

DEMENSIA PADA LANSIA DENGAN MASALAH GANGGUAN KOGNITIF DI KARANG WERDHA 'BISMA' SUMBERPORONG LAWANG MALANG (Studi kasus Asuhan Keperawatan)

Kuni Konita¹⁾, Lucia Retnowati²⁾, Nurul Hidayah³⁾
¹⁾²⁾³⁾Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Malang
 email: luciaretnowati17@gmail.com
 email: nh730615@gmail.com

ABSTRACT

Entering old age means experiencing some setbacks, one of which is degeneration in the brain which can lead to cognitive impairments that have an impact on everyday life. The purpose of this study is to explore the problem of cognitive impairment. This research method is descriptive with a case study approach with the application of nursing care which includes assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation. Based on the results of the study found the main problems in subjects 1 and 2, namely cognitive impairment. After nursing action according to plan for 6 days, the status of cognitive impairment problems improved. Cognitive impairment problems are a major problem in elderly dementia who must get treatment earlier so that elderly people who have dementia have reduced levels of dependence. Researchers hope that with this study, on coral reefs can further educate the elderly and cadres to empower memory training to prevent early dementia from occurring.

Keywords: *Nursing Care, Elderly Dementia, Cognitive Impairment (Memory Damage)*

1. PENDAHULUAN

Proses menua adalah suatu menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantindes, 1994) dalam (Darmojo, 2004) dalam (Azizah, 2011). Proses menua menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan pada diri manusia antara lain perubahan fisik, perubahan kognitif, perubahan spiritual, perubahan psikososial dan penurunan fungsi dan potensi seksual (Azizah, 2011).

Memasuki usia tua berarti mengalami beberapa kemunduran diantaranya terjadi degenerasi sel organ, salah satunya terjadi degenerasi pada otak yang dapat mengakibatkan gangguan kognitif (proses fikir) sehingga berdampak dalam kehidupan sehari-hari. Gangguan kognitif pada lansia ini bisa menyebabkan demensia. Demensia merupakan suatu gangguan fungsi daya ingat yang terjadi perlahan – lahan, serta dapat mengganggu kinerja dan aktivitas kehidupan sehari – hari (Atun 2010) dalam (Setiawan et al. 2017). Demensia diartikan sebagai gangguan kognitif dan memori yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Penderita demensia

seringkali menunjukkan beberapa gangguan dan perubahan pada tingkah laku harian (*behavioral symptom*) yang mengganggu (*disruptive*) ataupun tidak mengganggu (*nondisruptive*). Demensia bukanlah sekedar penyakit biasa, melainkan kumpulan gejala yang disebabkan beberapa penyakit atau kondisi tertentu sehingga terjadi perubahan kepribadian dan tingkah laku (Effendi, Mardijana, & Dewi, 2014).

Saat ini di seluruh dunia jumlah orang lanjut usia diperkirakan ada 500 juta dengan usia rata-rata 60 tahun dan diperkirakan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 milyar. Di negara maju seperti Amerika Serikat pertambahan orang lanjut usia diperkirakan 1.000 orang per hari pada tahun 1985 dan diperkirakan 50% dari penduduk berusia di atas 50 tahun sehingga istilah baby boom pada masa lalu berganti menjadi “Ledakan Penduduk Usia Lanjut” (Padila, 2013) Menurut (sungkey, H, Mulyadi, dan Bawotong 2017). Menurut perkiraan World Health Organization (WHO) akan meningkat pada tahun 2025 dibandingkan tahun 1990 di beberapa Negara dunia seperti China 220%, India 242%, Thailand 337%, dan Indonesia 440% (Wiwin 2011) (Setiawan et al. 2017). Bahkan pada tahun 2020-2025 Indonesia diperkirakan akan menduduki peringkat ke- 4 dengan struktur dan jumlah

penduduk lanjut usia setelah RRC, India, dan Amerika Serikat dengan usia harapan hidup diatas 70 tahun (Badan Pusat Statistik, 2013).

Adapun Prosentase penyebaran penduduk lansia paling tinggi berada padaprovisi Daerah Istimewa Yogyakarta (13,04%), Jawa Timur (10,40%), dan Jawa Tengah (10,34 %) (Susenas BPS RI, 2012) dalam jurnal (Setiawan et al. 2017). Dari data Badan Pusat Statistik di Jawa Timur, pada tahun 2016 jumlah penduduk lansia dengan kategori usia 65 tahun ke atas untuk laki-laki sebanyak 1.307.460 jiwa penduduk, sedangkan pada perempuan sebanyak 1.674.851 penduduk (BPS Jatim, 2016). Di Kabupaten Malang pada tahun 2018 jumlah lansia dengan usia 65-69 sebanyak 36.079 jiwa untuk laki-laki dan 40.554 jiwa lansia perempuan. Untuk usia 70-74 tahun sebanyak 26.059 jiwa lansia laki-laki dan sebanyak 31.246 jiwa lansia perempuan. Untuk usia 75 ke atas sebanyak 27.809 jiwa lansia laki-laki dan sebanyak 40.910 jiwa lansia perempuan (BPS Kab Malang, 2018).

