

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG CARA  
PERAWATAN LANSIA YANG MENGALAMI GANGGUAN FUNGSI  
KOGNITIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUDIANG**

**DISUSUN DAN DIAJUKAN OLEH:**

**DIAN SARI HATTA**

**C121 14 035**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2021**

## LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG CARA  
PERAWATAN LANSIA DENGAN GANGGUAN FUNGSI KOGNITIF DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUDIANG**

Disusun dan diajukan oleh :

**DIAN SARI HATTA**

**C 121 14 035**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka  
Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas

Keperawatan Universitas Hasanuddin

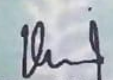
pada tanggal 27 Januari 2021

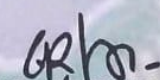
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

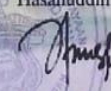
Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

  
Silvia Malasari, S. Kep., Ns., MN  
NIP. 19830425 201212 2 003

  
Arnis Puspitara R. S. Kep., Ns., M.Kes  
NIP. 19840419 201504 2 002

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas  
Hasanuddin

  
Dr. Yuliana Svam, S.Kep., Ns., M.Si  
NIP. 19760618 200212 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dian Sari Hatta

Nim : C12114035

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Jenjang : S1

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

**GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG CARA  
PERAWATAN LANSIA DENGAN GANGGUAN FUNGSI KOGNITIF  
DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS SUDIANG**

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Makassar, 1 Februari 2021

Yang Menyatakan



(Dian Sari Hatta)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga proposal penelitian berjudul “Gambaran Pengetahuan Keluarga Tentang Cara Perawatan Lansia Yang Mengalami Gangguan Fungsi Kognitif Di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang” dapat terselesaikan. Shalawat dan salam tak lupa tucurahkan kepada baginda Nabi besar Muhammad SAW yang telah membawa kita dari alam gelap gulita kealam yang terang benderang. Prosopal ini merupakan persyaratan akademis guna memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, Makassar.

Penyusunan proposal ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan sajak awal hingga akhir penyusunan proposal ini. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti ini dapat terselesaikan. Dan perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan sitinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Unhas.
2. Ibu Silvia Malasari, S. Kep., Ns., MN dan Arnis Puspita R, S. Kep., Ns., M. Kes selaku pembimbing yang selalu tegas dan senantiasa memberikan masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan proposal penelitian ini.

3. Ibu Kusrini Kadar, S.Kep., Ns., MN., Ph.D & Bapak Nurhidayat Jafar, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji yang telah bersedia meluangkan waktunya dan memberikan banyak masukan serta arahan untuk hasil skripsi ini.
4. Bapak Abdul Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku Pembimbing akademik yang selalu senantiasa memberikan support, masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan skripsi ini.
5. Seluruh Dosen, Staf Akademik, Staf Perpustakaan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang banyak membantu selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
6. Kedua orang tua dan saudara-saudara saya yang selalu memberikan dukungan baik berupa dukungan moril maupun dukungan materi demi kelancaran segala kebutuhan saya.
7. Yang terspesial (Andi Nurman), Sahabat saya (Ratu, Amel, Giffar), Teman-Teman Cranial 2014 (Modi, Lusi, Kiki, Mawa, Risma, Umay), Siaga Ners 09, IPMI SIDRAP BKPT UNHAS (Dian, Ayhie, Mega, Cica, Iccang, Adik Almi & Ija), KKN PK Angkatan 56 Kelurahan Ballasaraja kecamatan Bulukumpa Kabupaten Bulukumba (K' Nirma, Nisa, Dina, K' Thalia, Ulfah, Nadia, Gio, Utha & Roem) serta Kakanda (Fatima Nur, Muh. Nardiansyah, Abdul Karim Syam) atas motivasinya, senantiasa sharing, memberi masukan, dan dukungan agar segera menyelesaikan tugas ini.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali berdoa semoga Allah SWT

senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati peneliti menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penelitian dan penyusunan proposal penelitian ini, karena sesungguhnya kebenaran dan kesempurnaan hanya milik Allah SWT semata. Oleh karena itu, peneliti senantiasa mengharpakan masukan yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 22 Oktober 2020

Dian Sari Hatta

## ABSTRAK

Dian Sari Hatta. C12114035. **GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG CARA PERTAWATAN LANSIA DENGAN GANGGUAN FUNGSI KOGNITIF DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS SUDIANG**, dibimbing oleh Silvia dan Arnis (xiii+128 halaman + 8 tabel + 2 bagan + 8 lampiran)

**Latar Belakang:** Gangguan fungsi kognitif merupakan kondisi yang mempengaruhi seseorang. Individu dengan masalah gangguan fungsi kognitif akan memiliki kesulitan dengan ingatan, perspsi, dan belajar. Anggota keluarga atau kerabat dekat memiliki peran dan fungsi yang sangat diperlukan untuk melakukan perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif. **Tujuan:** Untuk mengetahui pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif di wilayah kerja Puskesmas Sudiang

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain deskriptif observasional dengan metode penelitian kuantitatif. Populasi penelitian ini adalah lansia di wilayah kerja Puskesmas Sudiang dan keluarga lansia sebanyak 1.740 lansia. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan menggunakan rumus *Slovin* untuk penentuan sampel dan didapatkan 325 sampel. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner data demografi, *instrument ISSAC-WALKEY Impairment Meassure*, dan kuesioner pengetahuan keluarga.

**Hasil:** Pada penelitian ini didapatkan bahwa 82.2% responden lansia berusia 60-74 tahun yang mayoritas diantaranya berjenis kelamin perempuan sebesar 50.9% serta 72,8% lansia mengalami fungsi intelektual berat. Lebih dari setengah responden keluarga berjenis kelamin perempuan dengan hasil 58.4%, dengan rentang usia 20-36 sebanyak 39.7%, memiliki jenjang pendidikan SMA dengan hasil 53.1%, dan mayoritas keluarga IRT/Tidak Bekerja lebih banyak yaitu 60.9%, mayoritas keluarga memiliki budaya/suku Makassar 72.5%, serta sumber informasi kesehatan oleh petugas kesehatan 63.1%. Berdasarkan pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif didapatkan hasil 65% keluarga lansia berpengetahuan kurang dan 35% keluarga lansia berpengetahuan Baik.

**Kesimpulan dan saran:** Hasil penelitian bahwa pengetahuan keluarga lansia tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif memiliki pengetahuan kurang.

**Kata Kunci:** Pengetahuan, Keluarga, Lansia, Cara Perawatan, Gangguan Fungsi Kognitif

**Sumber Literatur:** 31 Kepustakawan (1998-2019)

## ABSTRAK

Dian Sari Hatta. C12114035. *DESCRIPTION OF FAMILY KNOWLEDGE ABOUT HOW TO CARE OF AN ELDERLY WHO EXPERIENCE DISRUPTION OF COGNITIVE FUNCTION IN WORKING AREA OF PUSKESMAS SUDIANG*, adviced by Silvia and Arnis (xiii + 128 pages + 8 tables + 2 charts + 8 attachments )

**Background:** Impaired function of cognitive a condition that affects a person. Individuals with problems interruption function cognitively would have difficulty with memory, perspsi, and learn. A Members of the family or close relatives have the roles and functions that are indispensable to care for the elderly with interference function cognitively.

