



**ASUHAN KEPERAWATAN DEMENSIA PADA LANSIA NY. J
DAN NY. P DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN PROSES PIKIR
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Doni Damara
NIM 152303101069**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN DEMENSIA PADA LANSIA NY. J
DAN NY. P DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN PROSES PIKIR
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

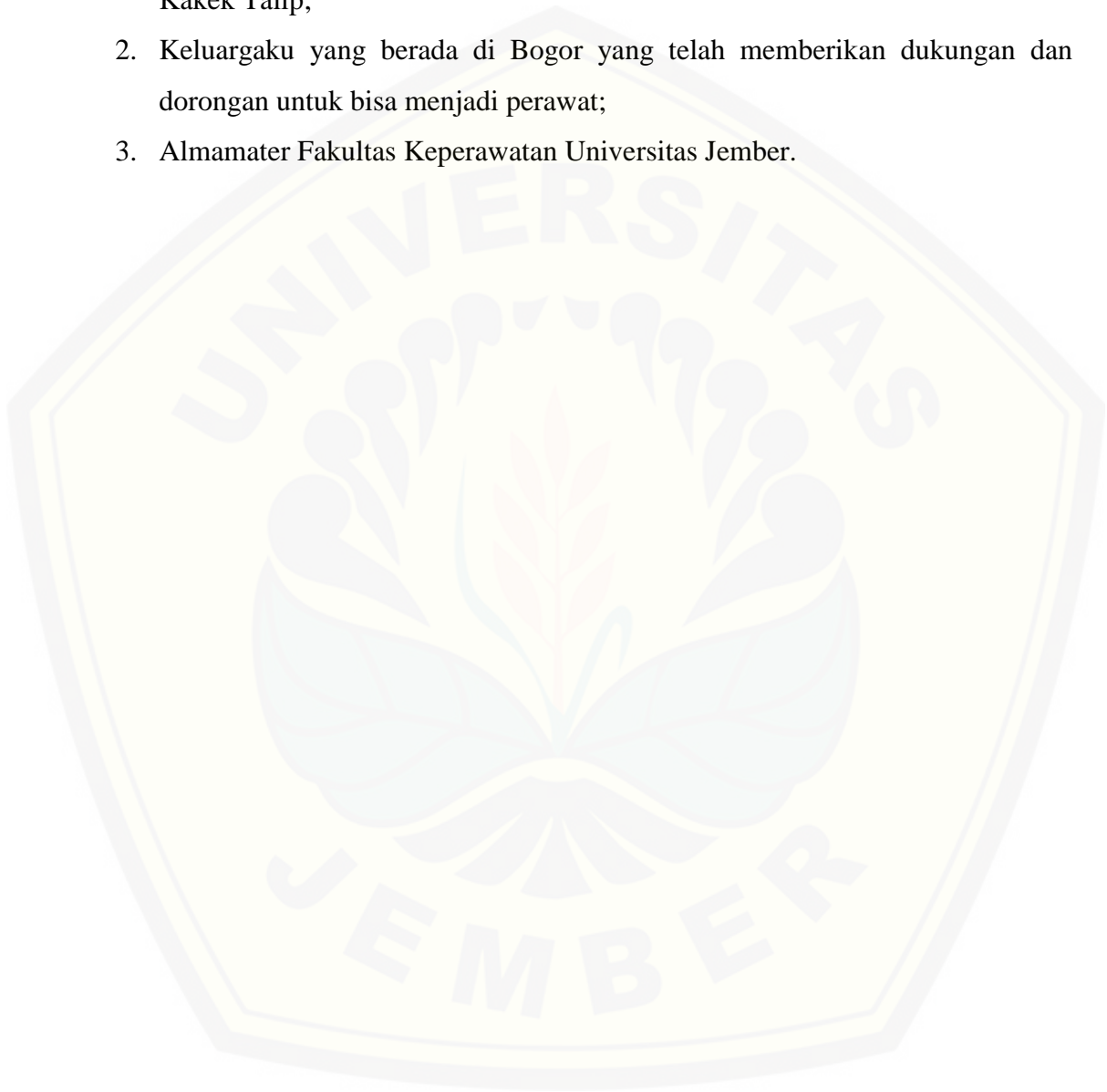
Oleh
Doni Damara
NIM 152303101069

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan rasa syukur kehadiran Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini penulis persembahkan untuk:

1. Bapak Jema'i dan Ibu Suherni tercinta serta adikku Indah Wiat Dewi dan Kakek Talip;
2. Keluargaku yang berada di Bogor yang telah memberikan dukungan dan dorongan untuk bisa menjadi perawat;
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember.



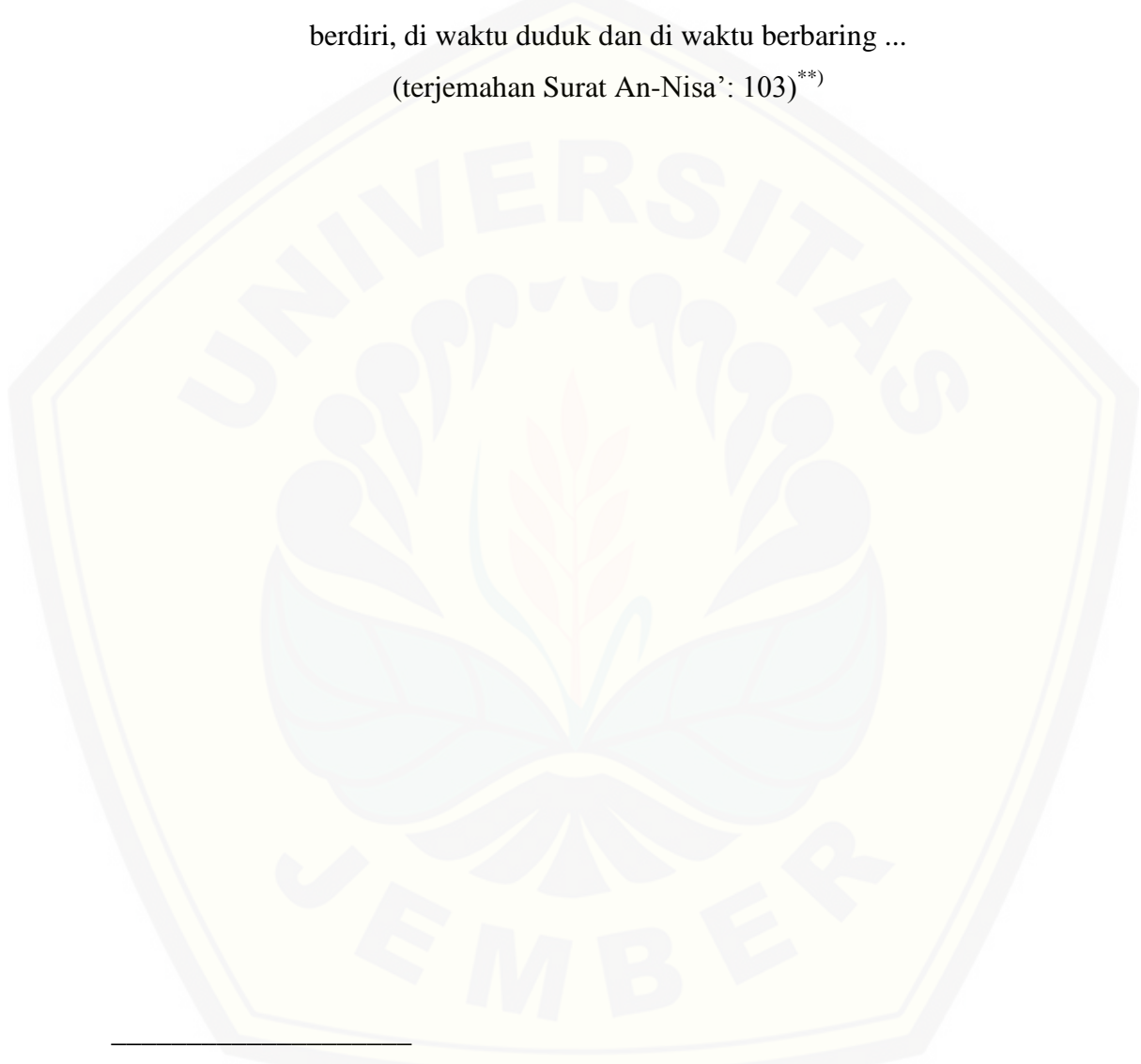
MOTO

Dan ingatlah kepada Tuhanmu jika kamu lupa ...

(terjemahan Surat Al-Kahfi: 24)^{*)}

Maka apabila kamu telah menyelesaikan shalat(mu), ingatlah Allah di waktu berdiri, di waktu duduk dan di waktu berbaring ...

(terjemahan Surat An-Nisa': 103)^{**)}



^{*) **)} Departemen Kementerian Agama Republik Indonesia. 2007. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Jakarta: CV Nala Dana.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

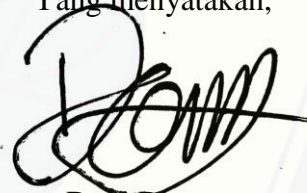
nama : Doni Damara

NIM : 152303101069

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah saya yang berjudul “Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Ny. J dan Ny. P dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018” adalah benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 10 Juli 2018
Yang menyatakan,



Doni Damara
NIM 152303101069

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN DEMENSIA PADA LANSIA NY. J
DAN NY. P DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN PROSES PIKIR
DI UPT PSTW JEMBER
TAHUN 2018**

Oleh
Doni Damara
NIM 152303101069

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep.

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Ny. J dan Ny. J dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 19 Juli 2018

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



Indriana Noor I., S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 19720519 199703 2 003

Anggota I,



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

Anggota II,



Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 19770207 200801 1 019

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Ny. J dan Ny. P dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018. Doni Damara, 152303101069; 64 halaman; Program studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Demensia merupakan sindrom klinis yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Estimasi jumlah penderita demensia Alzhemeir di Indonesia pada tahun 2013 mencapai satu juta orang. Data penderita demensia di Jawa Timur sebesar 7 % dari populasi lansia. Demensia mempengaruhi cara berpikir, kelakuan dan kemampuan untuk melakukan pekerjaan biasa sehari-hari. Fungsi otak cukup banyak terpengaruh sehingga mengganggu pergaulan dan pekerjaan normal penderita. Perubahan-perubahan tersebut akan menimbulkan masalah keperawatan gangguan proses pikir.

Tujuan penulisan ini adalah melaporkan Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Ny. J dan Ny. P dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018. Desain yang digunakan pada penyusunan tugas akhir ini adalah laporan kasus. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua lansia yang mengalami demensia yang memenuhi kriteria partisipan, dengan teknik wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Intervensi yang direncanakan untuk partisipan adalah stimulasi kognitif, latihan memori dan senam otak dengan fokus utama pada senam otak.

Setelah melakukan stimulasi kognitif, latihan memori dan senam otak yang dilakukan 1 kali sehari selama 15 menit didapatkan orientasi kognitif klien mengalami peningkatan dari banyak terganggu menjadi sedikit terganggu, dibuktikan dengan klien mampu mengidentifikasi diri sendiri, orang, tempat saat ini, hari, bulan, tahun, musim, dan peristiwa dengan sedikit bantuan dari penulis, sehingga tujuan tercapai sebagian.

Dari hasil tersebut, diharapkan tindakan senam otak dapat diterapkan minimal 2 hari sekali sebagai tindakan keperawatan pada masalah keperawatan

gangguan proses pikir. Senam otak akan menunjukkan hasil lebih optimal jika dilakukan secara perlahan dan berulang-ulang. Oleh karena itu, kepada peneliti selanjutnya diharapkan kegiatan senam otak dilakukan dengan frekuensi lebih dari 2 kali sehari untuk meningkatkan MMSE klien.



SUMMARY

Dementia in the Elderly Nursing Care Mrs. J and Mrs. P with Nursing Problems of Disturbed Thought Processes in UPT PSTW Jember 2018; Doni Damara, 152303101069; pages; Study Program D3 Nursing Lumajang, Jember University Lumajang Campus.

Dementia is a clinical syndrome that includes loss of intellectual functions and memory were so serious that it causes dysfunction of everyday life. Estimated number of people with dementia Alzhemeir in Indonesia in 2013 reached one million. Data with dementia in East Java of 7% of the elderly population. Dementia affects thinking, behavior and the ability to perform normal daily work. Brain function pretty much affected thereby disrupting the normal work of the association and the patient. Such changes would cause problems nursing disorder thought process.

The purpose of this paper is to report Dementia in the Elderly Nursing Care Mrs. J and Mrs. P with Impaired Nursing Problems in UPT PSTW Thought Process Jember Year 2018. The design used in the preparation of this thesis is a case report. Data collection was conducted against two elderly who have dementia that met criteria for participants, with interview, observation and documentation study. Interventions are planned for participants is cognitive stimulation, memory and brain gym exercises with a primary focus on brain gymnastics.

After conducting cognitive stimulation, memory exercises and brain exercises performed 1 time a day for 15 minutes obtained cognitive orientations clients increased from much disturbed becomes slightly disturbed, evidenced by the client is able to identify yourself, people, places this time, day, month, year seasons and events with a little help from the author, so that the objectives are achieved in part.

From these results, it is expected actions brain exercises can be applied minimal 2 days as the act of nursing at the nursing problem thought process disorder. Gymnastics brain will show a more optimal results if done slowly and repeatedly. Therefore, further research is expected to brain gym activities carried out with a frequency of more than 2 times a day to improve the MMSE clients.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018” dapat terselesaikan dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini di susun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini saya menyampaikan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan tepat waktu. Adapun ucapan terima kasih, saya sampaikan kepada:

1. Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D selaku Rektor Universitas Jember.
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinator Pengelola Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
4. Bapak R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku pembimbing akademik.
5. Bapak Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku pembimbing KTI.
6. Ibu Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep. dan Ibu Primasari Mahardhika Rahmawati, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku penguji di persidangan tugas akhir.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang terdapat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, saya mohon kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan pembuatan Karya Tulis Ilmiah selanjutnya dan saya sampaikan terima kasih.