Sedangkan di Kecamatan Lawang sendiri terdapat 2.774 jiwa lansia yang berusia 65-69 tahun, 1.982 jiwa lansia berusia 70-74 tahun dan 2.320 jiwa lansia yang berusia 75 tahun keatas (BPS Kab Malang, 2016). Berdasarkan data dari Desa Sumberporong pada tahun 2016 terdapat 1.037 jiwa lansia dengan kategori lansia laki-laki sebanyak 507 dan lansia perempuan sebanyak 530 jiwa.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 28 september 2018 di Karang Werdha Bisma Desa Sumber Porong Kecamatan Lawang kabupaten Malang mendapatkan data bahwa jumlah keseluruhan lansia di Karang Werdha Bisma sejumlah 83 orang. Dengan lansia penderita demensia sebanyak 33 orang. Melalui pemeriksaan yang dilakukan dengan menggunakan MMSE di Karang Werdha Bisma Desa Sumber Porong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang. Dan untuk penatalaksanaan terapi bagi penderita lansia yang mengalami demensia di Karang Werdha Bisma belum pernah dilakukan.

Dengan seiring meningkatnya jumlah lansia, semakin meningkat pula permasalahan akibat proses penuaan. Lanjut usia cenderung mengalami kerapuhan, baik fisik maupun mental Di kalangan lanjut usia, permasalahan kesehatan mental yang umum terjadi salah satunya adalah demensia (Notosoedirdjo,

2011). Demensia biasanya timbul secara perlahan dan menyerang usia diatas 60 tahun (Irianto, 2017) dalam jurnal (Noas et al. 2018).

Demensia merupakan sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguan fungsi kognitif antara lain intelegensi, belajar dan daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi, perhatian dan konsentrasi, penyesuaian dan kemampuan bersosialisasi. Pada lansia yang mengalami demensia akan terjadi penurunan dalam ingatan, kemampuan untuk mengingat waktu dan kemampuan untuk mengenali orang, tempat dan benda. Sering terjadi perubahan kepribadian (Irianto, 2017) dalam jurnal (Noas et al. 2018). Keadaan tersebut menjadikan penyebab terbesar individu menjadikan ketergantungan terhadap orang lain akibat ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga membuat seorang lansia tidak dapat menemukan makna hidupnya.

Hal ini merupakan tantangan bagi kita semua untuk dapat mempertahankan kesehatan dan kemandirian para lansia agar tidak menjadi beban bagi dirinya, keluarga maupun masyarakat karena masalah penyakit degeneratif akibat proses penuaan yang sering menyertai para lansia atau disebut juga dengan demensia.

Sehubungan dengan masalah diatas peran perawat yang digunakan yaitu memberi asuhan keperawatan baik sebagai advokat, edukator, koordinator, kolaborator, konsultan dan sebagai pembaharu untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan termasuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku kelompok lansia yang mengalami demensia dengan masalah gangguan kognitif termasuk bisa menggunakan berbagai terapi. Salah satunya adalah terapi kognitif yang dilakukan dengan benar karena jika gejala dari demensia tidak teratasi dengan baik dan benar maka akan mengganggu aktivitas fisik klien.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penulis membuat rumusan masalah sebagai berikut "Bagaimanakah asuhan keperawatan demensia pada lanjut usia dengan masalah gangguan kognitif di Karang Werdha Bisma Desa Sumberporong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang?"

Tujuan umum yaitu untuk menjelaskan tentang Asuhan Keperawatan demensia pada lansia

Manfaat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan demensia pada lansia dengan masalah gangguan kognitif.

2. KAJIAN LITERATUR

Proses menua tidak dengan sendirinya menyebabkan terjadinya demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan saraf pusat yaitu berat otak akan menurun sebanyak sekitar 10% pada penuaan antara 30 sampai 70 tahun. Berbagai faktor etiologi yang telah disebutkan di atas merupakan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi sel-sel neuron korteks serebri.

Penyakit degeneratif pada otak, gangguan vaskuler dan penyakit lainnya, serta gangguan nutrisi, metabolik dan toksisitas secara langsung maupun tak langsung dapat menyebabkan sel neuron mengalami kerusakan melalui mekanisme iskemia, infark, inflamasi, deposisi protein abnormal sehingga jumlah neuron menurun dan mengganggu fungsi dari area kortikal ataupun subkortikal.

Di samping itu, kadar neurotransmitter di otak yang diperlukan untuk proses konduksi saraf juga akan berkembang. Hal ini akan menimbulkan gangguan fungsi kognitif (daya ingat, daya pikir dan belajar), gangguan sensorium (perhatian, kesadaran), persepsi, isi pikir, emosi dan mood. Fungsi yang mengalami gangguan tergantung lokasi area yang terkena (kortikal atau subkortikal) atau penyebabnya, karena manifestasinya dapat berbeda. Keadaan patologis dari hal tersebut akan memicu keadaan konfusio akut demensia. (pathway terlampir).