**Purpose:** To know the knowledge of the family on how to care of elderly with interference function cognitively in the region work Puskesmas Sudiang.

**Methods:** The studies have used the design descriptive observational with methods of research quantitatively. The population of this study were the elderly in the working area of the Sudiang Health Center and the elderly families as many as 1,740 people a. Sampling using purposive sampling using the Slovin formula for sampling and obtained 325 samples. Data were collected using a demographic data questionnaire, the ISSAC-WALKEY Impairment Meassure instrument, and a family knowledge questionnaire.

**Results:** There was found that 82.2 % of respondents elderly people aged 60-74 years the majority of which various sex female at 50.9% and 72.8% of elderly clicking natural function of intellectual weight. More than half of respondents families manifold sex female with the results of 58.4%, with a range of ages 20-36 as much as 39.7%, have a level of education high school with the result of 53.1%, and mayority family IRT/Not Working over a lot that is 60.9%, the majority of families own culture Makassar tribe 72.5%, as well as the source of health information by health workers 63.1%. Based on the knowledge of the family on how to care of elderly with interference function of cognitive obtained results of 65% of families of elderly knowledgeable less and 35% of families of elderly knowledgeable Good.

**Conclusions and Recommendations:** The results of the study that the knowledge of families of elderly on how to care of elderly with interference fuction cognitive having knowledge less.

**Keywords:** Knowledge, Family, Elderly, How To Care, Impaired Function of Cognitive

**Literature Source:** 31 Librarians (1998-2019)



## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian .....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	4
1. Manfaat Teoritis.....	4
2. Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	6
A. Tinjauan Tentang Gangguan Fungsi Kognitif .....	6

1. Definisi .....	6
2. Gejala Gangguan Fungsi Kognitif .....	7
3. Faktor Resiko Gangguan Fungsi Kognitif.....	7
4. Instrumen Untuk Mengetahui Terjadinya Gangguan Fungsi Kognitif .....	9
<b>B. Tinjauan Tentang Lansia.....</b>	<b>10</b>
1. Definisi .....	10
2. Klarifikasi Lansia.....	11
3. Permasalahan Yang Terjadi Pada Lansia .....	11
4. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia .....	13
<b>C. Tinjauan Tentang Keluarga.....</b>	<b>15</b>
1. Definisi .....	15
2. Karakteristik Keluarga.....	16
3. Peranan keluarga.....	16
<b>D. Tinjauan Tentang Pengetahuan .....</b>	<b>17</b>
1. Definisi .....	17
2. Tingkat Pengetahuan.....	17
<b>E. Tinjauan Tentang Cara Perawatan Lansia Dengan Gangguan Fungsi Kognitif.....</b>	<b>20</b>
<b>BAB III KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>38</b>
<b>BAB IV METODE PENELITIAN.....</b>	<b>39</b>
<b>A. Rancangan Penelitian.....</b>	<b>39</b>

B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	39
1. Tempat Penelitian .....	39
2. Waktu Penelitian.....	39
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	39
1. Populasi .....	39
2. Sampel Penelitian .....	39
D. Alur Penelitian .....	42
E. Variabel Penelitian.....	43
1. Identifikasi Variabel .....	43
2. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif .....	43
F. Instrumen Penelitian dan Uji Coba Instrumen .....	44
1. Instrumen Penelitian .....	44
2. Uji Coba Instrumen Penelitian .....	45
G. Pengelolaan dan Analisa Data.....	46
H. Masalah Etika .....	47
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>49</b>
A. Hasil .....	49
B. Pembahasan .....	56
C. Keterbatasan Penelitian.....	58
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>59</b>

A. Kesimpulan.....	59
B. Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA .....	61
LAMPIRAN.....	64

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Daftar Periksa Kebersihan Rumah Mingguan .....	21
Tabel 2.2	Intervensi Masalah Makan .....	26
Tabel 2.3	Intervensi Pelestarian/Penyemprotan .....	27
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang (n=320) .....	50
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi Keluarga Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang (n=320) .....	52
Tabel 5.3	Distribusi Pengetahuan Responden Keluarga Lansia tentang Cara Perawatan Lansia gangguan fungsi kognitif Di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang (n=320) .....	53
Tabel 5.4	Pengetahuan Keluarga Lansia berdasarkan item pertanyaan tentang fungsi kognitif Di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang (n=320) .....	54
Tabel 5.5	Pengetahuan Keluarga Lansia berdasarkan item pertanyaan tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif Di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang (n=320) .....	55

## DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1. Kerangka Konsep .....	38
Bagan 4.1. Alur Penelitian .....	42

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Untuk Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 Uji Valid
- Lampiran 5 Master Tabel Penelitian
- Lampiran 6 Hasil Analisa Data
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 8 Surat Izin Etik Penelitian

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Indonesia merupakan salah satu negara dengan penduduk lansia yang semakin meningkat di setiap tahun. Jumlah lansia terdapat 8,9% di tahun 2013, dan di prediksi meningkat lebih tinggi di tahun 2100 sebesar 41% (Pusat Data dan Informasi, 2016). Dari data presentasi estimasi penduduk lansia pada tahun 2015 didapatkan sebaran data menurut Provinsi dengan presentasi lansia tertinggi adalah Yogyakarta dengan jumlah lansia 13,4% dan terendah adalah Papua dengan jumlah lansia 2,8%, dimana Sulawesi Selatan berada di urutan ke-6 dengan jumlah 8,8% (Pusat Data dan Informasi, 2016).

Di Sulawesi Selatan sendiri jumlah penduduk pada tahun 2015 yaitu 8.512.608 juta jiwa (Badan Pusat Statistik, 2016). Khususnya di Kota Makassar ini peningkatan jumlah penduduk sebesar 1.447.677 juta jiwa. Angka harapan hidup penduduk bila semakin meningkat akan membawa dampak pada peningkatan persentase penduduk lanjut usia. Jika pada tahun 2000 penduduk lansia sebesar 7,1% maka pada tahun 2015 meningkat menjadi 8,9% (Badan Pusat Statistik, 2016).