Lumajang, 10 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN/SUMMARY	viii
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Konsep Lansia	6
2.1.1 Definisi Lansia.....	6
2.1.2 Klasifikasi Lansia	6
2.1.3 Perubahan yang Terjadi pada Lansia.....	7
2.2. Demensia	12
2.2.1 Definisi Demensia.....	12
2.2.2 Stadium Demensia	12
2.2.3 Etiologi Demensia.....	14
2.2.4 Patofisiologi Demensia	14
2.2.5 Faktor Predisposisi Demensia.....	16
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang Demensia	16
2.2.7 Penatalaksanaan Terapi Demensia.....	17
2.2.8 Prognosis Demensia.....	17
2.2.9 Subtipe Demensia	18
2.2.10 Diagnosa Banding Demensia.....	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Proses Pikir	21
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	21
2.3.2 Diagnosis Keperawatan: Gangguan Proses Pikir.....	26
2.3.3 Perencanaan Keperawatan	27
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	33

2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	33
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	34
3.1 Desain Penulisan	34
3.2 Batasan Istilah.....	34
3.3 Partisipan.....	35
3.4 Lokasi dan Waktu.....	35
3.5 Pengumpulan Data.....	35
3.6 Uji Keabsahan Data.....	36
3.7 Analisis Data.....	38
3.8 Etika Penelitian.....	39
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	40
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	40
4.2 Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	40
4.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	40
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	50
4.2.3 Intervensi Keperawatan	51
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	54
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	57
BAB 5. PENUTUP.....	60
5.1 Kesimpulan.....	60
5.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA.....	62
LAMPIRAN	64

DAFTAR GAMBAR

Halaman

2.1 Patofisiologi demensia pada lansia disertai masalah keperawatan	15
4.1 Genogram Klien 1 dan Klien 2	41

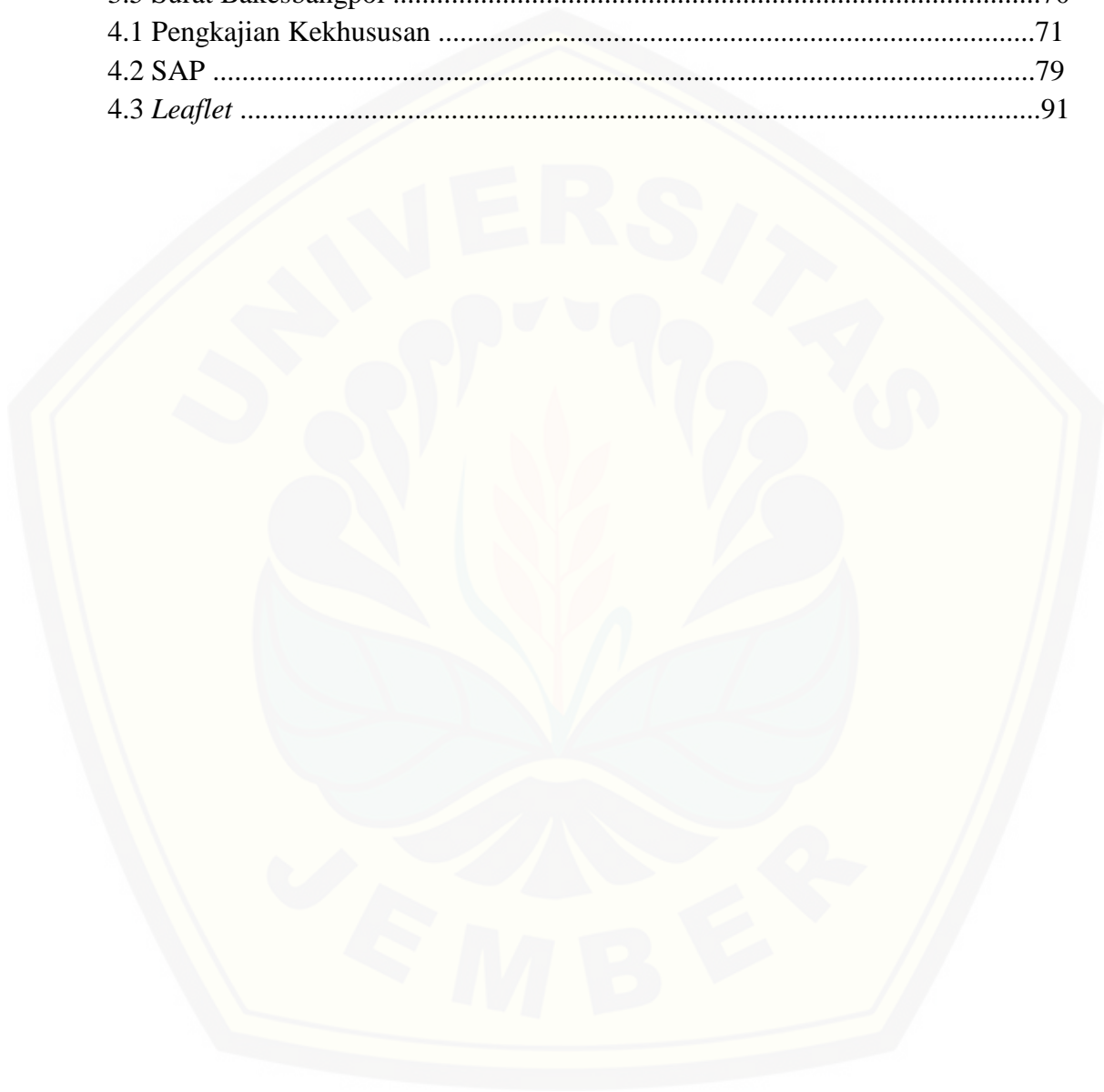


DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Perbedaan antara demensia, delirium dan depresi	20
2.2 Interpretasi MMSE	24
2.3 Intervensi Gangguan Proses Pikir	31
4.1 Data Biografi	40
4.2 Riwayat pekerjaan	42
4.3 Pemukiman	43
4.4 Sanitasi	43
4.5 Fasilitas	44
4.6 Riwayat Rekreasi, Sistem Pendukung, dan Deskripsi Kekhususan	44
4.7 Status kesehatan umum selama setahun dan 5 tahun yang lalu	45
4.8 Pemahaman dan Penatalaksanaan Masalah Kesehatan	46
4.9 Obat-obatan	46
4.10 Status Imunisasi	46
4.11 Alergi dan Penyakit yang diderita	47
4.12 ADL	47
4.13 Tinjauan Sistem	48
4.14 Pengkajian Khusus	49
4.15 Analisa data Klien 1 dan Klien 2	50
4.16 Intervensi Keperawatan pada Gangguan Proses Pikir	51
4.17 Implementasi Keperawatan pada Gangguan Proses Pikir	54
4.18 Evaluasi Keperawatan Klien 1	57
4.19 Evaluasi Keperawatan Klien 2	58

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 <i>Informed Consent</i>	64
3.2 Jadwal Penulisan	66
3.3 Surat Pengambilan Data	67
3.4 Surat Perizinan Pengambilan data UPT PSTW Jember	69
3.5 Surat Bakesbangpol	70
4.1 Pengkajian Kekhususan	71
4.2 SAP	79
4.3 <i>Leaflet</i>	91



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kurang dari empat tahun Indonesia akan memiliki struktur penduduk yang tua, yaitu persentase penduduk yang berusia 60 tahun atau lebih paling tidak 10%. Seiring dengan peningkatan jumlah penduduk lanjut usia terjadi juga peningkatan jumlah penduduk dengan penyakit degeneratif seperti demensia (Survey Meter, 2016).

Diperkirakan demensia di seluruh dunia pada tahun 2015 sejumlah 47.470.000 jiwa, meningkat mencapai 75.630.000 pada tahun 2030 dan 135.460.000 pada tahun 2050. Angka-angka yang dilaporkan di sini lebih tinggi dari perkiraan semula dilaporkan dalam *World Alzheimer 2009* (WHO, 2015). Ada sekitar 47 juta jiwa yang menderita demensia Alzheimer di dunia, dan sebanyak 22 juta jiwa di antaranya berada di Asia. Estimasi jumlah penderita demensia Alzhemeir di Indonesia pada tahun 2013 mencapai satu juta orang (Kemenkes RI, 2016). Data penderita demensia di Jawa Timur sebesar 7 % dari populasi lansia (Wilda & Kusuma, 2016).

Dari hasil studi pendahuluan pada tanggal 12 Maret 2018 di UPT PSTW Jember terdapat 140 lansia, terdapat 45 lansia yang mengalami demensia, terdiri dari 14 laki-laki dan 31 perempuan.

Proses menua terjadi secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga perubahan mental, perubahan spiritual, perubahan psikososial dan perubahan fungsi kognitif (Kholifah, 2016).

Perubahan fisik terdiri dari perubahan sistem indra, sistem integumen, sistem muskuloskeletal, sistem kardiovaskuler, sistem respirasi, pencernaan dan metabolisme, sistem perkemihan, sistem saraf, dan sistem reproduksi. Pada perubahan mental terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi yaitu: organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), lingkungan, gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian, gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan, kehilangan hubungan dengan teman dan famili, dan hilangnya kekuatan, ketegapan fisik, perubahan terhadap

gambaran diri, perubahan konsep diri. Pada perubahan spiritual, agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak sehari-hari. Perubahan pada psikososial meliputi kesepian, duka cita (*Bereavement*), depresi, gangguan cemas, parafrenia, dan sindroma diogenes. Dan pada perubahan fungsi kognitif terdapat perubahan memori, IQ (*Intelligent Quotient*), kemampuan belajar, kemampuan pemahaman, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, kebijaksanaan, kinerja, dan motivasi (Kholifah, 2016). Selain melihat gejalanya, fungsi kognitif tersebut dapat diukur dengan menggunakan *Mini Mental State Examination* (MMSE), alat ini digunakan secara luas sebagai alat ukur standar (Sundariyati, Ratep, & Westa, 2014). Perubahan/penurunan fungsi kognitif ini terdiri dari normal, *mild cognitive impairment* (MCI) dan demensia (Sundariyati, Ratep, & Westa, 2014).

Demensia mempengaruhi cara berpikir, kelakuan dan kemampuan untuk melakukan pekerjaan biasa sehari-hari. Fungsi otak cukup banyak terpengaruh sehingga mengganggu pergaulan dan pekerjaan normal penderita (Alzheimer's Australia, 2016).

Ditinjau dari gejalanya, Demensia dibagi menjadi beberapa stadium, yaitu stadium awal, stadium menengah, dan stadium lanjut. Pada stadium awal terdapat kesulitan dalam berbahasa, mengalami kemunduran daya ingat secara bermakna, disorientasi waktu dan tempat, sering tersesat ditempat yang biasa dikenal, kesulitan membuat keputusan, kehilangan inisiatif dan motivasi, menunjukkan gejala depresi dan agitasi, dan kehilangan minat dalam hobi dan aktivitas. Stadium menengah memiliki gejala seperti sangat mudah lupa, terutama untuk peristiwa yang baru dan nama orang, tidak dapat mengelola kehidupan sendiri tanpa timbul masalah, tidak dapat memasak, membersihkan rumah, ataupun berbelanja, sangat bergantung pada orang lain, semakin sulit berbicara, membutuhkan bantuan untuk kebersihan diri (ke toilet, mandi, dan berpakaian), senang mengembara/ "ngeluyur" tanpa tujuan, adanya gangguan kepribadian, sering tersesat, walaupun jalan tersebut telah dikenal (tersesat dirumah sendiri), dapat juga menunjukkan adanya halusinasi. Stadium lanjut gejalanya berupa: ketidakmandirian dan inaktif yang total, tidak mengenali lagi anggota keluarga

(disorientasi personal), sukar memahami dan menilai peristiwa, tidak mampu menemukan jalan disekitar rumah sendiri, kesulitan berjalan, mengalami inkontinensia (berkemih atau defekasi), menunjukkan perilaku tidak wajar di masyarakat, dan akhirnya bergantung pada kursi roda/tempat tidur (Nugroho, 2008).

Dalam ketiga stadium tersebut, gejala yang terjadi pada setiap stadium adalah perubahan daya ingat, disorientasi waktu dan tempat, kesulitan berbahasa, dan kesulitan membuat keputusan. Perubahan-perubahan tersebut akan menimbulkan masalah keperawatan gangguan proses pikir. Apabila gangguan proses pikir tidak di atasi dengan benar akan menimbulkan masalah keperawatan baru seperti, risiko cedera, *wandering*, defisit perawatan diri, perubahan nutrisi: kurang atau lebih dari kebutuhan tubuh, isolasi sosial, perubahan persepsi sensori, dan hambatan komunikasi verbal.

Untuk mencegah timbulnya masalah keperawatan lain, gangguan proses pikir harus di atasi dengan intervensi keperawatan meliputi stimulasi kognitif (misalnya: orientasikan terhadap waktu, tempat, dan orang; rangsang memori dengan mengulang pemikiran terakhir klien; gunakan alat bantu memori: ceklis, jadwal, dan catatan peringatan), manajemen demensia (misalnya: perkenalkan diri saat memulai kontak; berikan satu arahan sederhana pada suatu waktu; dan bicara dengan suara jelas, rendah, hangat, dan nada menghormati), dan latihan memori (misalnya: stimulasi ingatan dengan cara mengulangi pemikiran klien yang terakhir diekspresikan, dengan cara yang tepat; beri latihan orientasi, misalnya klien berlatih mengenai informasi pribadi dan tanggal, dengan cara yang tepat; dan koreksi kesalahan orientasi klien) (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016). Intervensi lain yang bisa diterapkan pada lansia yang mengalami masalah gangguan proses pikir adalah melakukan kegiatan harian teratur dan sistematis, meliputi latihan fisik untuk memacu aktivitas fisik dan otak yang baik (*Brain gym*) (Munir, 2015). Para lansia pun harus memperhatikan asupan makanan seperti asupan tinggi karbohidrat yang dapat meningkatkan skor MMSE. Asupan lemak dan lemak jenuh yang berlebihan dapat meningkatkan resiko demensia. Asupan protein yang cukup dapat menghindari terjadinya abnormalitas asam amino yang berguna untuk sintesis neurotransmitter (Purnakarya, 2009).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melaporkan lebih jauh penelitian “Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Ny. J dan Ny. P Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Ny. J dan Ny. P dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018?

1.3 Tujuan Penelitian

Melaporkan Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Ny. J dan Ny. P dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Intitusi Pendidikan

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

1.4.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan karakteristik demensia pada lansia.

1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan, Khususnya Perawat Lansia

Sebagai bahan masukan dan pertimbangan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang optimal untuk merawat klien lansia demensia selanjutnya.

1.4.4 Bagi Penulis Lebih Lanjut

Sebagai data dan pemikiran untuk penulisan lebih lanjut mengenai lansia dengan demensia.

1.4.5 Bagi Responden Penelitian

Tugas akhir ini diharapkan dapat meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatan responden untuk mencapai kesehatan serta memberikan masukan dan pengetahuan dalam bentuk penyuluhan kepada responden. Senam otak juga dilakukan secara perlahan dan berulang-ulang. Dengan melakukan senam otak 1 kali dalam 1 hari dapat meningkatkan nilai MMSE pada klien lansia.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab tinjauan pustaka ini, menguraikan tentang landasan teori yang meliputi konsep lansia, konsep Demensia, dan konsep Asuhan Keperawatan dengan masalah keperawatan Gangguan Proses Pikir pada Demensia. Literatur yang digunakan dalam bab ini antara lain, yaitu buku, internet dan jurnal.

2.1. Konsep Lansia

2.1.1 Definisi 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 ke atas (Infodatin Kemenkes RI, 2014).

Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya (Padila, 2013).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

a. Menurut WHO

Menurut Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization) yang dikatakan lanjut usia tersebut di bagi kedalam tiga kategori yaitu:

- 1) Usia lanjut : 60 – 74 tahun
- 2) Usia tua : 75 – 89 tahun
- 3) Usia sangat lanjut : > 90 tahun

b. Menurut Dep. Kes. RI

Departemen kesehatan Republik Indonesia membaginya lanjut usia menjadi sebagai berikut:

- 1) Kelompok menjelang usia lanjut (45 – 54 tahun), keadaan ini dikatakan
- 2) sebagai masa virilitas.
- 3) Kelompok usia lanjut (55 – 64 tahun) sebagai masa presenium.
- 4) Kelompok usia lanjut (>65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium.

c. Menurut Birren dan Jenner tahun 1977

Birren dan Jenner mengusulkan untuk membedakan antara:

- 1) Usia biologis, yang menunjuk pada jangka waktu seseorang sejak lahirnya berada dalam keadaan hidup, tidak mati.
- 2) Usia psikologis, menunjuk kepada kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian-penyesuaian kepada situasi hidupnya.
- 3) Usia sosial, yang menunjukkan kepada peran yang di harapkan atau diberikan masyarakat kepada seseorang sehubungan dengan usianya.

d. Menurut Bernice Neugarden tahun 1975

Membagi lanjut usia menjadi dua bagian yaitu:

- 1) Lanjut usia muda yang berumur antara (55 – 75) tahun.
- 2) Lanjut usia tua yaitu yang mereka yang berumur lebih dari 75 tahun.

e. Levinson tahun 1978

Membaginya orang lanjut usia menjadi 3 kelompok yaitu:

- 1) Orang lanjut usia peralihan awal (50 – 55) tahun.
- 2) Orang lanjut usia peralihan menengah (55 – 60) tahun.
- 3) Orang lanjut usia peralihan akhir (60 – 65) tahun.

f. Menurut UU no. 13 tahun 1998

Batasan orang dikatakan lansia berdasarkan, UU No. 13 tahun 1998 adalah 60 tahun. Depkes dikutip dari Azis (1994) lebih lanjut membuat penggolongan lansia menjadi 3 (tiga) kelompok yaitu:

- 1) Kelompok lansia dini (55 – 64 tahun), yakni kelompok yang baru memasuki lansia.
- 2) Kelompok lansia (65 tahun ke atas).
- 3) Kelompok lansia resiko tinggi, yakni lansia yang berusia lebih dari 70 tahun. (Aspiani, 2014)

2.1.3 Perubahan yang Terjadi pada Lansia

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama

terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 60 tahun.

2) Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, *ligament* dan fascia mengalami penuaan elastisitas.

4) Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

5) Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi

kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

6) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

7) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

9) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya *ovary* dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

b. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental (Kholifah, 2016):

- 1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
- 2) Kesehatan umum.
- 3) Tingkat pendidikan.
- 4) Keturunan (hereditas).
- 5) Lingkungan.
- 6) Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
- 7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan.
- 8) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.

9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

c. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

d. Perubahan Psikososial

1) Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

2) Duka cita (*Bereavement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

3) Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

4) Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

5) Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

6) Sindroma *Diogenes*

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali (Kholifah, 2016).

e. Perubahan Fungsi Kognitif

- 1) Memory (Daya ingat, Ingatan).
- 2) IQ (Intellegent Quotient).
- 3) Kemampuan Belajar (Learning).
- 4) Kemampuan Pemahaman (Comprehension).
- 5) Pemecahan Masalah (Problem Solving).
- 6) Pengambilan Keputusan (Decision Making).
- 7) Kebijaksanaan (Wisdom).
- 8) Kinerja (Performance).
- 9) Motivasi (Kholifah, 2016).

Penurunan fungsi kognitif ini terdiri dari normal, *mild cognitive impairment* dan demensia (Sundariyati, Ratep, & Westa, 2014). Pada dasarnya, fungsi kognitif akan mengalami penurunan secara normal seiring dengan penambahan usia. Selain itu, ada faktor risiko yang dapat memengaruhi penurunan fungsi kognitif yaitu keturunan dari keluarga, tingkat pendidikan, cedera otak, racun, tidak melakukan aktivitas fisik, dan penyakit kronik seperti parkinson, jantung, stroke serta diabetes (Sauliyusta & Rekawati, 2016).

Fase transisi gangguan kognisi antara proses penuaan normal dan awal Demensia Alzheimer (DA) dikenal sebagai *mild cognitive impairment* (MCI). Kriteria diagnosis kondisi pra-demensia MCI meliputi adanya keluhan memori subjektif, terutama yang dikemukakan oleh keluarga, disertai dengan hasil pemeriksaan kognisi yang abnormal sesuai dengan usia dan tingkat pendidikan. Defisit tidak boleh atau hanya sedikit mempengaruhi fungsi intelektual global dan kemampuan dalam melakukan aktivitas hidup keseharian. Klien tidak boleh menunjukkan bukti mengalami demensia. Klasifikasi MCI sekarang diperluas meliputi domain kognitif lain seperti fungsi eksekutif dan bahasa, sehingga

memungkinkan adanya pembagian MCI non amnestik atau amnestik domain tunggal dan mutipel (Ong, 2015).

Demensia mempengaruhi cara berpikir, kelakuan dan kemampuan untuk melakukan pekerjaan biasa sehari-hari. Fungsi otak cukup banyak terpengaruh sehingga mengganggu pergaulan dan pekerjaan normal penderita (Alzheimer's Australia, 2016).

2.2. Demensia

2.2.1 Definisi Demensia

Demensia adalah sindrom klinis yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. (Nugroho, 2008)

Demensia adalah sindrom, di mana ada penurunan fungsi kognitif (yaitu kemampuan untuk memproses pikiran) melampaui apa yang dapat diharapkan dari penuaan normal. (WHO, 2016)

2.2.2 Stadium Demensia

a. Stadium awal

Gejala stadium awal sering diabaikan dan disalahartikan sebagai usia lanjut atau sebagai bagian normal dari proses otak menua, oleh para profesional, anggota keluarga, dan orang terdekat penyandang demensia. Karena proses penyakit berjalan sangat lambat, sulit sekali untuk menentukan kapan proses ini dimulai. Klien menunjukkan gejala sebagai berikut: (Nugroho, 2008)

- 1) Kesulitan dalam berbahasa
- 2) Mengalami kemunduran daya ingat secara bermakna
- 3) Disorientasi waktu dan tempat
- 4) Sering tersesat ditempat yang biasa dikenal
- 5) Kesulitan membuat keputusan
- 6) Kehilangan inisiatif dan motivasi
- 7) Menunjukkan gejala depresi dan agitasi
- 8) Kehilangan minat dalam hobi dan aktivitas.

b. Stadium menengah

Proses penyakit berlanjut dan masalah menjadi semakin nyata. Pada stadium ini, klien mengalami kesulitan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dan menunjukkan gejala sebagai berikut:

- 1) Sangat mudah lupa, terutama untuk peristiwa yang baru dan nama orang.
- 2) Tidak dapat mengelola kehidupan sendiri tanpa timbul masalah.
- 3) Tidak dapat memasak, membersihkan rumah, ataupun berbelanja.
- 4) Sangat bergantung pada orang lain.
- 5) Semakin sulit berbicara
- 6) Membutuhkan bantuan untuk kebersihan diri (ke toilet, mandi, dan berpakaian).
- 7) Senang mengembara/"ngeluyur" tanpa tujuan. Ngeluyur ini bisa berupa:
 - a) *Checking* = berulang kali mencari pemberi asuhan
 - b) *Trailing* = terus membuntuti pemberi asuhan
 - c) *Pottering* = terus berkeliling rumah
- 8) Terjadi perubahan perilaku.
- 9) Adanya gangguan kepribadian.
- 10) Sering tersesat, walaupun jalan tersebut telah dikenal (tersesat dirumah sendiri).
- 11) Dapat juga menunjukkan adanya halusinasi.

c. Stadium lanjut

Pada stadium ini, terjadi:

- 1) Ketidakmandirian dan inaktif yang total
- 2) Tidak mengenali lagi anggota keluarga (disorientasi personal)
- 3) Sukar memahami dan menilai peristiwa
- 4) Tidak mampu menemukan jalan disekitar rumah sendiri
- 5) Kesulitan berjalan
- 6) Mengalami inkontinensia (berkemih atau defekasi)
- 7) Menunjukkan perilaku tidak wajar di masyarakat
- 8) Akhirnya bergantung pada kursi roda/tempat tidur.

2.2.3 Etiologi Demensia

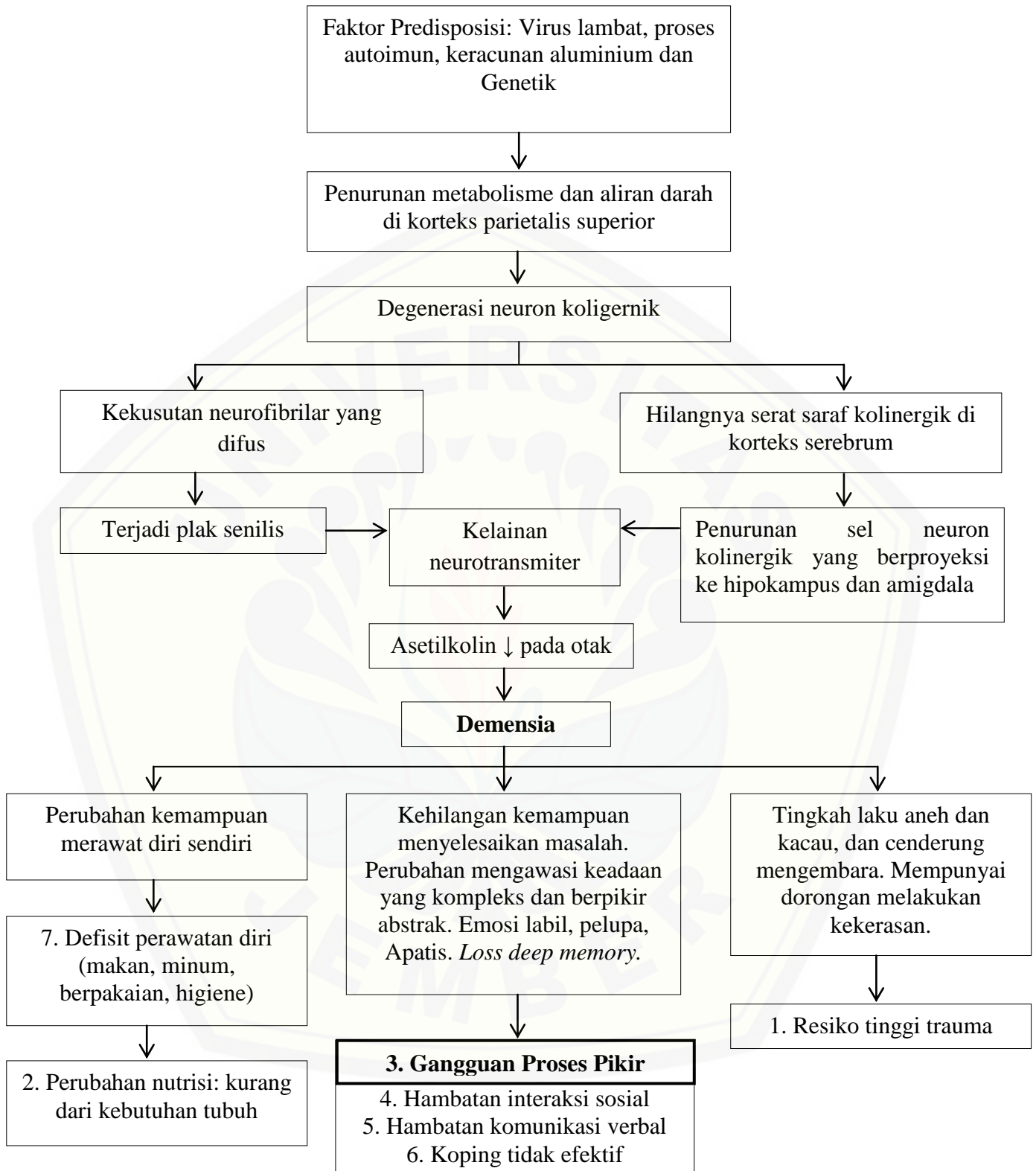
Ada beberapa penyebab terjadinya demensia (pikun) antara lain (Singhealth, 2014):

- a. Penyakit degeneratif
 - 1) Penyakit Alzheimer
 - 2) Demensia tubuh Lewy
 - 3) Demensia Fronto-temporal
- b. Penyakit serebrovaskular
- c. Trauma
- d. Penyakit menular
- e. Hidrosefalus tekanan normal
- f. Tumor otak
- g. Depresi
- h. Gangguan autoimun
- i. Kecanduan alkohol
- j. Gangguan metabolisme
- k. Ketidakseimbangan elektrolit
- l. Masalah tiroid
- m. Kekurangan Vitamin B12

2.2.4 Patofisiologi Demensia

Hal lain yang masih terus diselidiki oleh para peneliti adalah neurotransmitter peptida, oleh karena somastostatin menurun pada otak penyakit alzheimer. Faktor tambahan lain yang masih dalam penyelidikan adalah neurotoksisitas dari alumunium. Crapper (1979) menyatakan bahwa ada kegagalan dalam sistem transpor membran pada klien dengan penyakit alzheimer, yang memungkinkan interaksi antara alumunium dan kromatin yang menyebabkan perubahan patologis dalam sintesis protein dan perubahan neurofibrilar (Muttaqin, 2011).

a. Patofisiologi Demensia



Gambar 2.1 Patofisiologi demensia pada lansia disertai masalah keperawatan (Muttaqin, 2011).

2.2.5 Faktor Predisposisi Demensia

Faktor predisposisi dan risiko penyakit ini adalah: (Nugroho, 2008)

- a. Lanjut usia (usia di atas 65 tahun)
- b. Genetik/keturunan, riwayat keluarga mempunyai peran 40%, mutasi kromosom 1, 14, 19, dan 21
- c. Trauma kepala
- d. Kurang pendidikan
- e. Hipertensi sistolik
- f. Sindrom Down
- g. Lingkungan, keracunan aluminium
- h. Depresi
- i. Gangguan imunitas
- j. Stroke
- k. Diabetes mellitus
- l. Penyakit parkinson stadium lanjut
- m. Infeksi otak

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang Demensia

Diagnosis pasti diperoleh melalui autopsi (bedah otak mayat) atau biopsi otak.

Bisa pula dikerjakan menurut tahapan algoritme berikut: (Nugroho, 2008)

- a. Ada keluhan gangguan ingatan/memori atau kognitif, daya pikir, misalnya adanya perubahan berupa kurang lancarnya bicara dan fungsi eksekutif yang terganggu.
- b. Anamnesis riwayat keluhan dari klien dan relasi yang terdekat/terpercaya.
- c. Pemeriksaan skrining neuropsikologis/kognitif MMSE (*Mini Mental State Examination*), skrining 7 menit. Tes ini yang paling sering dipakai.
- d. Diagnostik fisik:
 - 1) *CT scan*
 - 2) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*
 - 3) *Positron Emission Tomography (PET)*
 - 4) *Single Photo Emission Computed Tomography (SPECT)*
- e. Pemeriksaan neurologis lengkap
- f. Pemeriksaan laboratorium darah dan radiologi

- g. Pemeriksaan EEG (*Electroencephalogram*), walaupun tidak memberi gambaran spesifik demensia alzheimer
- h. Pemeriksaan DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*)
- i. Pemeriksaan kriteria NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Disorder and Alzheimer Disease and Related Disorder Association*).