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus, dimana penelitian mendiskripsikan dan membandingkan dalam penerapan asuhan keperawatan pada Tn.S dan Tn.R yang mengalami Demensia dengan masalah

gangguan kognitif (kerusakan memori) di Karang Werdha Bisma Desa Sumberporong Kecamatan Lawang kabupaten Malang .

Batasan istilah dari studi kasus yang peneliti buat adalah :

1. Asuhan keperawatan yang dimaksud adalah asuhan keperawatan di Karang Werdha pada Tn.S dan TN.R yang mengalami demensia dengan masalah gangguan kognitif (kerusakan memori) di Karang Werdha Bisma Desa Sumberporong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang untuk memenuhi kebutuhannya yang dilakukan dimulai dengan pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2. Demensia (pikun) adalah kemunduran kognitif yang sedemikian beratnya sehingga mengganggu aktifitas kehidupan sehari-hari dan aktifitas sosial. Kemunduran kognitif pada demensia biasanya diawali dengan kemunduran memori atau daya ingat (Nugroho,2008).

3. Kognitif adalah Proses yang dilakukan dalam memperoleh pengetahuan dan memanipulasi pengetahuan melalui aktivitas mengingat, menganalisis, memahami, menilai, membayangkan dan berbahasa. (Maas,2011).

Partisipan dalam penelitian ini adalah Tn.S dan Tn.R di Karang Werdha Bisma Desa Sumberporong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang Tidak bersedia menjadi subjek penelitian

Tempat penelitian telah dilakukan di Karang Werdha Bisma Desa Sumberporong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang dan waktu penelitian telah dilaksanakan selama 6 hari dimulai tanggal 25 Februari 2019 sampai dengan 2 Maret 2019

Teknis analisa data dalam penelitian adalah sebagai berikut :

1) Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Peneliti melakukan wawancara terhadap klien tentang keluhan dalam kondisi yang dirasakan mulai awal pengkajian hingga tahap evaluasi menggunakan format asuhan keperawatan. Sedangkan peneliti juga melakukan observasi tentang pemeriksaan fisik klien mulai tahap inspeksi palpasi, perkusi dan auskultasi. Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan stuktur).

2) Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3) Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan table dan teks naratif

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada Tn.S dan Tn.R dilaksanakan pada 25 februari 2019 dengan kunjungan setiap hari selama 6 hari. Data yang diperoleh peneliti berasal dari subyek, keluarga dan petugas kesehatan karang werdha dengan wawancara langsung, observasi dan pengkajian sistem. Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa subyek 1 mengatakan bahwa sudah tidak seperti dulu dan sering lupa sedangkan pada subyek 2 mengatakan bahwa daya ingatnya sudah tidak seperti dulu dan subyek mengatakan sulit untuk mengingat. Peneliti menemukan beberapa gejala khas yang sesuai dengan teori (Azizah, 2011) yaitu demensia adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir, dan penurunan kemampuan tersebut menimbulkan gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari. Kumpulan gejala yang ditandai dengan penurunan kognitif, perubahan mood dan tingkah laku sehingga mempengaruhi aktifitas kehidupan sehari-hari penderita.

Saat pengkajian terdapat perbedaan yang terjadi pada kedua subyek adalah subyek 1 terdapat kerusakan fungsi intelektual sedang dan gangguan kognitif sedang dengan data penunjang hasil pemeriksaan SPMSQ 6 dari 10 dan MMSE 20 dari 30 sedangkan pada subyek 2 terdapat kerusakan fungsi intelektual berat dan gangguan kognitif berat dengan data penunjang hasil pemeriksaan SPMSQ 9 dari 10 dan MMSE 13 dari 30. Selain itu data yang didapat yaitu kedua subyek mengatakan keluhan utama yaitu mudah lupa. Menurut John (1994) dalam buku (Azizah,2011) bahwa lansia yang mengalami demensia juga akan

mengalami keadaan yang sama seperti orang depresi yaitu akan mengalami defisit aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS). Menurut Maramis dalam Azizah (2011), pada lanjut usia permasalahan yang menarik adalah kurangnya kemampuan dalam beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Penurunan kemampuan untuk beradaptasi terhadap perubahan dan stress lingkungan sering menyebabkan gangguan psikososial dan kesehatan jiwa yang sering muncul pada lansia adalah gangguan proses pikir, demensia, gangguan perasaan seperti depresi, harga diri rendah, gangguan fisik dan gangguan perilaku dalam jurnal (sungkey, H, Mulyadi, dan Bawotong 2017).

Peneliti berpendapat pada subyek yang menderita demensia agar tidak merasa rendah diri karena semakin bertambahnya usia semua akan mengalami hal tersebut. Selain itu peneliti juga memotivasi kepada subyek penderita demensia untuk selalu mengasah kemampuannya supaya mencegah lupa semakin parah dengan cara bercerita dengan mengenang masa lalu, menggambar atau melatih otak supaya otak kanan dan kiri berfungsi dengan baik.

Dan peneliti juga berpendapat bahwa subyek yang mengalami demensia mulai dari demensia ringan, sedang maupun berat harus diperhatikan dan dilatih supaya demensia tidak bertambah parah dengan tidak hanya melibatkan penderita demensia melainkan juga orang yang tinggal bersama penderita demensia.