Masalah kesehatan yang sering dialami lanjut usia diantaranya yaitu malnutrisi, gangguan keseimbangan, dan kebingungan mendadak. Selain itu, beberapa penyakit yang sering terjadi pada lanjut usia antara lain hipertensi, gangguan pendengaran dan penglihatan, demensia, dan osteoporosis



(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia yaitu gangguan fungsi kognitif yang didukung dengan adanya penelitian di puskesmas Kassi-Kassi, Makassar yang menyatakan bahwa terdapat lansia yang mengalami gangguan, dengan kerusakan paling banyak ialah kerusakan intelektual ringan (Suriani, 2017). Salah satu gangguan fungsi kognitif yang sering terjadi yaitu demensia. Demensia merupakan suatu proses dimana terjadinya perubahan proses mengingat yang dapat menyebabkan tidak mampunya individu untuk melakukan aktivitas. Kejadian demensia di Indonesia sendiri diperkirakan mencapai 1.033 orang ditahun 2015 dan akan meningkat pada tahun 2030 sebanyak 1.894 orang (Alzheimer's Disease International & Alzheimer's Australia, 2014).

Dari masalah kehatan seperti penyakit demensia yang terjadi pada lansia membutuhkan cara perawatan khusus pada lansia yang mengalami demensia tersebut. Untuk itu anggota keluarga atau kerabat dekat memiliki peran dan fungsi yang sangat diperlukan untuk mengetahui cara perawatan lansia tersebut. Dari hasil penelitian di Posyandu lansia Desa Kalirejo wilayah kerja Puskesmas Lawang - Malang mengatakan bahwa dibutuhkan peran keluarga sebagai *support system* dalam menjaga serta membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia pada lansia demensia oleh keluarga (Kartikasari & Handayani, 2012).

Salah satu cara perawatan keluarga dengan gangguan fungsi kognitif yaitu menggunakan *Activity of Daily Living* (ADL), penelitian yang dilakukan

oleh Wulandari (2016) menjelaskan bahwa kemampuan lansia demensia dalam memenuhi kebutuhan ADL yaitu 59,0 % atau lebih dari setengahnya adalah mandiri dengan alat bantu. Terdapat hubungan antara demensia dengan kemampuan pemenuhan kebutuhan ADL pada lansia di Desa Kalirejo Wilayah Kerja Puskesmas Lawang-Malang, dengan nilai signifikansi 0,44 (signifikansi level 0,05).

Anggota keluarga atau kerabat dekat memiliki peran dan fungsi yang sangat diperlukan untuk mengetahui cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif. Oleh karena itu peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Gambaran Pengetahuan Keluarga Tentang Cara Perawatan Lansia Dengan Gangguan Fungsi Kognitif di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang”. Data yang didapatkan oleh penelitian pada bulan Mei-Juli 2018 bahwa di Puskesmas Sudiang yang mempunyai jumlah lansia sebanyak 1.740 lansia yang di mulai usia 60 tahun sampai usia <70 tahun.

## **B. Rumusan Masalah**

Gangguan fungsi kognitif merupakan salah satu penyakit yang sering di derita oleh lansia dan yang paling sering ditemukan. Akan tetapi banyak keluarga pasien yang tidak memahami apa sebenarnya gangguan fungsi kognitif itu dan bagaimana cara perawatan lansia yang mengalami gangguan fungsi kognitif tersebut. Untuk itu penting di ketahui tentang pengetahuan keluarga tentang gangguan fungsi kognitif dan pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka pertanyaan untuk penelitian ini yaitu, bagaimana pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Diketuinya pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif di wilayah kerja Puskesmas Sudiang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Diketuinya gambaran pengetahuan keluarga tentang gangguan fungsi kognitif pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Sudiang.
- b. Diketuinya gambaran pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia yang mengalami gangguan fungsi kognitif di wilayah kerja Puskesmas Sudiang.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Sebagai informasi tambahan dan pembelajaran dalam rangka menambah wawasan pengetahuan serta pengembangan diri khususnya dalam bidang penelitian mengenai gambaran pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif.

## **2. Manfaat Praktis**

### **a. Bagi peneliti**

Merupakan pengalaman yang berharga dalam rangka memperluas pengetahuan penelitian terkait pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif dan mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan selama kuliah.

### **b. Bagi Keluarga**

Sebagai salah satu tambahan informasi bagi keluarga lansia setelah dilakukan penelitian tentang pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan demensia. Serta menjadi rujukan pengetahuan untuk perawatan lansia kedepannya.

### **c. Bagi bidang akademik**

Sebagai informasi dan bahan bacaan khususnya di bidang Keperawatan Gerontik, Jiwa, dan Keluarga sehingga dapat bermanfaat bagi para pembaca dan peneliti selanjutnya.

### **d. Bagi peneliti selanjutnya**

Memberi informasi dan masukan terkait gambaran pengetahuan keluarga tentang cara perawatan lansia dengan gangguan fungsi kognitif untuk meningkatkan kualitas kita sebagai perawat.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Tentang Gangguan Fungsi Kognitif**

##### **1. Definisi**

Fungsi kognitif adalah proses memperoleh pengetahuan atau kemampuan kecerdasan yang meliputi cara berpikir, daya ingat, pengertian, perencanaan, dan pelaksanaan (Santoso & Ismail, 2009). Fungsi kognitif mengacu pada kemampuan umum untuk mengatur, memproses, dan mengingat informasi serta kemampuan untuk melaksanakan tugas-tugas kompleks (Ritter & Lampkin, 2012). Ketika terjadi kerusakan pada salah satu fungsi kognitif dapat diartikan sebagai gangguan fungsi kognitif.

Gangguan kognitif ialah hasil dari terganggunya kondisi mental yang dapat mempengaruhi fungsi kognitif seperti gangguan pada memori, persepsi, dan pemecahan masalah. Gangguan fungsi kognitif dapat terjadi akibat berbagai gangguan.

American Federation for Aging Research (dikutip dalam Ritter & Lampkin, 2012) mengatakan bahwa, Studi mos menunjukkan bahwa, secara umum, kemampuan kognitif berada pada puncaknya ketika orang berusia 30-an dan 40-an, dan mereka tetap berada di level tersebut hingga akhir 50-an atau awal 60-an, pada titik dimana perubahan kognitif mereka mulai menurun, tetapi hanya pada tingkat kecil. Efek perubahan kognitif biasanya bukan pemberitahuan sampai tahun 70-an dan seterusnya.

## **2. Gejala Gangguan Fungsi Kognitif**

Ingatan Jangka Pendek salah satu fungsi paling awal yang akan terpengaruh dan sering meningkatnya keparahan, dan mengingat hal yang sudah berlangsung sejak lama menjadi sangat sulit (Ritter & Lampkin, 2012).

Ritter & Lampkin (2012) mengatakan gejala pada gangguan kognitif dapat bervariasi tergantung rentang yang sangat luas dan tergantung pada tingkat keparahan. Adapun beberapa gangguan kognitif yang sering ditemui yaitu:

- a. Delirium; penurunan kesadaran akan lingkungan, perhatian dan gangguan memori, serta persepsi yang berubah.
- b. Demensia; gangguan memori, penilaian, fungsi intelektual, dan pemikiran abstrak
- c. Gangguan amnestic; defisit memori jangka pendek dan panjang, dan ketidakmampuan untuk mengingat informasi yang dipelajari sebelumnya atau untuk mempelajari informasi baru, serta apatis.