2.2.7 Penatalaksanaan Terapi Demensia

a. Terapi farmakologi untuk klien demensia:

- 1) Anti-oksidan: vitamin E yang terdapat dalam sayuran, kuning telur, margarin, kacang-kacangan, minyak sayur, bisa menurunkan risiko alzheimer. Vitamin C dapat mengurangi radikal bebas (mis., sayuran, stroberi, melon, tomat, brokoli).
- 2) Obat anti-inflamasi
- 3) Obat penghambat asetilkolin esterase (mis., Exelon).

b. Terapi non farmakologis meliputi:

- 1) Penyampaian informasi yang benar kepada keluarga
- 2) Program harian untuk klien
- 3) Istirahat yang cukup
- 4) *Reality orientation training* (ROT) atau orientasi realitas
- 5) Validasi/rehabilitasi/*reminisence*
- 6) Terapi musik
- 7) Terapi rekreasi
- 8) *Brain movement and exercise* (gerak dan latihan otak)
- 9) Aroma terapi (terapi wangi-wangian) (Nugroho, 2008)

2.2.8 Prognosis Demensia

Semua jenis demensia bersifat progresif. Ini berarti bahwa struktur dan kimia otak menjadi semakin rusak dari waktu ke waktu. Kemampuan seseorang untuk mengingat, memahami, berkomunikasi dan alasan secara bertahap menurun. Seberapa cepat kemajuan demensia tergantung pada individu. Setiap orang adalah unik dan mengalami demensia dengan cara mereka sendiri. (Alzheimer's Society, 2017)

Cara orang mengalami demensia tergantung pada banyak faktor, termasuk menyiapkan fisik, ketahanan emosional dan dukungan yang tersedia bagi mereka. Melihat demensia sebagai serangkaian tahapan dapat menjadi cara yang berguna untuk memahami penyakit, tetapi penting untuk menyadari bahwa ini hanya menyediakan panduan kasar untuk kemajuan kondisi. (Alzheimer's Society, 2017)

Angka survival rata-rata setelah munculnya onset awal dari gejala Alzheimer adalah sekitar 8-10 tahun. Faktor-faktor yang membantu progresivitas penyakit adalah adanya gejala ekstrapiramidal, adanya gejala-gejala psikotik, onset pada usia muda dan disfungsi kognitif yang dini. (Medicine Stuffs, 2017)

2.2.9 Subtipe Demensia

a. Penyakit Alzheimer

Penyakit Alzheimer (PA) masih merupakan penyakit neurodegeneratif yang tersering ditemukan (60-80%). Karakteristik klinik berupa penurunan progresif memori episodik dan fungsi kortikal lain. Gangguan motorik tidak ditemukan kecuali pada tahap akhir penyakit. Gangguan perilaku dan ketergantungan dalam aktivitas hidup keseharian menyusul gangguan memori episodik mendukung diagnosis penyakit ini. Penyakit ini mengenai terutama lansia (>65 tahun) walaupun dapat ditemukan pada usia yang lebih muda. Diagnosis klinis dapat dibuat dengan akurat pada sebagian besar kasus (90%) walaupun diagnosis pasti tetap membutuhkan biopsi otak yang menunjukkan adanya plak neuritik (deposit β -amiloid40 dan β -amiloid42) serta *neurofibrillary tangle* (*hypertphosphorylated protein tau*). Saat ini terdapat kecenderungan melibatkan pemeriksaan biomarka neuroimaging (MRI struktural dan fungsional) dan cairan otak (β -amiloid dan protein tau) untuk menambah akurasi diagnosis.

b. Demensia Vaskuler

Vascular Cognitive Impairment (VCI) merupakan terminologi yang memuat defisit kognisi yang luas mulai dari gangguan kognisi ringan sampai demensia yang dihubungkan dengan faktor risiko vaskuler. Penuntun praktik klinik ini hanya fokus pada demensia vaskuler (DV). DV adalah penyakit heterogen dengan patologi vaskuler yang luas termasuk infark tunggal strategi, demensia multi-infark, lesi kortikal iskemik, stroke perdarahan, gangguan hipoperfusi, gangguan hipoksik dan demensia tipe campuran (PA dan stroke / lesi

vaskuler). Faktor risiko mayor kardiovaskuler berhubungan dengan kejadian aterosklerosis dan DV. Faktor risiko vaskuler ini juga memacu terjadinya stroke akut yang merupakan faktor risiko untuk terjadinya DV. CADASIL (*cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencefalopathy*), adalah bentuk *small vessel disease* usia dini dengan lesi iskemik luas *white matter* dan stroke lakuner yang bersifat herediter.

c. Demensia *Lewy Body* Dan Demensia Penyakit Parkinson

Demensia *Lewy Body* (DLB) adalah jenis demensia yang sering ditemukan. Sekitar 15-25% dari kasus otopsi demensia menemui kriteria demensia ini. Gejala inti demensia ini berupa demensia dengan fluktuasi kognisi, halusinasi visual yang nyata (*vivid*) dan terjadi pada awal perjalanan penyakit orang dengan Parkinsonism. Gejala yang mendukung diagnosis berupa kejadian jatuh berulang dan sinkope, sensitif terhadap neuroleptik, delusi dan atau halusinasi modalitas lain yang sistematis. Juga terdapat tumpang tindih temuan patologi antara DLB dan PA. Namun secara klinis orang dengan DLB cenderung mengalami gangguan fungsi eksekutif dan visuospasial sedangkan performa memori verbalnya relatif baik jika dibanding dengan PA yang terutama mengenai memori verbal.

Demensia Penyakit Parkinson (DPP) adalah bentuk demensia yang juga sering ditemukan. Prevalensi DPP 23-32%, enam kali lipat dibanding populasi umum (3-4%). Secara klinis, sulit membedakan antara DLB dan DPP. Pada DLB, awitan demensia dan Parkinsonism harus terjadi dalam satu tahun sedangkan pada DPP gangguan fungsi motorik terjadi bertahun-tahun sebelum demensia (10-15 tahun).

d. Demensia Frontotemporal

Demensia Frontotemporal (DFT) adalah jenis tersering dari Demensia Lobus Frontotemporal (DLFT). Terjadi pada usia muda (*early onset dementia/EOD*) sebelum umur 65 tahun dengan rerata usia adalah 52,8 - 56 tahun. Karakteristik klinis berupa perburukan progresif perilaku dan atau kognisi pada observasi atau riwayat penyakit. Gejala yang menyokong yaitu pada tahap dini (3 tahun pertama) terjadi perilaku disinhibisi, apati atau inersia, kehilangan simpati/empati, perseverasi, stereotipi atau perilaku kompulsif/ritual,

hiperoralitas/perubahan diet dan gangguan fungsi eksekutif tanpa gangguan memori dan visuospasial pada pemeriksaan neuropsikologi. Pada pemeriksaan CT/MRI ditemukan atrofi lobus frontal dan atau anterior temporal dan hipoperfusi frontal atau hipometabolism pada SPECT atau PET. Dua jenis DLFT lain yaitu Demensia Semantik (DS) dan *Primary Non-Fluent Aphasia* (PNFA), dimana gambaran disfungsi bahasa adalah dominan disertai gangguan perilaku lainnya. Kejadian DFT dan Demensia Semantik (DS) masing-masing adalah 40% dan kejadian PNFA sebanyak 20% dari total DLFT.

e. Demensia Tipe Campuran

Koeksistensi patologi vaskuler pada PA sering terjadi. Dilaporkan sekitar 24-28% orang dengan PA dari klinik demensia yang diotopsi. Pada umumnya klien demensia tipe campuran ini lebih tua dengan penyakit komorbid yang lebih sering. Patologi Penyakit Parkinson ditemukan pada 20% orang dengan PA dan 50% orang dengan DLB memiliki patologi PA (Ong, 2015).

2.2.10 Diagnosa Banding Demensia

Walaupun delirium dan demensia dapat terjadi bersamaan, dalam praktik klinis demensia harus dibedakan dari delirium dan depresi (Ong, 2015).

Tabel 2.1 Perbedaan antara demensia, delirium dan depresi

Gejala	Demensia	Delirium	Depresi
Awitan	Perlahan	Akut	Bertahap
Durasi	Bulan/tahun	Jam/hari/minggu	Minggu/beberapa bulan
Perjalanan	Bertahap progresif	Fluktuasi, memburuk pada malam hari, periode <i>lucid</i> fluktuasi	Memburuk pada pagi hari dan membaik pada malam hari
<i>Alertness</i>	Normal	Fluktuasi	Tidak tertarik, sering menjawab tidak tahu
Orientasi	Biasanya disorientasi waktu dan tempat	Selalu terganggu	Biasanya normal
Memori	Terganggu memori baru dan terkadang memori jangka panjang	Gangguan memori baru	Memori baru mungkin terganggu, memori lama utuh
Pikiran	Lambat dan perseveratif	Sering beda dari kenyataan	Lambat, preokupasi, sedih dan putus asa
Persepsi	Sering normal, halusinasi visual 30-40%	Halusinasi visual dan auditori sering	20% dengan <i>mood congruent halusinasi</i>
Emosi	Apatetik, labil dan iritabel	Iritabel, agresif atau ketakutan	Mendatar, sedih, tidak responsif. Mungkin iritabel
Tidur	Terganggu, <i>wandering</i> atau konfusi malam	Konfusi malam	Terbangun pagi hari
Lainnya		Penyakit fisik lain jelas	Gangguan mood sebelumnya atau riwayat keluarga

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Proses Pikir

2.3.1 Pengkajian Keperawatan (Aspiani, 2014)

a. Identitas Klien

Demensia lebih sering terjadi pada kelompok usia lanjut, 50% populasi berusia lebih dari 85 tahun (Muttaqin, 2011).

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien dan keluarga untuk meminta pertolongan kesehatan adalah penurunan daya ingat, perubahan kognitif, dan kelumpuhan gerak ekstremitas (Muttaqin, 2011).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada anamnesis, klien mengeluhkan sering lupa dan hilangnya ingatan yang baru. Pada beberapa kasus, keluarga atau *caregiver* sering mengeluhkan bahwa klien sering mengalami tingkah laku aneh dan kacau serta sering keluar rumah sendiri tanpa meminta izin pada anggota keluarga yang lain atau *caregiver* sehingga sangat meresahkan anggota atau *caregiver* yang menjaga klien.

Pada tahap lanjut dari penyakit, keluarga atau *caregiver* sering mengeluhkan bahwa klien menjadi tidak dapat mengatur buang air, tidak dapat mengurus keperluan dasar sehari-hari, atau mengenali anggota keluarga/*caregiver* (Muttaqin, 2011).

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 di kaji 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 komplikasi penyakit lain yang dapat mempercepat progresifnya penyakit (Muttaqin, 2011).

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami masalah psikososial: Demensia biasanya lemah (Aspiani, 2014).

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya *Composmentis*.

3) Tanda-Tanda Vital:

a) Suhu: hipotermia mempengaruhi sistem saraf pusat. Hipotermia ringan mendepresikan otak dan menyebabkan confusi, apatis, psikomotor menurun. Hipotermia moderat menurunkan kesadaran dan menyebabkan halusinasi. Hipotermia berat dapat menyebabkan koma (Sunaryo, 2016).

b) Nadi: klien dengan demensia alzheimer dapat mengalami bradikardi (Muttaqin, 2011).

c) Tekanan darah yang meningkat dapat mengalami demensia pada lansia (Maulidia, Rosalina, & Yunita, 2016).

d) Pernapasan pada klien dengan demensia alzheimer akan mengalami penurunan frekuensi pernapasan (Muttaqin, 2011).

4) Pemeriksaan *Review Of System* (ROS) (Aspiani, 2014):

a) Sistem pernapasan (B1 : *Breathing*)

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi napas atau masih dalam batas normal.

b) Sistem sirkulasi (B2 : *Bleeding*)

Tidak ditemukan adanya 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, penurunan berat badan, kadang konstipasi.

f) Sistem muskuloskeletal (B6 : *Bone*)

Klien mengalami gangguan dalam pemenuhan aktivitas.

g. Pola fungsi kesehatan

Yang perlu dikaji adalah aktifitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya masalah psikososial demensia (Aspiani, 2014):

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

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

2) Pola nutrisi

Klien dapat mengalami makan berlebih/berkurang karena kadang lupa apakah sudah makan atau belum.

3) Pola eliminasi: Tidak ada masalah terkait dengan pola eliminasi.

4) Pola tidur dan istirahat: Klien mengalami insomnia.

5) Pola aktifitas dan istirahat

Klien mengalami gangguan dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari karena penurunan minat. Pengkajian kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari dapat menggunakan Indeks KATZ. Dari hasil Indeks KATZ pada klien demensia pada stadium menengah bisa sampai pada skor D serta untuk klien demensia dengan stadium lanjut dengan skor Indeks KATZ: G karena hanya duduk di kursi roda dan berbaring ditempat tidur.

6) 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. Pada APGAR keluarga fungsi sosial klien dengan demensia terganggu dengan gejala-gejala yang muncul pada demensia.

7) Pola sensori dan kognitif

Klien mengalami kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan minat dan motivasi, mudah lupa, gagal dalam melaksanakan tugas, cepat marah, disorientasi. Untuk mengetahui status mental klien dapat dilakukan pengkajian menggunakan tabel *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) pada skor 3-10 kesalahan (kerusakan intelektual ringan sampai berat) dan untuk mengetahui status kognitif klien demensia bisa menggunakan tabel

MMSE (*Mini Mental State Examination*) pada nilai 23-0 (gangguan kognitif ringan sampai berat).

Tabel 2.2 Interpretasi MMSE (Folstein, 1975)

Metode	Skor	Interpretasi
Single Cut Off	<24	Abnormal
Range	<21	Kemungkinan demensia lebih besar
	>25	Kemungkinan demensia lebih kecil
Pendidikan	21	Abnormal pada tingkat pendidikan 8 tahun
	<23	Abnormal pada tingkat pendidikan 12 tahun
	<24	Abnormal pada tingkat pendidikan perguruan tinggi
Keparahan	24-30	Tidak ada kelainan kognitif
	18-23	Kelainan kognitif ringan
	0-17	Kelainan kognitif berat

8) Pola persepsi dan konsep diri

Klien dengan demensia umumnya mengalami gangguan persepsi, tidak mengalami gangguan konsep diri. Untuk mengkaji tingkat depresi klien dapat menggunakan tabel *Inventaris Depresi Beck* (IDB) atau *Geriatric Depression Scale* (GDS) dengan skor 5-10 (kemungkinan depresi sampai menunjukkan depresi).

9) Pola seksual dan reproduksi

Klien dengan demensia umumnya berusia lanjut dengan masa menopause pada perempuan dan masa andropause pada laki-laki.

10) Pola mekanisme/penanggulangan *stress* dan koping

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

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien tidak mengalami gangguan dalam spiritual.

h. Usia

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

i. Jenis kelamin

Beberapa studi prevalensi menunjukkan bahwa PA lebih tinggi pada wanita dibanding pria. Angka harapan hidup yang lebih tinggi dan tingginya

prevalensi PA pada wanita yang tua dan sangat tua dibanding pria. Risiko untuk semua jenis demensia dan PA untuk wanita adalah $OR=1,7$ dan $OR=2.0$. Kejadian DV/Demensia Vaskuler lebih tinggi pada pria secara umum walaupun menjadi seimbang pada wanita yang lebih tua (Ong, 2015).

j. Riwayat keluarga dan faktor genetik

Demensia Alzheimer Awitan Dini (Early onset Alzheimer Disease/EOAD) terjadi sebelum usia 60 tahun, kelompok ini menyumbang 6-7% dari kasus PA. Sekitar 13% dari EOAD ini memperlihatkan transmisi otosomal dominan. Tiga mutasi gen yang teridentifikasi untuk kelompok ini adalah *amiloid β protein precursor* (A β PP) pada kromosom 21 ditemukan pada 10-15% kasus, presenilin 1 (PS1) pada kromosom 14 ditemukan pada 30-70% kasus dan presenilin 2 (PS2) pada kromosom 1 ditemukan kurang dari 5% kasus. Sampai saat ini tidak ada mutasi genetik tunggal yang teridentifikasi untuk PA Awitan Lambat. Diduga faktor genetik dan lingkungan saling berpengaruh. Di antara semua faktor genetik, gen (Apolipoprotein E) APOE yang paling banyak diteliti. Telaah sistematik studi populasi menerangkan bahwa APOE e4 signifikan meningkatkan risiko demensia PA terutama pada wanita dan populasi antara 55-65 tahun, pengaruh ini berkurang pada usia yang lebih tua. Sampai saat ini tidak ada studi yang menyebutkan perlunya tes genetik untuk klien demensia atau keluarganya. Apabila dicurigai autosomal dominan, maka tes dapat dilakukan hanya setelah dengan *informed consent* yang jelas atau untuk keperluan penelitian (Ong, 2015).

k. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri didapatkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

Perubahan yang terpenting pada klien dengan penyakit Alzheimer adalah penurunan kognitif dan penurunan memori (ingatan) (Muttaqin, 2011).