2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon subyek, keluarga dan petugas kesehatan karang werdha terhadap masalah kesehatan yang aktual/potensial. Berdasarkan hasil pengkajian pada subyek 1 dan subyek 2 didapat masing-masing diagnosa yang utama, yaitu :

1. Gangguan kognitif (Kerusakan memori) berhubungan dengan perubahan fisiologis ditandai dengan kebingungan.

Pada data pengkajian diagnosa keperawatan mencakup gangguan kognitif (kerusakan kognitif).

Data obyektif didapatkan baik pada subyek 1 dan subyek 2 adalah mudah lupa dan sulit untuk mengingat. Hal ini sesuai dengan teori yang dikutip dalam jurnal (Setiawan et al. 2017) mengatakan bahwa demensia di tandai

dengan adanya gangguan mengingat jangka pendek dan mempelajari hal – hal baru, gangguan kelancaran berbicara (sulit menyebutkan nama benda dan mencari kata – kata untuk diucapkan), keliru mengenai tempat - waktu – orang atau benda, sulit hitung menghitung, tidak mampu lagi membuat rencana, mengatur kegiatan, mengambil keputusan, dan lain – lain (Sumijatun 2005). Hal ini dikarenakan pada lansia akan cenderung mengalami degenerasi pada otak yang mengakibatkan pada lansia tersebut mengakibatkan gangguan kognitif (proses fikir). Peneliti berpendapat bahwa kedua subyek yang mengalami demensia berdasarkan tanda gejala utama yaitu mudah lupa dapat disimpulkan dari diagnosa gangguan kognitif tidak terdapat kesenjangan. Dan diagnosa pada gangguan kognitif ini dapat diperkuat dengan adanya riwayat kesehatan, pada riwayat penyakit sekarang pada subyek 1 yang dikeluhkan yaitu mudah lupa, gangguan mengingatnya sudah lama terjadi dan belum pernah dilakukan pemeriksaan untuk gangguan mengingatnya. Respon ini ditunjukkan pada subyek 1 saat diajak berkomunikasi keadaan mental subyek stabil, subyek sering susah saat diajak berbicara, berbicara tentang suatu kejadian secara berulang-ulang, terkadang diam saat diajak bercerita. Pada riwayat dahulu pada subyek 1 post op katarak sehingga pada subyek 1 mengalami defisiensi penglihatan. Kemudian pada riwayat penyakit sekarang pada subyek 2 yaitu mudah lupa. Respon ini ditunjukkan pada subyek 2 lebih suka menyendiri dan untuk gangguan mengingatnya belum pernah dilakukan pemeriksaan. subyek mengalami sering lupa sudah terjadi sekitar 2 tahun yang lalu dan adapun faktor riwayat dahulu pada subyek 1 yang menderita penyakit DM sehingga memiliki obat rutin konsumsi sehingga peneliti berpendapat penyebab munculnya demensia ini dari kategori ringan, sedang hingga berat disebabkan adanya faktor riwayat penyakit serta pengobatan dalam jangka panjang.

3 Intervensi Keperawatan

Dalam melakukan perencanaan, peneliti menerapkan perencanaan terhadap tindakan yang sesuai dengan teori yang telah ada berdasarkan Nic-Noc (NANDA,2015) yaitu dengan melakukan Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*). Dan variasinya

terletak pada diagnosa gangguan kognitif (kerusakan memori), Karena pada subyek 1 yang menderita kerusakan fungsi intelektual sedang dan gangguan kognitif sedang sedangkan, pada subyek 2 yang menderita kerusakan fungsi intelektual berat dan gangguan kognitif berat. Pada setiap subyek harus dilakukan terapi untuk mencegah demensia semakin parah, baik itu Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*) dengan tujuan untuk mengasah kemampuan otak pada subyek. Bedanya pada subyek 1 diberikannya latihan hanya dengan lamanya waktu ± 90 menit sedangkan pada subyek 2 diberikannya latihan menghabiskan waktu ± 120 menit. Peneliti berpendapat perbedaan waktu menyesuaikan tingkatan konsentrasi pada lansia yang mengalami demensia karna faktor emosi juga dipertimbangkan selama pelatihan kognitif berlangsung supaya mendapatkan hasil yang maksimal.