## **3. Faktor Resiko Gangguan Fungsi Kognitif**

Gangguan fungsi kognitif dapat terjadi karena terdapat beberapa hal yang dapat memengaruhi, yaitu:

- a. Umur

Umur yang semakin meningkat akan diikuti dengan perubahan dan penurunan fungsi anatomi, seperti semakin menyusutnya otak, dan perubahan di sistem saraf pusat sehingga dengan sendirinya bisa

menyebabkan terjadinya penurunan fungsi kognitif terutama pada mereka yang berusia 80 tahun ke atas (Li, et al., 2015).

b. Jenis Kelamin

Rasyid, Syafrita, & Sastri (2017) menjelaskan bahwa perempuan memiliki kemampuan mengalami gangguan fungsi kognitif sebesar 2,123 kali lebih berisiko dibanding laki-laki. Namun perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistika berdasarkan analisis *Chi Square* dengan  $P > 0,05$ .

c. Riwayat Pendidikan

Riwayat pendidikan dapat mempengaruhi fungsi kognitif seseorang. Gangguan kognitif lebih banyak dialami oleh mereka dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah dibandingkan mereka dengan tingkat pendidikan yang tinggi (Rasyid, Syafrita, & Sastri, 2017)

d. Riwayat Penyakit

Salah satu faktor terjadinya gangguan fungsi kognitif adalah suatu penyakit yang diderita oleh lansia. (Rasyid, Syafrita, & Sastri, 2017) mengemukakan bahwa riwayat penyakit yang diderita lansia berpengaruh terhadap fungsi kognitifnya. Penyakit yang dimaksud seperti gangguan kardiovaskuler (stroke, hipertensi, *cardiac disease*), diabetes, dan trauma kepala.

#### **4. Instrumen Untuk Mengetahui Terjadinya Gangguan Fungsi Kognitif**

Untuk mengetahui seseorang mengalami gangguan fungsi kognitif atau tidak, maka dilakukan screening dengan tools tertentu, beberapa diantaranya (Cordell, et al., 2013):

##### *a. Mini Mental State Examination (MMSE)*

MMSE digunakan untuk menguji aspek kognitif dari fungsi mental: orientasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melangkapi dan menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostic, namun berguna untuk mengkaji fungsi kognitif pasien.

##### *b. Short Portale Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

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

##### *c. Mini Cognitive*

*Mini Cognitive* merupakan instrument yang dapat meningkatkan deteksi gangguan kognitif pada lansia dan dapat dilaksanakan selama 3 menit. Instrument ini dapat digunakan secara efektif setelah dilakukan sebuah pelatihan singkat dibidang kesehatan dan pengaturan komunitas dan terdiri dari dua komponen tes recall 3 item untuk memori dan tes menggambar jam hanya dengan skor.



d. *Memory Impairment Screen* (MIS)

MIS merupakan skrining singkat yang dapat dilakukan untuk menilai kemampuan memori seseorang. Hal ini dilakukan bersama dengan alat skrining lainnya untuk mengevaluasi kognisi seseorang yang tampaknya menunjukkan beberapa kemungkinan terjadinya gangguan berpikir dan mengingat.

Selain instrument tersebut yang dijelaskan diatas, terdapat pula instrumen *ISAACS-WALKEY Impairment Measurement* yang dapat digunakan untuk mengetahui kerusakan kognitif yang dialami oleh lansia yang terdiri dari 9 pertanyaan dan dengan perhitungan nominal, jika kesalahan 0-2: fungsi intelektual utuh, jika kesalahan 3-4: kerusakan intelektual; ringan, jika kesalahan 5-7: kerusakan intelektual sedang, jika kesalahan 8-9: kerusakan intelektual berat.

## **B. Tinjauan Tentang Lansia**

### **1. Definisi**

Undang-Undang No 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pada bab 1 pasal 1 ayat 2 yang dimaksud lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas (Pemerintah Indonesia, 1998).

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara langsung menjadi tua, akan tetapi melalui tahap perkembangan dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Pada saat memasuki masa

lansia, seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011).

## 2. Klarifikasi Lansia

*World Health Organization* (dikutip dalam Azizah, 2011) menggolongkan lansia berdasarkan usia kronologis/biologis, yaitu:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (*elderly*) antara usia 60-74
- c. Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90
- d. Usia sangat tua (*very old*) di atas usia 90 tahun.

Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro (dikutip dalam Azizah, 2011) mengatakan bahwa, batasan umur lanjut usia yaitu:

- a. Masa dewasa muda (*elderly adulthood*) : 18 atau 20-25 tahun
- b. Masa dewasa penuh atau maturitas (*middle years*) : 24-60 atau 65 tahun
- c. Masa lanjut usia (*geriatric age*) : > 65 atau 70 tahun
  - 1) *Young old* (70-75 tahun)
  - 2) *Old* (75-80 tahun)
  - 3) *Very old* (>80 tahun)

## 3. Permasalahan Yang Terjadi Pada Lansia

Mumith & Siyoto (2016) mengatakan bahwa, permasalahan yang berkaitan dengan lansia antara lain:

- a. Secara individu, pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah, baik secara fiksi, biologi, mental, maupun social ekonomis.

- b. Semakin lanjut usia seseorang maka ia akan mengalami kemunduran terutama kemampuan fisik, yang mengakibatkan gangguan mencakupi kebutuhan hidupnya sehingga meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan.
- c. Kondisi lanjut usia dapat pula berpengaruh terhadap kondisi mental. Semakin lanjut usia seseorang, kesibukan sosialnya akan berkurang. Hal itu akan mengakibatkan berkurangnya integritas dengan lingkungan sehingga berdampak pada kebahagiaan lansia.
- d. Sebagian para lanjut usia masih mempunyai kemampuan untuk berkerja. Permasalahan yang timbul adalah bagaimana memfungsikan tenaga dan kemampuan lansia dalam situasi keterbatasan kesempatan kerja.
- e. Masih ada sebagian lansia yang mengalami keadaan terlantar. Selain tidak mempunyai bekal hidup dan pekerjaan/penghasilan, mereka juga tidak mempunyai keluarga/sebatang kara.
- f. Dalam masyarakat tradisiaonal, biasaya lansia dihargai dan dihormati sehingga dapat berperan yang berguna bagi masyarakat. Akan tetapi, dalam masyarakat industry ada kecenderungan mereka kurang dihargai sehingga mereka terisolasi dari kehidpan masyarakat.