2.3.2 Diagnosis Keperawatan: Gangguan Proses Pikir

a. Definisi

1) Menurut Wilkinson & Ahern (2011):

Gangguan Proses Pikir adalah gangguan aktifitas dan kerja kognitif (misalnya, pikiran sadar, orientasi realitas, pemecahan masalah, dan penilaian).

2) Menurut Kushariyadi (2011):

Suatu keadaan di mana individu mengalami gangguan dalam pengoperasian dan aktivitas kognitif.

b. Batasan Karakteristik

1) Menurut Wilkinson & Ahern (2011):

a) Subjektif:

- (1) Ketidaksesuaian kognitif
- (2) Ketidakakuratan interpretasi lingkungan
- (3) Ketidaksesuaian pemikiran

b) Objektif:

- (1) Mudah distraksi
- (2) Egosentris
- (3) Terlampau atau kurang waspada
- (4) Defisit atau masalah memori

2) Menurut Kushariyadi (2011):

a) Hilang konsentrasi (distrakibilitas).

b) Hilang ingatan/memori.

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

d) Tidak mampu menginterpretasikan stimulasi dan menilai realitas dengan akurat.

e) Disorientasi waktu, tempat, orang, lingkungan, dan peristiwa.

f) Kesulitan mengakomodasikan ide/perintah.

- g) Paranoid, delusi, obsesi, halusinasi, konfabulasi, bingung/frustasi dan terjadi perubahan dalam respons tingkah laku.
- h) Tingkah laku sosial yang tidak tepat.
- i) Gangguan pola tidur.
- j) Afek yang tidak tepat.

c. Faktor Yang Berhubungan

1) Menurut Kushariyadi (2011):

- a) Perubahan fisiologis (degenerasi neuron ireversibel).
- b) Kehilangan memori/ingatan.
- c) Gangguan tidur.
- d) Konflik psikologi.
- e) Gangguan penilaian.

2) Menurut NANDA dalam Judith Wilkinson, Nancy Ahern (2011):

- a) Gangguan jiwa
- b) Gangguan mental organik
- c) Gangguan kepribadian
- d) Penyalahgunaan zat

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

a. Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC) menurut Moorhead dkk (2016):

- 1) Kognisi, yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: sangat terganggu, banyak terganggu, cukup terganggu, sedikit terganggu, tidak terganggu):
 - a) Komunikasi jelas sesuai usia
 - b) Komunikasi sesuai usia
 - c) Pemahaman tentang makna situasi
 - d) Perhatian
 - e) Konsentrasi
 - f) Orientasi Kognisi
 - g) Memori langsung
 - h) Memori baru
 - i) Memori masa lalu

- j) Memproses informasi
- k) Menimbang alternatif-alternatif ketika membuat keputusan
- l) Pengambilan keputusan yang tepat
- m) Keterampilan perhitungan yang kompleks

2) Orientasi kognitif, yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: sangat terganggu, banyak terganggu, cukup terganggu, sedikit terganggu, tidak terganggu):

- a) Mengidentifikasi diri sendiri
- b) Mengidentifikasi orang-orang yang signifikan
- c) Mengidentifikasi tempat saat ini
- d) Mengidentifikasi hari dengan benar
- e) Mengidentifikasi bulan dengan benar
- f) Mengidentifikasi tahun dengan benar
- g) Mengidentifikasi musim dengan benar
- h) Mengidentifikasi peristiwa saat ini yang signifikan

3) Memori, yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: sangat terganggu, banyak terganggu, cukup terganggu, sedikit terganggu, tidak terganggu):

- a) Mengingat informasi baru saja terjadi secara akurat
- b) Mengingat informasi yang baru secara akurat
- c) Mengingat informasi sudah lama secara akurat

4) Memproses Informasi, yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: sangat terganggu, banyak terganggu, cukup terganggu, sedikit terganggu, tidak terganggu) (Moorhead dkk, 2016):

- a) Mengidentifikasi benda-benda umum
- b) Menunjukkan proses pikir yang terorganisir

b. Tujuan dan Kriteria Hasil menurut Kushariyadi (2011):

- 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 kemampuan tingkah laku yang tidak diinginkan, ancaman, dan kebingungan.

c. Intervensi (NIC) menurut Bulechek dkk (2016):

1) Stimulasi kognisi

- a) Informasikan klien mengenai berita terkini yang tidak mengancam
- b) Hadirkan perubahan secara berkala
- c) Rangsang memori dengan mengulang pemikiran terakhir klien
- d) Orientasikan terhadap waktu, tempat, dan orang
- e) Stimulasi perkembangan klien dengan melibatkan aktivitas untuk meningkatkan pencapaian dan pembelajaran dengan memenuhi kebutuhan klien
- f) Dorong penggunaan program multi stimulasi (misalnya, bernyanyi dan mendengar musik, aktivitas-aktivitas kreatif, latihan, percakapan, interaksi sosial atau pemecahan masalah) untuk meningkatkan dan melindungi kapasitas kognitif
- g) Tempatkan objek dan foto familiar di lingkungan klien
- h) Gunakan alat bantu memori: ceklis, jadwal, dan catatan peringatan
- i) Tingkatkan atau ulang informasi
- j) Berikan informasi per bagian bagian kecil yang kongkrit (nyata, ada)
- k) Minta klien untuk mengulang informasi
- l) Berikan instruksi verbal dan tertulis (jika klien mampu membaca)

2) Manajemen Demensia

- a) Identifikasi pola-pola perilaku biasa untuk kegiatan seperti tidur, penggunaan obat, eliminasi, asupan makanan, dan perawatan diri.
- b) Tentukan riwayat fisik, sosial, psikologi, kebiasaan dan rutinitas klien.
- c) Tentukan jenis dan tingkat defisit kognitif dengan menggunakan alat pengkajian yang terstandar.
- d) Identifikasi dan singkirkan potensi bahaya di lingkungan klien.

- e) Perkenalkan diri saat memulai kontak.
 - f) Panggil klien dengan jelas, dengan nama ketika memulai interaksi, dan bicara perlahan.
 - g) Berikan satu arahan sederhana pada suatu waktu
 - h) Jangan membuat klien frustrasi dengan menanyakan pertanyaan-pertanyaan orientasi yang tidak bisa dijawab.
 - i) Berikan isyarat/petunjuk, seperti peristiwa saat ini, musim, lokasi, dan nama-nama untuk membuat orientasi.
 - j) Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas sehari-hari yang konsisten.
 - k) Bicara dengan suara jelas, rendah, hangat, dan nada menghormati.
 - l) Berikan waktu istirahat untuk mencegah kelelahan dan mengurangi stres.
- 3) Latihan Memori
- a) Diskusikan dengan klien yang mengalami masalah ingatan.
 - b) Stimulasi ingatan dengan cara mengulangi pemikiran klien yang terakhir diekspresikan, dengan cara yang tepat.
 - c) Implementasikan teknik mengingat yang tepat, misalnya *visual imagery*, alat yang membantu ingatan, permainan ingatan, tanda-tanda ingatan, teknik asosiasi, membuat daftar, menggunakan komputer, menggunakan papan nama, atau [berlatih] mengulang informasi.
 - d) Beri latihan orientasi, misalnya klien berlatih mengenai informasi pribadi dan tanggal, dengan cara yang tepat.
 - e) Berikan kesempatan untuk berkonsentrasi, misalnya bermain kartu dengan berpasangan, dengan cara tepat.
 - f) Berikan kesempatan untuk menggunakan ingatan kejadian yang baru saja terjadi, misalnya menanyakan pada klien mengenai tamasya yang baru saja [dilakukan], dengan cara yang tepat.
 - g) Identifikasi dan koreksi kesalahan orientasi klien.
 - h) Monitor perubahan-perubahan dalam latihan mengingat.

d. Intervensi menurut Kushariyadi (2011):

Tabel 2.3 Intervensi Gangguan Proses Pikir

	Intervensi	Rasional
Mandiri		
1.	Kembangkan lingkungan yang mendukung dan hubungan klien-perawat yang terapeutik.	Mengurangi kecemasan dan emosional, seperti kemarahan, meningkatkan penembangan evaluasi diri yang positif dan mengurangi konflik psikologis.
2.	Kaji derajat gangguan kognitif, seperti perubahan orientasi, rentang perhatian, kemampuan berpikir. Bicarakan dengan keluarga mengenai perubahan perilaku.	Memberikan dasar perbandingan yang akan datang dan memengaruhi rencana intervensi. Catatan: evaluasi orientasi secara berulang dapat meningkatkan respons yang negatif/tingkat frustrasi.
3.	Pertahankan lingkungan yang menyenangkan dan tenang.	Kebisingan merupakan sensori berlebihan yang meningkatkan gangguan neuron.
4.	Lakukan pendekatan dengan cara perlahan dan tenang.	Pendekatan terburu-buru menyebabkan klien bingung, kesalahan persepsi/perasaan terancam.
5.	Tatap wajah ketika berbicara dengan klien.	Menimbulkan perhatian, terutama pada klien dengan gangguan perseptual.
6.	Panggil klien dengan namanya.	Nama adalah bentuk identitas diri dan menimbulkan pengenalan terhadap realita dan klien.
7.	Gunakan suara yang agak rendah dan berbicara dengan perlahan pada klien.	Meningkatkan pemahaman. Ucapan tinggi dan keras menimbulkan stres/marah yang mencetuskan konfrontasi dan respons marah.
8.	Gunakan kata-kata pendek, kalimat, dan instruksi sederhana (tahap demi tahap). Ulangi instruksi tersebut sesuai kebutuhan.	Seiring perkembangan penyakit, pusat komunikasi dalam otak terganggu sehingga menghilangkan kemampuan klien dalam respons penerimaan pesan dan percakapan secara keseluruhan.
9.	Berhenti sejenak di antara kalimat/pertanyaan. Beri isyarat tertentu, gunakan kalimat terbuka.	Menimbulkan respons verbal, meningkatkan pemahaman. Isyarat menstimulasi komunikasi, memberi pengalaman positif.
10.	Dengarkan dengan penuh perhatian pembicaraan klien. Interpretasikan pertanyaan, arti, dan kata. Beri kata yang benar.	Mengarahkan perhatian dan penghargaan. Membantu klien dengan alat bantu proses kata dalam menurunkan frustrasi.
11.	Hindari kritikan, argumentasi, dan konfrontasi negatif.	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.	Lamunan membantu dalam meningkatkan disorientasi. Orientasi pada realita meningkatkan perasaan realita klien, penghargaan diri dan kemuliaan (kebahagian) personal.
13.	Hindari klien dari aktifitas dan komunikasi yang dipaksakan.	Keterpaksaan menurunkan keikutsertaan dan meningkatkan kecurigaan, delusi.
14.	Gunakan hal yang humoris saat berinteraksi pada klien.	Tertawa membantu dalam komunikasi dan meningkatkan kestabilan emosi.
15.	Fokuskan tingkah laku yang sesuai. Berikan penguatan positif. Gunakan sentuhan dengan bijaksana. Berikan perhatian pada setiap respons individu.	Menguatkan tingkah laku yang benar dan sesuai. Sentuhan secara teratur bertujuan menggantikan ungkapan verbal (penerimaan dan realita).
16.	Hormati klien dengan evaluasi kebutuhan secara spesifik.	Klien dengan penurunan kognitif pantas mendapatkan penghormatan, penghargaan,

Intervensi	Rasional
17. Berikan kesempatan untuk saling memiliki dan dimiliki secara personal.	dan kebahagiaan. Kekeluarga meningkatkan keamanan, menurunkan perasaan kehilangan atau deprivasi.
18. Izinkan untuk mengumpulkan benda yang aman.	Memelihara keamanan dan keseimbangan kehilangan.
19. Ciptakan aktivitas sederhana, bermanfaat dan tidak bersifat kompetitif sesuai kemampuan klien.	Memotivasi klien dalam cara yang menguatkan kegunaannya dan kesenangan diri serta merangsang realita.
20. Bantu klien menemukan hal yang salah dalam penempatannya. Berikan label gambar/hal yang dimiliki klien. Jangan menentang.	Menurunkan defensif jika 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.	Kurang tidur dapat mengganggu proses pikir dan kemampuan koping klien.
Kolaborasi:	
22. Berikan obat sesuai indikasi:	
• Antipsikotik, seperti: haloperidol (haldol).	Mengontrol agitasi, halusinasi.
• Vasodilator, seperti: siklandelat (cyclospasmol).	Meningkatkan kesadaran mental (perlu penelitian lebih lanjut).
• Ergoloid mesilat (hydergine LC).	Peningkatan metabolisme (meingkatkan kemampuan otak untuk metabolisme glukosa dan penggunaan oksigen). Walaupun tidak meningkatkan kognitif dan memori, obat ini membuat klien lebih sadar, kecemasan/ depresi menurun. Merupakan terapi demensia.
• Agen ansiolitik, seperti: diazepam (valium), lorazepam (librium), oksazepam (serax).	Bermanfaat pada fase awal dan fase sedang untuk menghilangkan kecemasan. Dapat meningkatkan kekacauan mental pada lansia.
• Tiamin.	Penelitian manfaat tiamin dosis tinggi pada fase awal penyakit untuk memperlambat berkembangnya gangguan kognisi.

e. Intervensi Senam Otak (*Brain Gym*)

Selain itu juga dapat dilakukan tindakan mandiri perawat lainnya yaitu senam otak (*brain gym*). Senam otak adalah gerakan-gerakan ringan dengan permainan melalui olah tangan dan kaki dapat memberikan rangsangan atau stimulus pada otak. Gerakan yang menghasilkan stimulus itulah yang dapat membantu meningkatkan fungsi kognitif dan menunda penuaan dini dalam arti menunda pikun atau perasaan kesepian yang biasanya menghantui para manula (Yuliati, 2017).

Menurut hasil penelitian Yuliati (2017), membuktikan bahwa apabila senam otak dilakukan secara rutin minimal 1 hari 1 kali melakukan senam otak dapat melawan proses penuaan pada otak dan dapat menghambat proses

penurunan fungsi kognitif. Senam otak dapat meningkatkan daya ingat responden, hal ini terbukti dengan peningkatan persentase tes ingatan pada tes MMSE (Yuliati, 2017).

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi merupakan bagian aktif dalam asuhan keperawatan, yaitu perawat melakukan tindakan sesuai rencana. Tindakan ini bersifat intelektual, teknis, dan interpersonal berupa berbagai upaya memenuhi kebutuhan dasar klien. Tindakan keperawatan meliputi tindakan keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan kesehatan/keperawatan, dan tindakan medis yang dilakukan perawat (tugas limbah) (Sunaryo, 2016).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

- a. Klien dapat mengidentifikasi tempat saat ini
- b. Klien dapat mengidentifikasi hari dengan benar
- c. Klien dapat mengidentifikasi bulan dengan benar
- d. Klien dapat mengidentifikasi tahun dengan benar
- e. Klien dapat mengidentifikasi musim dengan benar
- f. Klien dapat mengidentifikasi peristiwa saat ini yang signifikan (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016).

BAB 3. METODE PENELITIAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan laporan kasus terhadap masalah keperawatan pada klien dengan gangguan proses pikir.