Memori Training (Pelatihan Memori) disini adalah seperti menstimulasi memori dengan mengulangi pembicaraan diakhir pertemuan, mengenang masa lalu subyek (life review) dengan media album foto dan mengimplementasikan teknik mengingat dengan cara berlatih senam otak sedangkan pada Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*) yaitu dengan cara menginterpretasikan subyek terhadap lingkungan, mengobservasi/ mengkaji kemampuan klien dalam hal memahami dan memproses informasi. Peneliti melakukan keduanya supaya dalam menstimulasi otak kanan kiri bekerja dengan maksimal. Hal ini didukung pada teori yang dikutip dalam jurnal (Noas et al. 2018) diketahui bahwa lansia sulit mengingat informasi yang baru diperoleh yang ditandai dengan lansia mengulang- ulang pembicaraan, bahkan ada yang tidak ingat dengan nama anaknya. Menurut peneliti bahwa intervensi keperawatan yang diberikan harus dipastikan bahwa kebutuhan klien dapat dipenuhi melalui tindakan keperawatan serta memodifikasi tindakan keperawatan berdasarkan kondisi klien guna untuk meningkatkan kemampuan klien dalam berkonsentrasi sehingga kemampuan subyek dalam mengingat mengalami peningkatan. Adanya Memori Training (Pelatihan Memori) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*) berupa tindakan keperawatan yang sesuai dapat

membantu subyek memperkuat daya ingat. Sehingga waktu yang tepat dan adanya hubungan saling percaya antara subyek dan peneliti selama tindakan asuhan keperawatan juga dapat mempengaruhi status kesehatan subyek guna untuk membantu masalah mengingat pada subyek membaik. Serta memodifikasi tindakan keperawatan dengan adanya Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*) dapat meningkatkan kemampuan subyek dalam bersosialisasi dengan orang lain maupun lingkungan sehingga subyek tidak terlalu terfokus pada masalah daya ingat dan juga agar klien dapat mengalihkan kegiatan yang bermanfaat serta berdampak dengan daya ingatnya yang semakin membaik.

5.4 Implementasi Keperawatan

Gangguan demensia dimanifestasikan dalam bentuk kehilangan kemampuan untuk berpikir abstrak (Noas et al. 2018). Hal ini terjadi dalam tahap pelaksanaannya tidak ada intervensi yang hanya dilakukan sekali dan langsung dapat membantu masalah pada subyek, serta pada pelaksanaannya tidak semua intervensi yang telah dibuat harus diterapkan pada kasus yang mana peneliti menyesuaikan dengan kondisi, respon yang muncul dan fasilitas yang tersedia. Implementasi pada Tn.S dan Tn.R dilakukan pada tanggal 25 Februari-2 Maret 2019 dengan kunjungan setiap hari dengan waktu 1x24 jam dengan melakukan implementasi selama 6 hari. Berdasarkan pada diagnosa utama yaitu gangguan kognitif (kerusakan memori). Saat mulai pengkajian dari perencanaan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan, peneliti melakukan tindakan yaitu melakukan pendekatan dengan klien dan keluarga dan jelaskan setiap tindakan. dan peneliti mengambil data Di Karang Werdha Bisma Sumberporong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang

Peneliti melakukan tindakan keperawatan berdasarkan Nic-Noc (NANDA,2015) yaitu dengan melakukan Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*). Meliputi, mengkaji kemampuan mengingat subyek dengan melatih orientasi klien meliputi: mengenang pengalaman masa lalu (*life review*),mengimplementasikan teknik mengingat yang baik (melatih *senam otak*, membuat catatan, buku harian/kalender,

membuat daftar dan membuat tempat untuk mengatur obat).

Pada pemeriksaan tingkat kerusakan intelektual, peneliti menggunakan pemeriksaan berdasarkan form pemeriksaan SPMSQ (Short portable mental status questioner) dimana pemeriksaan ini dilakukan setelah tindakan Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*) selesai dilakukan.

Dan peneliti juga mengidentifikasi aspek kognitif dengan menggunakan form pemeriksaan MMSE (Mini Mental Status Exam), dimana pemeriksaan ini dilakukan setelah tindakan Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*) selesai dilakukan.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada subjek 1 untuk pelaksanaan tindakan Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*) dan setelah diberikan peneliti menilai aspek kognitif dengan menggunakan form pemeriksaan MMSE (Mini Mental Status Exam) yaitu didapatkan hasil yang meningkat dari hari pertama hingga hari ke enam setelah tindakan. Pada subyek 1 mengalami peningkatan pada aspek menghitung dan proses mengingatnya.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada subjek 2 untuk pelaksanaan tindakan Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*) dan setelah diberikan peneliti menilai aspek kognitif dengan menggunakan form pemeriksaan MMSE (Mini Mental Status Exam) yaitu didapatkan hasil yang meningkat dari hari pertama hingga hari ke enam setelah tindakan. Pada subyek 1 mengalami peningkatan pada aspek orientasi waktu dan tempat.

Hasilnya pada subyek 1 mengalami perkembangan yang baik, penilaian ini berdasarkan form penilaian SPMSQ dan MMSE, di awal pelaksanaan didapatkan hasil SPMSQ mempunyai nilai 6 dari 10 (terdapat kerusakan fungsi intelektual sedang) sedangkan MMSE mempunyai nilai 20 dari 30 (terdapat gangguan kognitif sedang) dan setelah dilakukan tindakan selama 6x24 jam sudah mengalami kemajuan dengan hasil pemeriksaan SPMSQ dan MMSE, untuk SPMSQ mempunyai nilai 0 dari 10 dimana subyek mampu menjawab semua dengan benar

