Normal
111	Mbok Ja	Cempaka	P	67	26	Normal
112	Adak	Mawar	L	72	20	Gangguan Kognitif Ringan
113	Satina	Seruni	P	80	25	Normal
114	Juminten	Mawar	P	82	12	Gangguan Kognitif Berat

115	Mariyem	Dahlia	P	66	27	Normal
116	Sumartono	Cempaka	L	66	27	Normal
117	Suwarni	Dahlia	P	67	26	Normal
118	Mujiani	Teratai	P	67	26	Normal
119	Rosianah	Dahlia	P	69	26	Normal
120	Sumiati	Melati	P	80	20	Gangguan Kognitif Ringan
121	Sarumi	Dahlia	P	76	28	Normal
122	Khoduri	Saroja	L	67	28	Normal
123	Sumardjo	Cempaka	L	78	27	Normal
124	Juminah	Melati	P	70	10	Gangguan Kognitif Berat
125	Muliyono	Cempaka	L	60	26	Normal
126	Fathurrahman	Melati	L	60	30	Normal
127	Nanang Suparno	Mawar	L	65	26	Gangguan Kognitif Ringan
128	Samsi	Sakura	L	63	27	Normal
129	Rodiyatul Khoiriyah	Dahlia	P	64	28	Normal
130	Tejo M.	Seroja	L	78	28	Normal
131	Bunawati	Seruni	P	70	13	Gangguan Kognitif Berat

Jumlah Lansia yang dilakukan Pengkajian 130 lansia

Jumlah Gangguan Kognitif Ringan 19 lansia

Jumlah Gangguan Kognitif Berat 12 lansia

Jumlah Lansia yang tidak Mengalami Gangguan Kognitif 100 Lansia