3.1 Desain Penulisan

Menguraikan desain penelitian yang dipakai pada penelitian. Metode yang digunakan dalam penulisan KTI ini adalah laporan kasus. Penelitian laporan kasus adalah laporan yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian laporan kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu (Nursalam, 2015).

Penelitian laporan kasus ini adalah laporan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan pada lansia yang mengalami demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir. Adapun istilah – istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keperawatan, demensia, dan gangguan proses pikir .

3.2.1 Asuhan keperawatan pada lansia

Merupakan penerapan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi pada 2 (dua) klien yang berusia 65 tahun keatas.

3.2.2 Demensia

Demensia adalah seseorang yang mengalami penurunan kognitif seperti ingatan (memori), disorientasi waktu, dan disorientasi tempat.

3.2.3 Gangguan Proses Pikir

Adalah 2 orang yang mengalami 2 gejala dari 7 gejala berikut: ketidaksesuaian kognitif, ketidakakuratan interpretasi lingkungan, ketidaksesuaian pemikiran, mudah distraksi, egosentris, terlampau atau kurang waspada, dan defisit atau masalah memori.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah 2 klien yang memiliki masalah keperawatan gangguan proses pikir pada lansia dengan sebagian atau keseluruhan yang memenuhi kriteria:

- 3.3.1 Klien memenuhi kriteria klasifikasi demensia.
- 3.3.2 Klien yang tinggal di UPT PSTW Jember.
- 3.3.3 Klien dengan usia >65 tahun.
- 3.3.4 Klien dengan masalah keperawatan Gangguan Proses Pikir.
- 3.3.5 Klien dengan hasil skor MMSE antara 17-23.
- 3.3.6 Klien tidak mengalami cacat/penyakit lain yang mengganggu jalannya penyakit demensia.
- 3.3.7 Klien bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent* (Lampiran 3.1)

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember (UPT PSTW Jember). Penulis melakukan asuhan keperawatan Ny. J di wisma dahlia dan Ny. P di wisma teratai.

3.4.2 Waktu

Waktu yang dibutuhkan untuk penyusunan laporan akhir ini adalah 6 bulan mulai bulan Januari – Juli 2018 (Lampiran 3.2). Pengambilan data pada Ny. J dilakukan pada tanggal 12 Maret 2018 sampai 19 Maret 2018 dan Ny. P pada tanggal 22 Maret 2018 sampai 30 Maret 2018 dengan tiga kali pertemuan dan diselingi sekitar tiga hari di setiap pertemuan.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam keperawatan yang digunakan terdiri dari proses dan teknik sebagai berikut:

3.5.1 Proses Pengambilan Data

Diawali dari permohonan izin pengambilan data penulis kepada koordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk dilaksanakan proses pengambilan data. Selanjutnya penulis

melanjutkan pengajuan permintaan izin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) kabupaten Jember sebagai badan yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di kabupaten Jember. Izin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari dua tembusan diantaranya adalah Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan yang bersangkutan (Lampiran 3.3).

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik yang digunakan dalam pengambilan data laporan kasus ini yaitu wawancara, observasi, dan studi dokumentasi:

a. Wawancara

Data yang akan dikumpulkan dengan teknik wawancara yaitu identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan yang bersumber dari klien, perawat, dan teman sekamar lainnya.

b. Observasi

Observasi dan pemeriksaan fisik pada studi kasus ini akan dilakukan untuk mengumpulkan data, seperti tanda kebersihan klien, adanya tanda-tanda kurang tidur, keluyuran, dan berpakaian.

c. Studi Dokumentasi

Peneliti menggunakan pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Media yang termasuk studi dokumentasi, antara lain yaitu surat, otobiografi dan biografi serta dokumen dan berbagai laporan dinas. Dalam laporan akhir ini menggunakan jadwal, laporan, dan catatan kasus, standar asuhan dan lainnya sebagai sumber.

3.6 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan, dan kebenaran terhadap data informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Terdapat empat istilah yang pada umumnya digunakan untuk menyatakan keabsahan data hasil temuan penelitian kualitatif,

yaitu kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas. Berikut di bawah ini penjelasan macam-macam keabsahan data pada penelitian kualitatif (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.6.1 Kredibilitas (Keterpercayaan) Data

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi atau baik ketika hasil-hasil temuan pada penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka.

Beberapa cara yang dapat dilakukan oleh peneliti untuk memperoleh kredibilitas yang tinggi terhadap hasil temuannya, antara lain dengan melakukan cara yang pertama, yaitu memperbanyak waktu bersama partisipan, bila perlu hidup dan tinggal bersama partisipan selama mengambil data. Kedua, melibatkan diri dalam aktivitas sehari-hari bersama para partisipan dan berupaya selalu melakukan konfirmasi dan klarifikasi terhadap berbagai hal yang telah diceritakan oleh partisipan.

3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data

Seberapa mampu suatu hasil penelitian kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipan lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat keteralihan atau transferabilitas.

3.6.3 Dependabilitas (Ketergantungan)

Dependabilitas mempertanyakan tentang konsistensi dan reliabilitas suatu instrumen yang digunakan lebih dari sekali penggunaan. Masalah yang ada pada studi kualitatif adalah instrumen penelitian dan peneliti sendiri sebagai manusia yang memiliki sifat-sifat tidak dapat konsisten dan dapat diulang. Antara peneliti satu dengan peneliti lain memiliki fokus penekanan yang berbeda dalam menginterpretasikan dan menyimpulkan hasil temuannya.

3.6.4 Konfirmabilitas

Konfirmabilitas menggunakan aspek objektivitas pada penelitian kuantitatif, namun tidak persis sama arti keduanya, yaitu kesediaan peneliti untuk

mengungkap secara terbuka proses dan elemen – elemen penelitiannya. Cara peneliti menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan konfirmabilitas temuannya dapat melalui audit trial dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal.

3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara Menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

3.7.1 Pengumpulan data.

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip.

3.7.2 Mereduksi data dengan membuat koding dan kategori.

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan daiagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data.

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

3.7.4 Kesimpulan.

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan

terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi (Nursalam, 2015). Peneliti menggunakan pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Media yang termasuk studi dokumentasi, antara lain yaitu buku harian pribadi, surat, otobiografi dan biografi serta dokumen dan berbagai laporan dinas. Sumber dokumen bisa dari yang informal sampai formal (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Data yang akan dikumpulkan dari studi dokumentasi ini adalah data yang terdapat di catatan perkembangan klien yang berada di klinik UPT PSTW Jember.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan 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 penelitian dan mengetahui dampaknya. 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, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

3.8.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.8.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti (Hidayat, 2009).

BAB 5. PENUTUP

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

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Dari hasil pengkajian didapatkan kedua klien berusia 67 dan 78 tahun, kedua klien berjenis kelamin perempuan, tidak ada riwayat demensia pada keluarga dan tidak ada penyakit yang memicu timbulnya demensia seperti alzheimer, stroke, dan diabetes mellitus. Kedua klien mengalami gangguan dalam orientasi kognisi dengan skor MMSE 17-23.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kedua klien dengan diagnosa yang muncul pada Ny. J dan Ny. P adalah gangguan proses pikir yang berhubungan dengan masalah memori.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan kepada klien demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir ada 13 intervensi dari stimulasi kognisi, latihan memori dan senam otak. Intervensi yang direncanakan berdasarkan diagnosa keperawatan gangguan proses pikir dengan tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan adalah senam otak yang dilakukan selama 1 kali dalam 1 hari.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua klien demensia dengan masalah keperawatan gangguan proses pikir berdasarkan intervensi keperawatan stimulasi kognisi dan latihan memori yang telah direncanakan dan tindakan keperawatan mandiri senam otak. Beberapa intervensi tidak dapat diimplementasikan kepada klien seperti menempatkan objek dan foto familiar di

lingkungan klien karena klien tidak memiliki foto keluarga, berikan instruksi verbal dan tertulis tidak diimplementasikan karena klien tidak dapat membaca.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dalam mengevaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan kriteria standar yang telah ditetapkan pada intervensi keperawatan masalah gangguan proses pikir. Hasil evaluasi selama 3 hari tercapai 4 dari 6 kriteria hasil yaitu dapat menyebutkan hari, musim, tahun, dan tempat untuk klien 1 dan klien 2 dapat menyebutkan hari, bulan, musim dan tempat. Tidak tercapainya semua kriteria hasil diakibatkan karena usia dan tingkat pendidikan klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis Selanjutnya

Selain menerapkan pengkajian yang komprehensif, penulis juga perlu melakukan pengkajian terhadap teman klien, petugas jaga wisma, petugas jaga klinik dan keluarga jika ada untuk menanyakan atau mencocokkan antara pendapat klien dengan fakta yang terjadi pada klien. 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 klien.

5.2.2 Bagi Petugas Kesehatan di UPT PSTW

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

5.2.3 Bagi Institusi

Penulis menyarankan agar institusi dapat menambahkan literatur terkait penyakit demensia untuk penanganan yang lebih baik dan menarik bagi lansia di UPT PSTW.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Alzheimer's Australia. (2016). What Is Dementia? *Dementia*, 1-2.
- Alzheimer's Society. (2017). *United Against Dementia*. Retrieved Maret 10, 2017, from How dementia progresses: https://www.alzheimers.org.uk/info/20073/how_dementia_progresses
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Aspiani. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Jilid 1*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Jilid 2*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Singapura: Elsevier.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Infodatin Kemenkes RI. (2014). Situasi dan Analisis Lanjut Usia. *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 1.
- Kemenkes RI. (2016). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Retrieved Februari 16, 2017, from Menkes: Lansia yang Sehat, Lansia yang Jauh dari Demensia: <http://www.depkes.go.id/article/print/16031000003/menkes-lansia-yang-sehat-lansia-yang-jauh-dari-demensia.html>
- Kholifah, S. N. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kushariyadi. (2011). *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maulidia, N. A., Rosalina, & Yunita, G. (2016). Hubungan Tekanan Darah dengan Kejadian Demensia Pada Lansia di Desa Jimbaran Kecamatan Bandungan Kabupaten Semarang . *Jurnal Kesehatan*, 6.
- Medicine Stuffs. (2017). Retrieved from Demensia pada Penyakit Alzheimer: <http://www.medicinestuffs.com/2008/06/demensia-pada-penyakit-alzheimer.html>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Singapura: Elsevier.
- Munir, B. (2015). *Neurologi Dasar*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Muttaqin, A. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho, W. (2008). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta: EGC.

- Nursalam. (2015). Paduan Penyusunan Studi Kasus . *Program Studi Diploma III Keperawatan*, 5-6.
- Ong, P. A. (2015). Panduan Praktik Klinik Diagnosis dan Penatalaksanaan Demensia. *Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia*, 7-10.
- Padila. (2013). *Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnakarya, I. (2009). Peran Zat Gizi Makro terhadap Kejadian Demensia pada Lansia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 91.
- Sauliyusta, M., & Rekawati, E. (2016). Aktivitas Fisik Memengaruhi Fungsi Kognitif Lansia. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 72.
- Sholikhah, N. F., Haryanto, J., & Wahyudi, A. S. (2016). Permainan Tradisional 3 Jadi terhadap Progresifitas Demensia pada Lansia di Kabupaten Mojokerto. *Jurnal Kesehatan Wiraraja Medika*, 65.
- Singhealth. (2014). *Kondisi dan Perawatan Demensia (Pikun)*. Retrieved Juli 11, 2018, from [www.singhealth.com: https://www.singhealth.com.sg/PatientCare/Overseas-Referral/bh/Conditions/Pages/Dementia.aspx](https://www.singhealth.com.sg/PatientCare/Overseas-Referral/bh/Conditions/Pages/Dementia.aspx)
- Sunaryo. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Sundariyati, I. G., Ratep, N., & Westa, W. (2014). Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Kognitif pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas kubu II, Januari-Februari 2014. *Jurnal Kedokteran*, 3-4.
- Survey Meter. (2016). Angka Prevalensi Demensia: Perlu Perhatian Kita Semua. *Policy Brief*, 1.
- Tribowo, A. (2016). Hubungan Riwayat Hipertensi dengan Kejadian Demensia pada Lansia di BPSTW Yogyakarta Unit Budhi Luhur Kasongan Bantul. *Jurnal Kesehatan*, 23.
- WHO. (2015). The Epidemiology and Impact of Dementia Current State and Future Trends. 1.
- WHO. (2016). Retrieved Maret 14, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- Wilda, L. O., & Kusuma, L. A. (2016). Pengaruh Senam Otak terhadap Gangguan Fungsi Kognitif pada Lansia dengan Demensia di UPT PSLU Jombang. 149.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Yuliati, N. H. (2017). Pengaruh Senam Otak (Brain Gym) Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Rt 03 Rw 01 Kelurahan Tandes Surabaya. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 88-95.

Lampiran 3.1

**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 : Ny. Juwani

Umur : 67 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Umbusari

Pekerjaan :

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

“Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018”

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


Jember, 15 Maret2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



DONI DAMARA
NIM 152303101069

Yang Menyetujui,
Partisipan



(.....)

**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 : Ny. Purwati.....
 Umur : 78 tahun.....
 Jenis kelamin : Perempuan.....
 Alamat : Tukum - Lumajang.....
 Pekerjaan :

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

“Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018”

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

Jember, 28 Maret.....2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



DONI DAMARA
NIM 152303101069

Yang Menyetujui,
Partisipan



(Ny. Purwati.....)

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : LAPORAN KASUS

KETERANGAN	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				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
Informasi Penelitian	■	■	■	■																								
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																								
Konfirmasi Judul				■	■																							
Penyusunan Proposal Laporan					■	■	■	■																				
Sidang Proposal								■																				
Revisi								■	■	■																		
Pengumpulan Data									■	■	■	■	■	■														
Analisa Data											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Konsul Penyusunan Data											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Ujian Sidang																									■			
Revisi																									■	■	■	
Pengumpulan Laporan Kasus																												■

Lampiran 3.3

Lumajang, 14 Februari 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat
permohonan ijin pengambilan
data

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di -

LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas
Jember Kampus Lumajang :

Nama : Doni Damara
NIM : 152303101069


Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul “Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Dengan Masalah
Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Tahun 2018”.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator
Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember
Alamat : Jalan Moch Seruji No. 06 Kasiyan Jember
Waktu penelitian : 13 Februari – 30 April 2018

Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI



Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP. 19770207 200801 1 019

Hormat kami,
Pemohon.



Doni Damara
NPM. 152303101069



**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 : 175 /UN25.1.14.2/ UT /2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 14 Februari 2018.

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Doni Damara
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101069
Tempat, Tanggal Lahir : Kuala Kuayan, 14 Februari 2018
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III / VI (enam)
A l a m a t : Dusun Sumberbendo RT 05 RW 04 Desa Kunir Kidul Kecamatan
Kunir Kabupaten Lumajang

dijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018"

Dengan pembimbing :

1. Mashuri, 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 : 14 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang



NIKKI HAYATI, S.Kep.Ners.MM

NIP. 19650629198703 2 008

Lampiran 3.4



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, 29 Maret 2018

Nomor : 070/ 068 /107.6.11/2018
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Telah Melaksanakan Penelitian.

Kepada
 Yth. Koordinator Prodi D 3 Keperawatan
 Univ. Jember Kampus Lumajang
 di -
 Lumajang

Menindak lanjuti Surat Saudara tanggal 14 Februari 2018
 Nomor: 176/UN25.1.14.2/LT/2018 perihal ijin melaksanakan penelitian, dengan ini kami menerangkan bahwa :

Nama : DONI DAMARA
 N I M : 152303101069
 Judul Penelitian : "Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember (PSTW) tahun 2018".