(fungsi intelektual utuh) dan MMSE mempunyai nilai 27 dari 30 (tidak ada gangguan kognitif). Sedangkan pada subyek 2 yang awalnya hasil pemeriksaan SPMSQ dan MMSE, untuk SPMSQ mempunyai nilai 9 dari 10 (fungsi intelektual kerusakan berat) sedangkan MMSE mempunyai nilai 13 dari 30 (gangguan kognitif berat). Setelah dilakukan tindakan selama 6x24 jam sudah mengalami kemajuan dengan hasil pemeriksaan SPMSQ dan MMSE, untuk SPMSQ mempunyai nilai 6 dari 10 (fungsi intelektual kerusakan sedang) dan MMSE mempunyai nilai 19 dari 30 (gangguan kognitif sedang). Hal ini sesuai dengan teori yang menunjukkan bahwa penurunan fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain dapat ditingkatkan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan dan koordinasi (Noas et al. 2018). Maka, peneliti dapat menyimpulkan tidak adanya kesenjangan antara hasil temuan dengan teori yang ada. Menurut peneliti tindakan keperawatan yang diberikan secara luas yang dirancang untuk meningkatkan, mempertahankan dan memuhlikan dalam kemampuan daya ingat dengan adanya motivasi baik secara kognitif maupun secara afektif dapat mencapai sesuatu cukup besar, namun apabila motivasi tersebut kurang memperoleh dukungan kekuatan fisik maupun psikologis sehingga hal-hal yang diinginkan banyak berhenti di tengah jalan atau tidak mendapatkan hasil yang maksimal.

Setelah kedua subyek mendapatkan penerapan implementasi, pada subyek 1 terlihat sangat antusias dengan rencana dilakukannya terapi sedangkan pada subyek 2 memang menyetujui dilakukannya terapi hanya saja pada subyek 2 awal-awal masih malas untuk dilakukannya namun dengan adanya pendekatan subyek mau dan kooperatif dalam pelaksanaan terapi. Dan apabila subyek belum mampu dalam hal mengingat/ lupa dalam menerapkan cara yang telah diajarkan baik itu dengan cara Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*), maka peneliti akan mengulang caranya di awal pertemuan. Cara yang dilaksanakan setiap harinya tergantung dengan kemampuan subyek dalam menerapkan cara yang sudah diajarkan. Hal ini sesuai dengan adanya teori yang mengatakan bahwa kemampuan kognitif pada lansia juga

dipengaruhi oleh faktor personal dan lingkungan seperti tingkat pendidikan, persepsi diri dan pengharapan, serta status kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan (Noas et al. 2018). Peneliti mampu menyimpulkan bahwa hasil implementasi menunjukkan keselarasan antara teori. Peneliti berpendapat dalam hal ini perbedaan hasil yang terjadi pada subyek 1 terlihat bahwasannya subyek 1 selalu menerapkan dan melatih secara mandiri sehingga pada setiap pertemuan mengalami peningkatan pada kemampuan kognitifnya. Sedangkan pada subyek 2 selama penelitian berlangsung subyek terlihat kurang bersemangat dan terlihat dari faktor konsumsi obat yang banyak. Hal ini didukung dengan adanya teori dalam buku (Azizah, 2011) salah satu penyebab demensia reversible disebabkan adanya konsumsi obat (*drug*) seperti obat sedative, obat penenang minor atau mayor, obat anti konvulsan, obat anti depresan, obat anti hipertensi dan obat anti aritmia. Sehingga peneliti berpendapat adanya faktor salah satu konsumsi obat seperti obat *Amitriptyline* yang mana obat ini adalah golongan obat anti depresan trisiklik yang digunakan untuk mengobati masalah kejiwaan seperti perubahan suasana hati secara drastis dan depresi. Dan *Amitriptyline* ini bekerja dengan cara mempengaruhi keseimbangan zat kimia alami (neurotransmitter seperti serotonin) pada otak sehingga berpengaruh terhadap faktor emosional serta neuron pada otak yang mengakibatkan adanya hambatan dalam konsentrasi belajar dan juga tidak didapatkan hasil yang maksimal. dan juga adanya konsumsi *amlodipin* yang mana obat ini termasuk golongan obat antihipertensi dengan adanya calcium channel blockers untuk menurunkan tekanan darah tinggi, sedangkan pada penderita demensia obat anti hipertensi adalah pemicu munculnya demensia terjadi. Sehingga peneliti dapat menyimpulkan pada subyek 2 peningkatan dalam aspek penilaian intelektual dan pada aspek kognitif relatif lebih lambat dibandingkan pada subyek 1.

5.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang dilakukan dengan mengacu pada tujuan yang terdapat pada perencanaan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan diagnosa “Gangguan kognitif (Kerusakan memori) berhubungan dengan perubahan fisiologis ditandai dengan

kebingungan” setelah dilakukan tindakan selama 6x24 jam terjadi perkembangan/peningkatan yang baik pada masalah kognitif kedua subyek.