#### 4. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Azizah (2011) mengatakan bahwa, salah satu masalah dan penyakit yang terjadi pada lansia yaitu perubahan kognitif, diantaranya:

a. *Memory* (Daya ingat, ingatan)

Daya ingat adalah kemampuan untuk menerima, mencamkan, menyimpan dan menghadirkan kembali rangsangan/peristiea yang pernah dialami seseorang. Pada lansia, daya ingat (*memory*) merupakan salah satu fungsi kognitif yang seringkali paling awal mengalami penurunan. Ingatan jangka panjang (*Long term memory*) kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek (*Short term memory*) atau seketika 0-10 menit memburuk.

b. *IQ (Intelligent Quocient)*

Lansia tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika (analisa, linier, sekuensial) dan perkataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan (fantasi) menurun.

c. Kemampuan Belajar

d. Kemampuan Pemahaman (*comprehension*)

Kemampuan pemahaman atau menangkap pengertian pada lansia mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengarannya lansia yang mengalami penurunan.

e. Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)

Banyak hal yang dahulunya dapat dilakukan lansia salah satunya yaitu dapat memecahkan masalah dengan cepat, tetapi seiring

bertambahnya usia menjadikan pemecahan pada lansia terhambat karena terjadinya penurunan fungsi indra pada lanjut usia. Hambatan yang lain dapat berasal dari penurunan daya ingat, pemahaman dan lain-lain, yang dapat mengakibatkan pemecahan masalah pada lansia menjadi lama.

f. Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)

Pengambilan keputusan pada umumnya berdasarkan data yang terkumpul, kemudian dianalisa, dipertimbangkan dan dipilih alternatif yang dinilai positif (menguntungkan), kemudian baru diambil suatu keputusan. Pengambilan keputusan pada lanjut usia sering lambat seolah-olah terjadi penundaan.

g. Kebijaksanaan (*Wisdom*)

h. Kinerja (*Performance*)

Pada lanjut usia akan mengalami penurunan kinerja baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Penurunan itu bersifat wajar sesuai perubahan organ-organ biologis ataupun perubahan yang sifatnya patologis.

i. Motivasi

Pada lansia, motivasi yang diberikan baik itu kognitif maupun afektif sangat berpengaruh untuk mencapai/memperoleh sesuatu yang cukup besar, namun motivasi tersebut seringkali kurang memperoleh dukungan kekuatan fisik maupun psikologis, sehingga hal-hal yang diinginkan banyak berhenti di tengah jalan.

Mumith & Siyoto (2016) mengatakan bahwa, perubahan yang terjadi pada lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan dengan berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh diantaranya, yaitu:

1. Keinginan terhadap hubungan intim dapat dilakukan dalam bentuk sentuhan fisik dan ikatan emosional secara mendalam.
2. Perubahan sensitivitas emosional pada lansia menimbulkan perubahan perilaku.
3. Pembatasan fisik, kemunduran fisik, dan perubahan peran social menimbulkan ketergantungan.
4. Pemberian obat pada lansia bersifat *paliatif care*, yaitu obat ditujukan untuk mnegurangi rasa sakit yang dirasakan lansia.
5. Penggunaan obat harus memerhatikan efek samping.

## **C. Tinjauan Tentang Keluarga**

### **1. Definisi**

Undang-Undang No 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pada bab 1 pasal 1 ayat 6 yang dimaksud keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya beserta kakek dan/atau nenek (Pemerintah Indonesia, 1998). Definisi keluarga bervariasi antar budaya. beberapa orang berpikir tentang keluarga inti (ibu, ayah, saudara kandung),

sedangkan yang lain juga termasuk bibi, paman, nenek, nenek moyang, dan anggota keluarga nonblood.

## **2. Karakteristik Keluarga**

Effendi & Makhfudi (2009) mengatakan bahwa karakteristik keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
- c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran social seperti peran suami, istri, anak, kakak, dan adik.
- d. Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya serta meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan social anggota keluarga yang lain.

## **3. Peranan keluarga**

Harnilawati (2013) mengatakan bahwa, setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing antara lain adalah:

### **a. Ayah**

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga, dan sebagai anggota masyarakat sosial tertentu.

b. Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, perlindungan keluarga, dan sebagai pencari nafkah tambahan keluarga, serta sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

c. Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, sosial, mental, dan spiritual.

## **D. Tinjauan Tentang Pengetahuan**

### **1. Definisi**

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010).

### **2. Tingkat Pengetahuan**

Notoatmodjo (2010), mengatakan bahwa tingkat pengetahuan secara garis besar dibagi dalam 6, yakni:

a. Tahu

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Misalnya: tau bahwa buah tomat banyak mengandung vitamin, jamban adalah tempat membuang air besar, penyakit demam berdarah ditularkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti*, dan sebagainya. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan misalnya: apa tanda-



tanda anak kurang gizi, apa penyebab penyakit TBC, bagaimana cara melakukan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk), dan sebagainya.

b. Memahami

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut. Misalnya orang memahami cara pemberantasan penyakit demam berdarah, bukan hanya sekedar menyebutkan 3 M (mengubur, menutup, dan menguras), tetapi harus dapat menjelaskan mengapa harus menutup, menguras, dan sebagainya, tempat-tempat penampungan air tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain. Misalnya seseorang yang telah paham tentang proses perencanaan, ia harus dapat membuat perencanaan program kesehatan di tempat ia bekerja atau dimana saja, orang yang telah paham metodologi penelitian, ia akan mudah membuat proposal penelitian di mana saja, dan seterusnya.

d. Analisis (*analysis*)

Analisi adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikator bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis

adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut. Misalnya, dapat membedakan antara nyamuk *Aedes Aegypti* dengan nyamuk biasa, dapat membuat diagram (*flowchart*) siklus hidup cacing kremi, dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Misalnya dapat membuat atau meringkas dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar dan dapat membuat kesimpulan tentang artikel yang telah dibaca.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat. Misalnya seseorang ibu dapat menilai atau menentukan seorang anak menderita melnutrisi atau tidak, seseorang dapat menilai manfaat ikut keluarga berencana bagi keluarga, dan sebagainya.

## **E. Tinjauan Tentang Cara Perawatan Lansia Dengan Gangguan Fungsi Kognitif**

Brown & Stoffel (2011) menjelaskan ada dua pendekatan utama untuk mengatasi gangguan kognitif: remediasi dan kompensasi. Dalam pendekatan kompensasi, terapis lingkungan, tugas, atau metode pengajaran untuk mengkompensasi gangguan kognitif. Pemisahan ini tidak selalu hitam dan putih, dengan beberapa intervensi menggabungkan kedua strategi.

### **1. Remediasi kognitif**

Remediasi kognitif ditujukan untuk meningkatkan atau memulihkan keterampilan kognitif tertentu, seperti perhatian, memori, dan pemecahan masalah, sehingga individu dapat lebih berhasil terlibat dalam pekerjaan sehari-hari. Pengulangan dan latihan adalah karakteristik penting dari remediasi kognitif. Akibatnya, sesi intervensi sering termasuk latihan pekerjaan rumah.

### **2. Adaptasi kognitif**

Adaptasi kognitif yang dapat dilakukann yaitu dengan menyesuaikan analisis tugas dan lingkungan. Analisis tugas dan penilaian lingkungan adalah langkah pertama menuju pengembangan adaptasi kognitif. Analisis tugas yang dapat diberikan misalnya, tugas memasak dapat diadaptasikan dengan menggunakan bahan yang sudah dicincang, makanan siap saji, dan resep sederhana dengan langkah dan bahan yang terbatas.