Telah melaksanakan penelitian di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember mulai tanggal 7 Maret s/d 23 Maret 2018, 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 Pelaksana Teknis
 Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember


MUHAMMAD TABRANI, SH. MH
 Pembina
 NIP. 19680209 199103 1 007

Lampiran 3.5



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala UPT Pelayanan Sosial
 Tresna Werdha Jember
 di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/461/415/2018

Tentang

PENGAMBILAN DATA

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

- Memperhatikan :
- Surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 14 Pebruari 2018 Nomor : 176/UN25.1.14.2/LT/2018 perihal Ijin Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIK. : Doni Damara / 152303101069
 Instansi : Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang
 Alamat : Jl. Brigjend. Katamsa Lumajang
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul : "Asuhan Keperawatan Demensia pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Proses Pikir di UPT PSTW Jember Tahun 2018".
 Lokasi : UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember
 Waktu Kegiatan : Pebruari s/d April 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 28-02-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politis

ACHMAD DAMOLF, S.Sos

Penata Tk.-I

NIP. 19690912 199602 1 001

- Tembusan :
- Yth. Sdr. : 1. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
 UNEJ Kampus Lumajang;
 2. Yang Bersangkutan

Lampiran 4.1

MASALAH KESEHATAN KRONIS

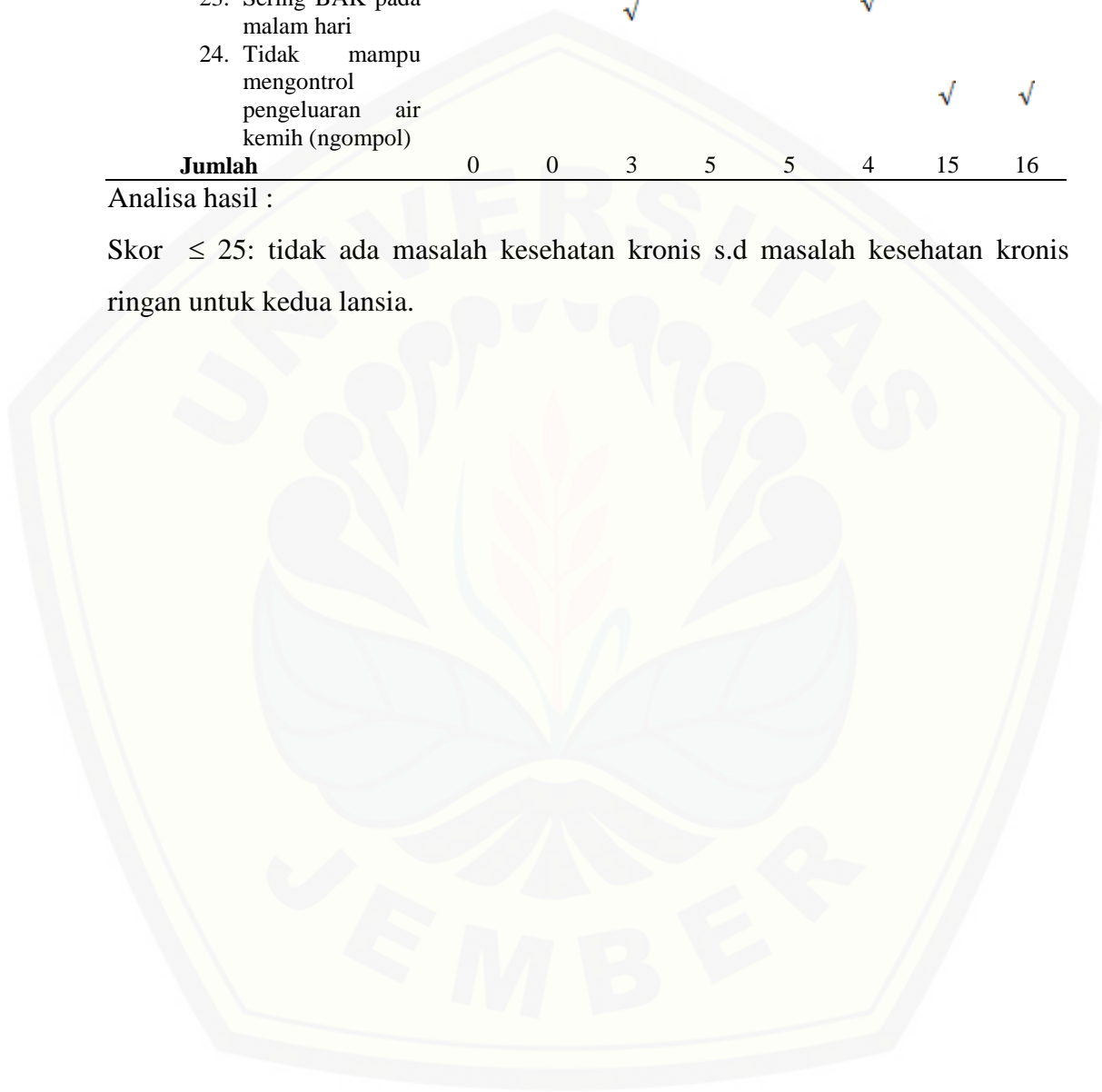
Tabel Masalah Kesehatan Kronis

No	Keluhan kesehatan/ gejala yang di rasakan klien dalam waktu 3 bulan berkaitan dengan fungsi-fungsi	Selalu (3)		Sering (2)		Jarang (1)		Tidak pernah (0)	
		Klie n 1	Klie n 2	Klie n 1	Klie n 2	Klie n 1	Klie n 2	Klie n 1	Klie n 2
A.	Fungsi Penglihatan								
	1. Penglihatan kabur			✓	✓				
	2. Mata berair							✓	✓
B.	Fungsi Pendengaran								
	3. Pendengaran berkurang			✓	✓				
	4. Telinga berdenging							✓	✓
C.	Fungsi Paru-paru								
	5. Batuk lama disertai keringat malam							✓	✓
	6. Sesak nafas							✓	✓
	7. Berdahak/sputum							✓	✓
D.	Fungsi Jantung								
	8. Jantung berdebar- debar							✓	✓
	9. Cepat lelah					✓	✓		
	10. Nyeri dada							✓	✓
E.	Fungsi Pencernaan								
	11. Mual/ muntah							✓	✓
	12. Nyeri ulu hati							✓	✓
	13. Makan & minum banyak (berlebihan)							✓	✓
	14. Perubahan kebiasaan BAB (mencret/sembelit)							✓	✓
F.	Fungsi Pergerakan								
	15. Nyeri kaki saat jalan					✓	✓		
	16. Nyeri pinggang dan tulang belakang			✓		✓			
	17. Nyeri persendian dan bengkak							✓	✓
G.	Fungsi Persyarafan								
	18. Lumpuh/kelemah an pada kaki atau				✓				✓

	tangan								
	19. Kehilangan rasa						✓	✓	
	20. Gemetar/tremor						✓	✓	
	21. Nyeri pegal pada daerah tengkuk				✓	✓			
H.	Fungsi Saluran Perkemihan								
	22. BAK banyak				✓	✓			
	23. Sering BAK pada malam hari		✓				✓		
	24. Tidak mampu mengontrol pengeluaran air kemih (ngompol)							✓	✓
	Jumlah	0	0	3	5	5	4	15	16

Analisa hasil :

Skor ≤ 25 : tidak ada masalah kesehatan kronis s.d masalah kesehatan kronis ringan untuk kedua lansia.



SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

Tabel SPMSQ


Skor		No.	Pertanyaan	Jawaban klien 1	Jawaban klien 2	Skor	
+	-					+	-
	-	1	Tanggal berapa hari ini?	-	-		-
+		2	Hari apa sekarang ini?	Kamis	-		-
	-	3	Apa nama tempat ini?	-	Panti jompo		-
+		4	Berapa nomor telepon anda? Dimana alamat anda? (Tanyakan bila tidak memiliki telepon)	Puger, Jember	Lumjang	+	
	-	5	Berapa umur anda?	-	80 tahun		-
	-	6	Kapan anda lahir?	-	1940		-
	-	7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Suharto	Jokowi	+	
	-	8	Siapa presiden sebelumnya?	Suharto	SBY	+	
+		9	Siapa nama kecil Ibu anda?	Saladi	Yatemi	+	
+		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun?	20, 17, 14, 11, 8	20, 17, 14, 11, 8	+	
4	6		Jumlah kesalahan total		Jumlah kesalahan total	5	5

Analisa Hasil:

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

MMSE (MINI MENTAL STATE EXAMINATION)

Tabel (Mini Mental State Examination) MMSE

No	TES	Nilai Max	Klien 1 Jawaban (Nilai)	Klien 2 Jawaban (Nilai)
ORIENTASI				
1	Sebutkan Tgl, hari, bulan , musim, tahun	5	Senin, musim hujan (2)	Musim hujan (1)
2	Kita berada dimana ? desa, kecamatan ,kabupaten , nama kamar/wisma , nama panti	5	Kasiyan, Puger, Jember (3)	Kasiyan, Jember, wisma Teratai (3)
REGISTRASI				
3	Sebutkan 3 buah nama benda dan disuruh mengulangi nama benda yang telah disebutkan	3	Sandal, Sapu, keset (3)	Gelas, piring, sendok (3)
ATENSI DAN KALKULASI				
4	Kurangi 100 dengan 7 secara menurun, nilai 1 tiap jawaban dan hentikan setelah 5 jawaban	5	93, 86, 79, 70, 64 (3)	93 (1)
RECALL				
5	Pasien disuruh menyebutkan kembali, benda yang ditunjukkan (3 benda di atas)	3	Sapu, keset, Sandal (3)	Gelas, sendok, piring (3)
BAHASA				
6	Mengulangi kata-kata “namun” , “tanpa “, “bila”	3	Namun, hampa, bilang (1)	Namun, jumpa, bila (2)
7	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan petugas (pensil, buku)	2	Pensil, buku (2)	Pensil, buku (2)
8	Pasien disuruh mengambil kertas dan melipat menjadi 2	1	Pasien dapat melipat menjadi 2 (1)	Pasien dapat melipat menjadi 2 (1)
9	Pasien disuruh “pejamkan mata anda”	1	Pasien dapat memejamkan mata (1)	Pasien dapat memejamkan mata (1)
10	Pasien disuruh menulis namanya di kertas	1	Pasien tidak dapat menulis nama dikertas (1)	Pasien dapat menulis nama dikertas (1)
11	Pasien disuruh menggambar 	1	(pengecualian) Pasien tidak dapat menggambar segi lima sesuai contoh (0)	Pasien dapat menggambar segi lima sesuai contoh (1)
Total		30	20	18

Analisa hasil :

Nilai 24-30 : normal

Nilai 17-23 : gangguan kognitif ringan, (klien 1), (klien 2)

Nilai 0-16 : gangguan kognitif berat.

INVENTARIS DEPRESI BECK

Tabel Inventaris Depresi Beck

Skor	Uraian	Klien 1	Klien 2
A. Kesedihan			
3	Saya sangat sedih / tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya.		
2	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.		
1	Saya merasa sedih atau galau.		
0	Saya tidak merasa sedih.	√	√
B. Pesimisme			
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik.		
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.		
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.	√	
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.		√
C. Rasa Kegagalan			
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai orang tua (suami/istri).		
2	Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.		
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya.	√	
0	Saya tidak merasa gagal.		√
D. Ketidak Puasan			
3	Saya tidak puas dengan segalanya		
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun.		
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan.		
0	Saya tidak merasa tidak puas	√	√
E. Rasa Bersalah			
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga.		
2	Saya merasa sangat bersalah.		
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik		
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	√	√
F. Tidak Menyukai Diri Sendiri			
3	Saya benci diri saya sendiri		
2	Saya muak dengan diri saya sendiri		
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri		
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	√	√
G. Membahayakan Diri sendiri			
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan		
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.		
1	Saya merasa lebih baik mati.		
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri.	√	√
H. Menarik Diri dari Sosial			

3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya.		
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka.		
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya	✓	✓
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain		
I.	Keragu-raguan		
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali		
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan		
1	Saya berusaha mengambil keputusan		
0	Saya membuat keputusan yang baik.	✓	✓
J.	Perubahan Gambaran Diri		
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan.		
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tampak tua atau tak menarik		
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik		✓
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.	✓	
K.	Kesulitan Kerja		
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.		
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu.	✓	
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu.		✓
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.		
L.	Keletihan		
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.		
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu.		
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya.	✓	✓
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya		
M.	Anorekisa		
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali.		
2	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang.		
1	Napsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.		
0	Napsu makan saya tidak buruk dari biasanya.	✓	✓

Analisa Hasil

- 0 – 4 Depresi tidak ada atau minimal. (klien 2)
- 5 - 7 Depresi ringan. (klien 1)
- 8 - 15 Depresi sedang.
- 16 + Depresi berat.

Dari Beck AT, Beck RW : screening depressed patients in family practice (1972)

THE GERIATRIC DEPRESSION SCALE (Yesavage & Brink)Tabel *The Geriatric Depression Scale*

No	PERTANYAAN	JAWABAN	KLIEN 1	KLIEN 2
1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?	TIDAK	YA	YA
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak aktivitas dan hal-hal yang menarik minat anda ?	YA	YA	YA
3	Apakah anda merasa bahwa hidup anda hampa ?	YA	YA	TIDAK
4	Apakah anda sering merasa bosan ?	YA	YA	YA
5	Apakah anda biasanya bersemangat/gembira?	TIDAK	YA	YA
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?	YA	TIDAK	TIDAK
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian hidup anda?	TIDAK	YA	YA
8	Apakah anda merasa jenuh /tidak berdaya?	YA	TIDAK	YA
9	Apakah anda lebih suka tinggal dirumah , daripada pergi keluar dan melakukan sesuatu yang baru ?	YA	YA	YA
10	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mengalami masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya ?	YA	TIDAK	TIDAK
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini sangat menyenangkan?	TIDAK	TIDAK	YA
12	Apakah anda merasa tidak berguna/tidak berharga saat ini ?	YA	TIDAK	TIDAK
13	Apakah anda merasa penuh semangat saat ini ?	TIDAK	YA	YA
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda sudah tidak ada harapan?	YA	YA	YA
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda ?	YA	TIDAK	TIDAK

Keterangan : Nilai 1 poin untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya dan tidak setelah pertanyaan.

Analisa Hasil:

Nilai 5-9 menunjukkan Kemungkinan Depresi

APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA

Tabel Apgar Keluarga dengan Lansia

No.	Uraian	Fungsi	Skor Klien 1	Skor Klien 2
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	<i>Adaption</i> (Adaptasi)	2	2
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	<i>Partnership</i> (Hubungan)	1	1
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.	<i>Growth</i> (Pertumbuhan)	2	2
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	<i>Affection</i> (Afeksi)	1	1
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.	<i>Resolve</i> (Pemecahan)	1	1

Penilaian :

Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab;

1. Selalu : skor 2
2. Kadang-kadang : skor 1
3. Hampir tidak pernah : skor 0

Analisa hasil :

Skor 8-10 ; fungsi sosial normal (klien 2)

Skor 5-7; fungsi sosial cukup (klien 1)

Skor 0-4 ; fungsi sosial kurang/ suka menyendiri

Lampiran 4.2

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

“Senam Otak”

Disusun untuk memenuhi tugas

Promosi Kesehatan



Oleh:

DONI DAMARA
NIM 152303101069

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

KAMPUS LUMAJANG

UNIVERSITAS JEMBER

2018

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. Minat, perhatian dan antusias dalam menerima materi penyuluhan cukup baik.
 - c. Interaksi antara penyuluh dengan audience cukup baik dan interaktif.
 - d. Peserta penyuluhan pasien dengan senam otak
2. Penyuluh
 - a. Penyuluh adalah mahasiswa tingkat 3 semester 6 dari D3 Keperawatan Universitas Jember.
 - b. Penyuluh mampu berinteraksi dan mengkomunikasikan materi pada audience dengan baik dan benar dan mudah dipahami oleh peserta penyuluhan.
3. Ruangan
 - a. Tempat penyuluhan di Wisma Melati UPT PSTW Jember.
 - b. Tempat penyuluhan memiliki ventilasi cukup, penerangan baik untuk kelangsungan kegiatan penyuluhan.