Pada subyek 1 terjadi perkembangan yang baik dengan diagnosa prioritas utama (kerusakan memori) yang awalnya subyek hanya mampu mengingat beberapa hal dan telah dilakukan pemeriksaan SPMSQ dan MMSE, dan SPMSQ mempunyai nilai 6 dari 10 (terdapat kerusakan fungsi intelektual sedang) sedangkan MMSE mempunyai nilai 20 dari 30 (terdapat gangguan kognitif sedang) setelah dilakukan tindakan selama 6x24 jam sudah mengalami kemajuan dengan hasil pemeriksaan SPMSQ dan MMSE, untuk SPMSQ mempunyai nilai 0 dari 10 dimana subyek mampu menjawab semua dengan benar (fungsi intelektual utuh) dan MMSE mempunyai nilai 27 dari 30 (tidak ada gangguan kognitif) yang mana penilaian ini berdasarkan form penilaian tingkat kerusakan intelektual dan berdasarkan form penilaian dalam identifikasi aspek kognitif. Peningkatan ini terjadi pada aspek menghitung dan proses mengingatnya.

Pada subyek 2 dengan diagnosa prioritas utama (kerusakan memori) yang awalnya subyek tidak bersemangat dalam kegiatan terapi kognitif namun setelah adanya pendekatan subyek mau melakukan kegiatan yang awalnya hasil pemeriksaan SPMSQ dan MMSE, untuk SPMSQ mempunyai nilai 9 dari 10 (fungsi intelektual kerusakan berat) sedangkan MMSE mempunyai nilai 13 dari 30 (gangguan kognitif berat). Setelah dilakukan tindakan selama 6x24 jam sudah mengalami kemajuan dengan hasil pemeriksaan SPMSQ dan MMSE, untuk SPMSQ mempunyai nilai 6 dari 10 (fungsi intelektual kerusakan sedang) dan MMSE mempunyai nilai 19 dari 30 (gangguan kognitif sedang) yang mana penilaian ini berdasarkan form penilaian tingkat kerusakan intelektual dan berdasarkan form penilaian dalam identifikasi aspek kognitif. Peningkatan ini terjadi pada aspek orientasi waktu dan tempat.

Pada kasus demensia ini Menurut (Azizah,2011) disebabkan diantara pengaruh obat (*drug*), emosional, gangguan metabolik dan endokrin (*diabetes mellitus*), disfungsi mata dan telinga, nutrisi, penyakit degeneratif dan adanya penyakit vaskuler. Hal tersebutlah yang menjadi faktor yang mempengaruhi

perbedaan lama kesembuhan antara subyek 1 dan subyek 2. Maka, peneliti dapat menyimpulkan tidak adanya kesenjangan antara hasil temuan dengan teori yang ada. Dan peneliti berpendapat pada penderita demensia yang mengalami gangguan kognitif tindakan keperawatan yang diberikan secara luas yang dirancang untuk meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan dalam daya ingat dengan adanya motivasi baik kognitif maupun afektif dapat mencapai sesuatu cukup besar, namun apabila motivasi tersebut kurang memperoleh dukungan kekuatan fisik maupun psikologis sehingga hal-hal yang diinginkan banyak berhenti di tengah jalan atau tidak mendapatkan hasil yang maksimal. Serta keikutsertaan subyek dalam berlatih secara mandiri. Selain hal-hal yang ada diatas peneliti juga berpendapat berdasarkan teori dalam buku (Kusuma,2013) faktor penyebab demensia bisa disebabkan karna latar belakang budaya dan pendidikan yang perlu dipertimbangkan dalam mengevaluasi kapasitas dan kualitas mental seseorang. Budaya yang dimaksud ialah budaya buruk seperti merokok, mengonsumsi alkohol serta obat-obatan, obesitas, kurang olahraga, kurang tidur, stres, dan depresi yang mana ini adalah sederet gaya hidup buruk pencetus demensia. Adapun beberapa faktor risiko yang dapat mempercepat munculnya demensia, di antaranya usia lanjut, genetik, psikologis, dan penyakit metabolis. Faktor risiko berupa usia dan keturunan memang tak bisa dihindari. Namun, faktor psikologis dan penyakit metabolis jelas bisa dicegah. Pasalnya, dua faktor itu tercipta akibat gaya hidup yang buruk. Dan untuk tingkatan pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang memiliki hubungan dengan kejadian demensia pada lansia. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi angka prevalensi demensia karna semakin sering kita melatih dan menggunakan otak kita, maka kemunduran kognitif dapat diperlambat sehingga seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi memiliki faktor pelindung dari risiko terkena demensia. Misalnya, seseorang mungkin saja tidak pernah tahu nama seorang presiden sehingga ketika dilakukan pemeriksaan terkait dengan pemeriksaan demensia saat ditanya tentang pengetahuan tersebut mungkin saja tidak akan bisa menjawab. Sementara orang yang berpendidikan dan berpengetahuan luas,

ketidaktahuan nama presiden mungkin saja dapat menjadi parameter mengukur kapasitas ingatan orang tersebut. Sehingga peneliti dapat menyimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi tingkat aktivitas belajar sehingga fungsinya untuk menjaga ketajaman daya ingat dan senantiasa mengoptimalkan fungsi otak. Sehingga dalam pengukuran kualitas kognitif diperlukan gambaran spesifik tentang latar budaya dan pendidikan.