Adaptasi lingkungan sering termasuk penggunaan isyarat seperti label, tanda, simbol, alarm, dan penyeranta. Lemari atau laci dapat diberi label

untuk menunjukkan isinya. Tanda yang memberikan pengingat dapat ditempatkan di lokasi yang relevan; misalnya, tanda yang menyatakan "jangan lupa kunci Anda" dapat ditempatkan di bagian dalam pintu. Jam alarm dan pengatur waktu digunakan oleh kebanyakan orang untuk bangun di pagi hari atau untuk waktu memanggang kue, tetapi sistem yang lebih canggih tersedia untuk mengingatkan individu untuk minum obat mereka, mengikuti rutin perawatan diri, dan memperingatkan pengasuh yang seseorang telah meninggalkan rumah.

Kalender dan agenda harian dapat digunakan untuk membantu memberikan pengingat janji temu dan jadwal harian. Daftar periksa berguna dalam membantu membangun rutinitas. Misalnya, individu yang mengalami kesulitan mengatur pembersihan rumah atau merasa kewalahan oleh tugas dapat mengajukan daftar periksa mingguan untuk membuat pembersihan rumah lebih mudah dikelola.

*Table 2.1 Daftar Periksa Kebersihan Rumah Mingguan*

Minggu	Cuci piring	x
Senin	Cuci piring	x
	Membuang sampah	x
Selasa	Cuci piring	x
	Membersihkan kamar mandi	
Rabu	Cuci Piring	x
	Debu	x
Kamis	Cuci piring	
	Vaccum dan menyapu lantai	
Jumat	Cuci piring	x
Sabtu	Cuci piring	x
	Cucian	

Anggota keluarga atau teman sebaya dapat memberikan pengingat atau isyarat. Individu yang sama ini juga dapat melakukan tugas bersama

klien untuk bertindak sebagai model. Dukungan masyarakat yang terjadi secara alami juga harus dipertimbangkan. Seorang sopir bus yang ramah mungkin bersedia membantu seseorang mengenali pemberhentian mereka, teman sekelas dapat menjadi mitra studi, atau pegawai di toko kelontong mungkin tersedia untuk membantu orang menemukan barang.

### 3. Orientasi realitas dan terapi validasi

Orientasi realitas adalah intervensi kognitif yang digunakan terutama untuk orang dewasa dengan demensia. Ini dapat disajikan sepanjang hari sebagai teknik interaksi berkelanjutan atau sebagai pertemuan kelompok. Tujuan dari orientasi realitas adalah untuk mengurangi disorientasi yang terkait dengan demensia.

Teknik orientasi realitas umum termasuk penggunaan informasi daftar dewan realitas seperti waktu, tanggal, makanan berikutnya, dll: label nama dan label untuk kamar: aktivitas kenang-kenangan: dan mengingatkan orang-orang tentang nama dan situasi.

Eliopoulos (2014) menjelaskan bahwa sifat demensia yang irreversibel dan progresifnya yang memburuk dapat berdampak buruk pada individu yang terkena dan keluarga mereka. Sebagian besar perawatan yang dibutuhkan oleh orang dengan demensia termasuk dalam lingkup praktik keperawatan diantaranya:

#### 1. Memastikan keselamatan pasien

Salah satu pertimbangan perawatan utama adalah keamanan pasien dengan demensia. Lingkungan yang aman dan terstruktur sangat penting. Item

untuk memicu memori berguna seperti foto-foto pasien atau simbol yang digunakan secara konsisten (misalnya, bunga atau segitiga) di pintu kamar tidur atau barang-barang pribadi. Kebisingan, aktivitas, dan tingkat pencahayaan dapat membuat pasien terlalu berangsur-angsur dan menurunkan fungsi; dengan demikian, mereka perlu dikontrol.

## 2. Mempromosikan terapi dan aktivitas

Berbagai terapi dan kegiatan dapat ditawarkan kepada pasien dengan demensia, tergantung pada tingkat fungsi pasien. Terapi okupasi dan terapi ekspresif dapat bermanfaat bagi mereka yang menderita demensia dini. Berbagai tingkat orientasi realitas, mulai dari kelompok-kelompok harian untuk mengingatkan pasien siapa dia selama setiap interaksi, dapat digunakan. Bahkan pasien yang paling kemunduran dapat mempertahankan kontak dan memperoleh stimulasi melalui kegiatan, seperti mendengarkan musik, mengelus binatang, dan menyentuh berbagai objek. Disentuh juga merupakan pengalaman yang menyenangkan dan merangsang.

Teknik komunikasi yang dimodifikasi dapat memfasilitasi aktivitas. Beberapa strategi yang bermanfaat termasuk:

- a. Menggunakan kalimat sederhana yang hanya mengandung satu instruksi ide
- b. Berbicara dengan tenang menggunakan nada dewasa (bukan bicara bayi)
- c. Menghindari kata atau frasa yang dapat disalahartikan atau sarkasme
- d. Menawarkan peluang untuk keputusan sederhana
- e. Mengenali upaya dengan umpan balik positif

f. Mengamati ekspresi dan perilaku nonverbal.

### 3. Memberikan perawatan fisik

Kebutuhan perawatan fisik pasien dengan demensia tidak boleh diabaikan. Orang-orang ini mungkin tidak mengeluh bahwa mereka lapar, jadi tidak ada yang menyadari bahwa mereka telah mengonsumsi kurang dari seperempat makanan yang disajikan; mereka mungkin tidak ingat untuk minum air, sehingga mereka bisa mengalami dehidrasi; mereka mungkin melawan mandi mereka begitu kuat sehingga mereka ditinggalkan tanpa cedera; dan tekanan bisul di bokong mereka mungkin tidak diperhatikan.

Pasien-pasien ini memerlukan pengamatan yang cermat dan perhatian yang teliti terhadap kebutuhan fisik mereka. Pertimbangan harus diberikan pada ketidakmampuan potensial mereka untuk mengkomunikasikan ketidaknyamanan kebutuhan mereka; perubahan halus dalam perilaku atau fungsi, meringis wajah, atau sentuhan berulang dari bagian tubuh dapat memberikan petunjuk bahwa ada masalah. Konsistensi dalam pengasuh memungkinkan pengasuh untuk menjadi akrab dengan perilaku unik pasien dan lebih cepat mengenali penyimpangan dari norma individu itu.

Mauk (2014) menjelaskan ada beberapa cara untuk melakukan perawatan lansia dengan gangguan kognitif seperti demensia, diantaranya:

1. Pengobatan nonfarmakologi untuk demensia

Peran besar untuk perawat dalam perawatan demensia, adalah menerapkan proses keperawatan untuk meningkatkan kenyamanan, fungsi, dan martabat untuk orang dengan demensia. Perawat menggunakan teori tentang perawatan demensia untuk memandu penilaian, diagnosis keperawatan, perencanaan, intervensi, dan evaluasi berkelanjutan.