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan umum

Setelah diadakan penyuluhan tentang senam otak, diharapkan peserta penyuluhan mampu mengerti dan memahami senam otak secara mandiri.

2. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang senam otak, peserta penyuluhan diharapkan dapat:

- 1) Menyebutkan pengertian dari senam otak.
- 2) Menyebutkan tujuan senam otak.
- 3) Menyebutkan gerakan senam otak.

C. Pokok Materi

1. Pengertian dari senam otak.
2. Tujuan senam otak.
3. Gerakan senam otak.

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

E. Media

1. Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	1. Salam Pembukaan. 2. Perkenalan. 3. Apersepsi tentang senam otak 4. Relevansi. 5. Kontrak waktu	1. Menjawab/ merespon. 2. Memperhatikan.	1. Ceramah 2. Tanya jawab.	3 menit
Penyajian	Penyampaian Materi: 1. Menjelaskan tentang pengertian senam otak 2. Menyebutkan tujuan senam otak 3. Menyebutkan gerakan senam otak	1. Mendengarkan 2. Memperhatikan 3. Mencatat 4. Menjawab	1. Ceramah 2. Tanya jawab	10 menit
Penutup	1. Mengevaluasi pengetahuan peserta penyuluhan dengan	Menjawab	Tanya jawab	5 Menit

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
	memberi pertanyaan.			
	2. Menyimpulkan isi materi.			
	3. Tindak lanjut.			
	4. Salam penutup.			

G. Evaluasi Hasil Penyuluhan

Dilakukan secara lisan berisi 3 pertanyaan:

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

H. Daftar Pustaka

BIBLIOGRAPHY Patterson, L. (2012). Brain Gym: An academic Critique. *University of Southampton Doctoral Programme in Educational Psychology*, 2-3.

MATERI PENYULUHAN

1. Definisi senam otak

Brain Gym atau senam otak adalah bagian dari gerakan “*Educational Kinesiology*”, yang percaya bahwa beberapa jenis aktivitas fisik dapat mendukung pembelajaran dan pengembangan. Dalam sebuah artikel tentang teorinya, pencipta *Brain Gym* Paul Dennison menjelaskan bahwa ahli kinesiologi pendidikan percaya bahwa “gerakan dapat menciptakan kecerdasan” (Patterson, 2012) .



2. Tujuan senam otak

Brain Gym menjelaskan bahwa ia menggunakan serangkaian gerakan yang ditentukan untuk mendukung pengembangan fungsi otak. Literatur *Brain Gym* membahas tentang lateralitas otak, dan fakta bahwa gerakan di sisi kiri tubuh dapat mengaktifkan belahan kanan otak dan sebaliknya. Hipotesisnya adalah bahwa dengan mengkoordinasikan belahan otak kiri dan kanan, perbaikan akan dicapai dalam membaca, menulis, berbicara, berpikir dan bergerak. Sama halnya, *Brain Gym* bertujuan untuk mendukung perkembangan melalui “fokus”, yang mengkoordinasikan bagian depan dan belakang otak. *Brain Gym* kemudian memperluas gagasan ini lebih jauh, menunjukkan bahwa gerakan tertentu dapat meningkatkan fungsi otak, misalnya, pergerakan kaki tertentu dapat “beralih” pada bagian otak yang memproses bahasa (Patterson, 2012).

3. Gerakan Senam Otak

1. Dimensi Lateralis

Beberapa contoh gerakan Dimensi lateralitas:

Gerakan	Cara melakukan gerakan dan Fungsinya
 <p data-bbox="459 981 662 1057">Gerakan Silang (<i>Cross Crawl</i>)</p>	<p data-bbox="849 474 1189 510">Cara melakukan gerakan :</p> <p data-bbox="849 510 1375 728">Menggerakkan tangan kanan dan tangan kiri bersamaan ke arah kanan di ikuti dengan kaki kanan ditekuk mengarah ke kiri. Untuk menyeberang garis tengah sebaiknya tangan menyentuh lutut yang berlawanan.</p> <p data-bbox="849 766 997 801">Fungsinya :</p> <ol data-bbox="849 801 1375 1102" 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.
 <p data-bbox="459 1646 662 1682">8 Tidur (<i>Lazy 8</i>)</p>	<p data-bbox="849 1111 1189 1146">Cara melakukan gerakan :</p> <p data-bbox="849 1146 1375 1505">Gerakan dengan membuat angka delapan tidur di udara, tangan mengepal dan jari jempol ke atas, dimulai dengan menggerakkan kepalan tangan kiri 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.</p> <p data-bbox="849 1543 997 1579">Fungsinya :</p> <ol data-bbox="849 1579 1375 1787" style="list-style-type: none"> Melepaskan ketegangan mata, tengkuk, dan bahu pada waktu memusatkan perhatian dan meningkatkan kedalaman persepsi Meningkatkan pemusatan, keseimbangan dan koordinasi.



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 :

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

2. Dimensi Pemfokusan

Beberapa contoh gerakan Dimensi Pemfokusan :

Gerakan	Cara melakukan gerakan dan Fungsinya
	<p>Cara melakukan gerakan :</p> <p>Urutlah otot bahu kiri dengan tangan kanan. Tarik napas saat kepala berada di posisi tengah, kemudian embuskan napas ke samping atau ke otot yang tegang sambil relaks. Ulangi gerakan dengan arah sebaliknya.</p> <p>Fungsinya :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)

Burung Hantu (*The Owl*)



Mengaktifkan Tangan
(*The Active Arm*)

Cara melakukan gerakan :

Luruskan satu tangan ke atas, tangan yang lain ke samping telinga 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 tersebut.

Fungsinya :

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

Cara melakukan gerakan :

Kaki kanan ditekuk diletakkan di atas paha kiri 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 dan dengan arah sebaliknya.



Lambaian Kaki
(*The Footflex*)

Fungsinya :

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

Cara melakukan gerakan :

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



Luncuran Gravitasi
(*The Gravitational glider*)

Fungsinya :

- Merelakskan daerah pinggang, pinggul dan sekitarnya.
- Tubuh atas dan bawah bergerak sebagai satu kesatuan



Pasang Kuda-Kuda
(*Grounder*)

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.

Fungsinya :

- Keseimbangan dan kestabilan lebih besar
- Konsentrasi dan perhatian meningkat
- Sikap lebih mantap dan relaks

3. Dimensi Pemusatan

Beberapa contoh gerakan Dimensi Pemusatan :

Gerakan	Cara melakukan gerakan dan Fungsinya
	<p>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.</p>
<p>Air (<i>Water</i>)</p>	<p>Fungsinya :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)



Sakelar Otak
(*Brain Buttons*)

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 pusar dan dilakukan secara bergantian.

Fungsinya :

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

Cara melakukan gerakan :

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



Tombol Bumi
(*Earth Buttons*)

Fungsinya :

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

Cara melakukan gerakan :

Sentuh 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 telinga yang lain.



Tombol Imbang
(*Balance Buttons*)

Fungsinya :

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



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



Pasang Telinga
(*The Tinking Cap*)

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 relaks.
- Fokus perhatian meningkat
- Keseimbangan lebih baik



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 bawah, 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 :

- Keseimbangan dan koordinasi meningkat
- Perasaan nyaman terhadap lingkungan sekitar (Mengurangi kepekaan yang berlebihan)
- Pernafasan lebih dalam



Titik Positif
(Positive Point)

Cara melakukan gerakan :

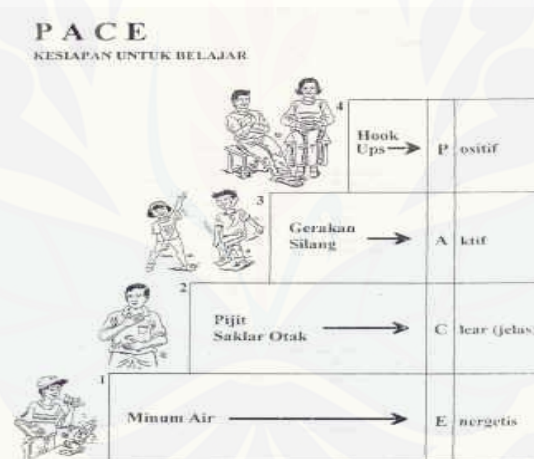
Sentuhlah titik positif dengan kedua ujung jari tangan selama 30 detik sampai dengan 30 menit.

Fungsinya :

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

4. Kesiapan Belajar

Beberapa langkah Brain Gym untuk kesiapan belajar adalah sebagai berikut :



(Belajar = Penyesuaian dengan tuntutan hidup sehari-hari)

PACE (Positive-Aktif-Clear-Energetis)

DEFINISI DEMENSIA

Demensia adalah sindrom, di mana ada penurunan fungsi kognitif (yaitu kemampuan untuk memproses pikiran) melampaui apa yang dapat diharapkan dari penuaan normal. (WHO, 2016)

ETIOLOGI DEMENSIA

Penyebab demensia alzheimer masih belum diketahui secara pasti (idiopati), tetapi ada beberapa teori menjelaskan kemungkinan adanya: (Nugroho, 2008)

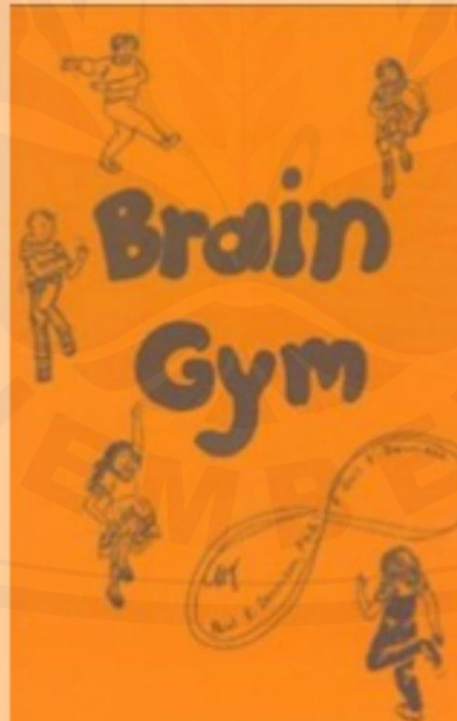
1. Faktor genetik
2. Radikal bebas
3. Toksin amiloid
4. Pengaruh logam aluminium
5. Akibat infeksi virus
6. Pengaruh lingkungan lain.

GEJALA DEMENSIA

1. Kesulitan dalam berbahasa
2. Mengalami kemunduran daya ingat secara bermakna
3. Disorientasi waktu dan tempat
4. Sering tersesat ditempat yang biasa dikenal
5. Kesulitan membuat keputusan
6. Kehilangan inisiatif dan motivasi
7. Menunjukkan gejala depresi dan agitasi
8. Kehilangan minat dalam hobi dan aktivitas

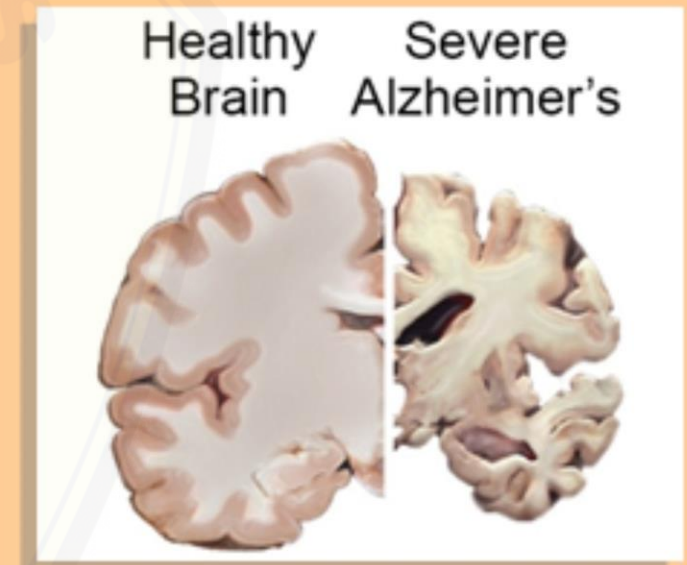
Terapi non farmakologis yang bisa dilakukan meliputi :

1. Penyampaian informasi yang benar kepada keluarga
2. Program harian untuk pasien
3. Istirahat yang cukup
4. Reality orientation training (ROT) atau orientasi realitas
5. Validasi/rehabilitasi/reminisence
6. Terapi musik
7. Terapi rekreasi
8. Brain movement and exercise (gerak dan latihan otak)
9. Aroma terapi (terapi wangi-wangian)



demensia

MAHASISWA D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS NEGERI JEMBER



PROGRAM STUDI
D3 KEPERAWATAN
KAMPUS LUMAJANG
2018

DEFINISI SENAM OTAK

Senam otak adalah bagian dari gerakan “*Educational Kinesiology*”, yang percaya bahwa beberapa jenis aktivitas fisik dapat mendukung pembelajaran dan pengembangan. Dalam sebuah artikel tentang teorinya, pencipta *Brain Gym* Paul Dennison menjelaskan bahwa ahli kinesiologi pendidikan percaya bahwa “gerakan dapat menciptakan kecerdasan”.

TUJUAN SENAM OTAK

Brain Gym (senam otak) menjelaskan bahwa ia menggunakan serangkaian gerakan yang ditentukan untuk mendukung pengembangan fungsi otak. Literatur *Brain Gym* membahas tentang lateralitas otak, dan fakta bahwa gerakan di sisi kiri tubuh dapat mengaktifkan belahan kanan otak dan sebaliknya. Hipotesisnya adalah bahwa dengan mengkoordinasikan belahan otak kiri dan kanan, perbaikan akan dicapai dalam membaca, menulis, berbicara, berpikir dan bergerak. Sama halnya, *Brain Gym* bertujuan untuk mendukung perkembangan melalui “fokus”, yang mengkoordinasikan bagian depan dan belakang otak.

GERAKAN SENAM OTAK

Meminum air sebelum dan sesudah melakukan pergerakan senam otak

ENERGETIC =
sipping water

Sakelar otak

Fungsinya :

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

CLEAR =
brain buttons

ACTIVE =
cross crawl

Gerakan silang

Fungsinya :

- Meningkatkan koordinasi kiri/kanan
- Memperbaiki pernafasan dan stamina
- Memperbaiki koordinasi dan kesadaran tentang ruang dan gerak.
- Memperbaiki pendengaran dan penglihatan

POSITIVE =
hook ups

Kait Relaks

Fungsinya :

- Keseimbangan dan koordinasi meningkat
- Perasaan nyaman terhadap lingkungan sekitar (Mengurangi kepekaan yang berlebihan)
- Pernafasan lebih dalam.