5. KESIMPULAN

1. Pengkajian keperawatan.

Dari hasil pengkajian didapatkan dua subyek berjenis kelamin laki-laki dengan kategori Usia Tua (*Old*) dengan subyek 1 yang usianya 83 tahun sedangkan subyek 2 yang usianya 79 tahun. Keduanya mengalami demensia dengan subyek pertama mengalami demensia sedang (SPMSQ= 6 dan MMSE=20) dan subyek kedua mengalami demensia berat (SPMSQ=9 dan MMSE= 13)

2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data pada kedua subyek, masing-masing subyek ditemukan diagnosa keperawatan yang utama yaitu : Gangguan kognitif (Kerusakan memori) berhubungan dengan perubahan fisiologis ditandai dengan kebingungan.

Intervensi Keperawatan

3. Intervensi keperawatan

untuk mengatasi diagnosa gangguan kognitif (kerusakan memori), peneliti melakukan terapi: Memori Training (*Pelatihan Memori*) dan Stimulasi Kognitif (*Cognitive Stimulation*). Intervensi yang dicantumkan berdasarkan Nic-Noc (NANDA,2015) dengan sumber yang ada.

4. Implementasi keperawatan

Peneliti melaksanakan implementasi sesuai intervensi yang telah ditemtukan pada kedua subyek. Implementasi ada yang dimodifikasi dari intervensi yang ada. Ada hambatan pada saat implementasi yaitu pada subyek 2 yaitu adanya faktor penurunan tingkatan konsentrasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 6x24 jam terhadap kedua subyek,

ditemukan perkembangan pada diagnosa Gangguan kognitif (Kerusakan memori) yaitu pada subyek 1 yang awalnya nilai SPMSQ 6 menjadi 0 dan untuk awal MMSE 20 menjadi 27 sedangkan pada subyek 2, yang awalnya nilai SPMSQ 9 menjadi 6 dan untuk awal MMSE 13 menjadi 19. Subyek 1 mengalami peningkatan yang cukup tinggi karena pada subyek 1 setelah dilakukannya pemberian asuhan keperawatan subyek terus melatih dan mengasah kemampuannya secara mandiri

6. REFERENSI

1. Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
2. Badan Pusat Statistik., (2013). *Situasi dan Analisis Lanjut Usia*
3. Faisal Yatim, 2003. *Pikun (Demensia), Penyakit Alzheimer, dan Sejenisnya, Bagaimana Cara Menghindarinya*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
4. Hidayat, Azimul Alimul. 2012. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
5. <http://desa-sumberporong.malangkab.go.id/read/detail/856/jumlah-penduduk-berdasarkan-kk-per-rt-rw-dan-dusun.html>
6. <https://malangkab.bps.go.id/statictable/2016/08/11/503/penduduk-menurut-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin-2015-2020.html>
7. Kusuma, R. (2013). *Berdamai Dengan Alzheimer*. Yogyakarta: KATAHATI.
8. Maas, L. Meridean. (2011). *Asuhan Keperawatan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
9. Noas, Apriance et al. 2018. "Hubungan demensia dengan kebermaknaan hidup pada lanjut usia di bplu senja cerah provinsi sulawesi utara." *e-journal keperawatan (e-kp)* 6(hubungan demensia dengan kebermaknaan hidup pada lanjut usia di BPLU senja cerah provinsi sulawesi utara):1-7.

10. Notoatmodjo, Soekidjo. 2014. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
11. Nurarif, A. H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA & NIC-NOC (1st ed)*. Jogjakarta: Mediaction
12. Nugroho, W.2008. *Keperawatan Gerontik & Geriatric* Edisi 3.Jakarta : EGC
13. Rismayanti, P., Dewi, W., Putra, A. S., & Arianti, N. M. (2012). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Kognitif, 8, 1–50.
14. Setiawan, Rochmad Agus, Wahyuningsih Safitri, Ari Setiyajati, dan Fungsi Kognitif. 2017. “PENDAHULUAN Perkembangan jumlah penduduk lanjut usia di dunia , menurut perkiraan World Health Organisation (WHO) akan meningkat pada tahun 2025 dibandingkan tahun 1990 dibeberapa Negara dunia seperti China 220 % , India 242 % , Thailand 337 % , dan Indones.” 1:1–10.
15. Subekti, dkk. 2012. *Modul Pembelajaran Keperawatan Gerontik*. Penerbit: Poltekkes Kemenkes Malang
16. Suardiman, Siti Partini. 2011. *Psikologi Usia Lanjut*. Penerbit: Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
17. sungkey, H, Andriano, Mulyadi, dan Jeavery Bawotong. 2017. “No Title.” *e-journal keperawatan(e-kp)* 5(hubungan depresi dengan interaksi sosial lanjut usia di desa tombasian atas kecamatan kawangkoan barat):1–5.
18. Tamher, S. & Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
19. UNIDOP. (2017). International Day of Older Persons2017. <https://www.un.org/development/desa/ageing/international-day-of-older-persons-homepage/unidop-2012.html>. diakses pada 18 September 2018.