- a. Intervensi lingkungan

Mengelola lingkungan orang dengan demensia adalah komponen dari sebagian besar teori perawatan demensia. Lingkungan perawatan akut, dengan rangsangan ganda dan bersaing, Menjadi sangat menegangkan bagi orang dengan demensia, yang memiliki kemampuan menurun untuk beradaptasi dengan perubahan. Perawat harus menilai dan memodifikasi lingkungan untuk mengontrol informasi yang diterima pasien.

- b. Intervensi kenyamanan fisik

Intervensi untuk mempromosikan eliminasi, kenyamanan, fungsi sensorik, dan tidur yang cukup dan nutrisi akan berkontribusi untuk kesejahteraan secara keseluruhan untuk orang dengan demensia.

2. Intervensi aktivitas

Orang dengan demensia membutuhkan keseimbangan antara kegiatan yang merangsang dan menenangkan. Terlalu banyak atau terlalu sedikit aktivitas dapat menyebabkan gejala perilaku dan psikologis. Individu yang lebih



ekstrovert mungkin lebih menyukai aktivitas kelompok kecil; individu yang lebih introvert mungkin lebih memilih satu-satu-satu atau kegiatan individu. Aktivitas fisik kelompok dapat membantu memenuhi kebutuhan olahraga dan sosialisasi.

### 3. *Activity of Daily Living*

Seiring berkembangnya penyakit, orang dengan demensia menjadi lebih tergantung pada pengasuh untuk bantuan dengan *Activity of Daily Living* (ADL).

Menyarankan intervensi untuk masalah makan / makan	
Benar-benar menyiapkan baki makanan (karton terbuka, potong makanan)	Gunakan "tangan-over-hand" makan (tangan Anda memandu mereka)
Tawarkan makanan kecil, sering, dan kudapan	Dengan lembut tandai orang tersebut untuk terus makan, mengunyah, dan menelan
Saat makan, sediakan satu makanan dan satu perkakas dalam satu waktu	Hindari berkomentar tentang tata krama atau kekacauan
Berikan makanan jari bergizi	Berikan orang dengan perlindungan yang bermartabat untuk pakaian
Berikan suplemen nutrisi, jika diindikasikan	Jika agitasi berkembang saat menyusui, berhenti dan coba lagi nanti
Menawarkan cairan dalam wadah yang bisa dikelola sendiri (cangkir "sippy", botol olahraga)	Hindari memberi makan secara paksa
Meminta terapi wicara (ST) dan terapi okupasi (OT) layanan, jika diperlukan	Yakinkan orang bahwa makanannya telah dibayar untuk (perhatian umum)
Berikan alat adaptif, jika diindikasikan (OT akan memesan)	Pantau berat badan untuk mendeteksi untung atau rugi
Bantu klien untuk memberi makan diri sendiri, daripada memberi makan, jika memungkinkan	

Table 2.2 Intervensi Masalah Makan

Menyarankan intervensi untuk mempromosikan pelestarian / penyemprotan	
Pastikan toilet terlihat	Gunakan bantalan / celana inkontinensia, sesuai kebutuhan
Jaga pintu kamar mandi tetap terbuka	Untuk orang yang masih menggunakan toilet, gunakan produk pelindung tipe “pull-up”
Tempatkan tanda / gambar sebagai isyarat visual	Berikan cairan yang cukup di siang hari
Jaga agar jalur ke kamar mandi bersih	Batasi cairan pada waktu tidur
Secara sistematis menilai pola berkemih dan buang air besar	Hindari minuman dengan kafein
Tawarkan toilet sering	Pastikan serat yang cukup dalam diet

Table 2.3 Intervensi Pelestarian/Penyemprotan

Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner (2013) dalam buku *Nursing Intervention Classification* (NIC) menjelaskan bahwa intervensi yang dapat dilakukan dalam keperawatan gerontik yaitu:

#### 1. Manajemen Delirium

Definisi: Penyediaan lingkungan yang aman dan terapeutik bagi pasien yang mengalami fase kebingungan akut

Aktivitas-aktivitas:

- a. Kenali perasaan dan ketakutan pasien
- b. Biarkan pasien melakukan kebiasaan-kebiasaan yang bisa mengurangi kecemasan
- c. Berikan pasien informasi mengenai apa yang terjadi dan apa yang bisa terjadi dimasa mendatang
- d. Jangan mengajak pasien berfikir abstrak jika pasien hanya bisa berfikir mengenai sesuatu yang konkrit

- e. Batasi kebutuhan untuk mengambil keputusan yang bisa membuat pasien merasa frustrasi dan bingung
- f. Singkirkan stimulus, jika memungkinkan, yang bisa memicu stimulasi sensori yang berlebihan (misalnya, TV atau pengumuman lewat intercom)
- g. Sediakan lingkungan yang tertutup dengan bik untuk menghindari adanya kontras cahaya yang berlebihan maupun bayangan
- h. Bantu pemenuhan kebutuhan terkait nutrisi, eliminasi, hidrasi dan kebersihan pribadi
- i. Sediakan lingkungan yang bebas dari bahan yang berbahaya
- j. Informasikan pasien terkait orang, tempat dan waktu jika diperlukan
- k. Berikan lingkungan fisik dan kegiatan rutin sehari-hari yang konsisten
- l. Gunakan petunjuk lingkungan (misalnya, tanda, gambar, jam, kalender, dan kode warna untuk lokasi tertentu) untuk menstimulasi memori, re-orientasi dan meningkatkan perilaku dengan tepat
- m. Dukung penggunaan alat yang bisa meningkatkan input sensori (misalnya, kacamata, alat bantu dengar, dan gigi palsu)
- n. Berkomunikasilah dengan Bahasa yang sederhana, langsung jelas
- o. Berikan informasi baru secara perlahan dan sedikit demi sedikit dengan periode istirahat yang sering

## 2. Manajemen demensia

Definisi: Penyediaan lingkungan yang dimodifikasi bagi pasien yang mengalami keadaan kebingungan kronis

Aktivitas-aktivitas:

- a. Identifikasi pola-pola perilaku biasa untuk kegiatan seperti tidur, penggunaan obat, eliminasi, asupan makanan, dan perawatan diri
- b. Sediakan lingkungan dengan stimulasi yang rendah (misalnya, lingkungan yang tenang, music menenangkan, redup dan sederhana, pola yang tidak asing pada dekorasi, harapan-harapan kinerja yang tidak melebihi kemampuan pengolahan kognitif, dan dalam dalam kelompok kecil)
- c. Berikan pencahayaan memadai yang tidak menilaukan
- d. Identifikasi dan singkirkan potensi bahaya di lingkungan pasien.
- e. Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas sehari-hari yang konsisten
- f. Siapkan untuk berinteraksi dengan menggunakan kontak mata dan sentuhan, yang sesuai
- g. Panggil pasien dengan jelas, dengan nama ketika memulai interaksi, dan bicara perlahan
- h. Bicara dengan jelas, rendah, henta, nada menghormati
- i. Berikan waktu istirahat untuk mencegah kelelahan dan mengurangi stress
- j. Berikan isyarat/petunjuk, seperti peristiwa saat ini, musim, lokasi, dan nama-nama untuk membantu orientasi
- k. Berikan pasien (aktivitas) orientasi yang umum dan sesuai musim pertahun dengan menggunakan isyarat/petunjuk yang tepat (misalnya,

dekorasi hari libur, dekorasi dan kegiatan musim, dan akses area di luar ruangan)

- l. Kurangi tingkat kebisingan dengan menghindari sistem panggilan dan lampu panggilan yang bordering atau bunyi berdengung
- m. Beri label foto-foto yang tidak asing dengan menggunakan nama-nama individu dalam foto
- n. Diskusikan dengan temn dan anggota keluarga beagaimana cara terbaik untuk berinteraksi dengan pasien
- o. Bantu keluarga untuk memahami bahwa mungkin mustahil bagi pasien untuk belajar materi baru
- p. Batasi jumlah pilihan-pilihan yang harus dibuat pasien, sehingga tidak menimbulkan kecemasan
- q. Berikan pembatas, seperti pita merah atau kuning di lantai, ketika suatu unit rendah stimulasi tidak tersedia
- r. Tempatkan nama psien dengan huruf cetak besar di ruangan dan pada pakaian, yang diperlukan
- s. Gunakan symbol daripada tanda-tanda tertulis, untuk membantu pasien menemukan ruang, kamar mandi, atau area lain

### 3. Manajemen demensia: Keluyuran

Definisi: pemberian perawatan pada pasien yang melakukan pola mondar-mandir, upaya melarikan diri, atau tersesat kecuali di temani

Aktivitas-aktivitas:

- a. Identifikasi dan singkirkan potensi bahaya bagi pasien di lingkungan sekitar pasien
- b. Modifikasi aspek berbahaya dari rumah pasien (yaitu, singkirkan karpet, beri label kamar, dan jaga rumah dengan penerangan yang baik)
- c. Ingatkan tetangga mengenai perilaku keluyuran pasien
- d. Ingatkan polisi dan ambil gambar terakhir pasien
- e. Beri tanda pasien dengan gelang atau kalung tanda medis
- f. Sediakan lingkungan dengan stimulasi rendah (misalnya, lingkungan tenang, musik menenangkan, pencahayaan redup dan sederhana, pola yang tidak asing pada dekorasi, harapan-harapan terhadap kinerja (pasien) yang tidak melebihi kemampuan berfikir secara kognitif, dan makan dalam kelompok kecil)
- g. Monitor nutrisi dan berat badan
- h. Monitor obat, efek samping, dan efek terai yang diinginkan
- i. Tempatkan nama pasien dengan huruf cetakan besar di kamar, pada pakaian, jika diperlukan
- j. Diskusikan isu-isu keamanan rumah beserta intervensinya
- k. Pasang kunci pengaman yang rumit pada pintu keluar atau ruang bawah tanah
- l. Pasang alarm dan perangkat sensor pada pintu
- m. Gunakan perangkat elektronik berteknologi untuk mencari dan memantau (perilaku) keluyuran (misalnya, Satelit Polisi Global/GPS

(global position Satelite). Identifikasi Frekuensi Radio RFID (Radio Frequency Identification))

- n. Berikan batas-batas, seperti pita merah atau kuning di lantai, ketika suatu unit rendah stimulasi tidak tersedia
- o. Gunakan simbol daripada hanya tanda-tanda tertulis untuk membantu pasien menemukan ruangan, kamar mandi, dan area lain
- p. Pasang palang pegangan (bar) keselamatan di kamar mandi
- q. Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas sehari-hari yang konsisten
- r. Sediakan tempat yang terjamin dan aman untuk (akomodasi) keluyuran
- s. Hindari situasi yang asing, bila memungkinkan (misalnya, perubahan ruangan dan perubahan janji tanpa kehadiran orang yang familiar dengan pasien)
- t. Berikan pasien kartu dengan petunjuk-petunjuk sederhana (alamat dan nomor telepon) jikalau pasien tersesat
- u. Gunakan lampu malam
- v. Berikan pencahayaan memadai yang tidak menyilaukan
- w. Perkenalkan diri saat memulai kontak
- x. Bicara dengan suara jelas, rendah, hangat serta dengan nada yang menghormati
- y. Berikan waktu istirahat untuk mencegah kelelahan dan mengurangi stress

#### 4. Bantuan perawatan diri

Definisi: membantu orang lain untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Aktivitas-aktivitas

- a. Monitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan
- b. Berikan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan (lingkungan) yang hangat, santai, tertutup dan (berdasarkan) pengalaman individu
- c. Berikan peralatan kebersihan pribadi (misalnya, deodorant, sikat gigi, dan sabun mandi)
- d. Lakukan pengulangan yang konsisten terhadap rutinitas kesehatan yang dimaksudkan untuk membangun (perawatan diri)
- e. Dorong kemandirian pasien, tapi bantu pasien ketika tak mampu melakukannya
- f. Ajarkan orangtua/keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan (perawatan diri)



## 5. Bantuan perawatan diri: Mandi/kebersihan

Definisi: membantu pasien melakukan kebersihan diri

Aktivitas-aktivitas

- a. Letakkan handuk, sabun, deodorant, alat bercukur, dan asesoris lain yang diperlukan di sisi tempat tidur atau kamar mandi
- b. Sediakan barang pribadi yang diinginkan (misalnya, deodorant, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)
- c. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi, dan pengalaman pribadi
- d. Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat
- e. Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, dengan tepat
- f. Monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien
- g. Monitor integritas kulit pasien
- h. Jaga ritual kebersihan
- i. Fasilitasi untuk mempertahankan rutinitas waktu tidur pasien yang biasanya, tanda sebelum tidur, dan obyek yang familiar untuk pasien (misalnya, untuk anak-anak, selimut/mainan favorit, ayunan, dot, atau bercerita; untuk prang dewasa, buku untuk dibaca atau bantal dari rumah), dengan tepat
- j. Dukungan orangtua/keluarga berpartisipasi dalam ritual menjelang tidur yang biasa dilakukan dengan tepat

- k. Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri

6. Bantuan perawatan diri: pemberian makan

Definisi: membantu seseorang untuk makan

Aktivitas-aktivitas

- a. Atur meja dan nampan makanan agar (terlihat) menarik
- b. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan (misalnya, jauhkan dari pandangan benda-benda seperti pispot, urinal, dan suksion)
- c. Pastikan posisi pasien yang tepat untuk memfasilitasi mengunyah dan menelan
- d. Berikan penurunan nyeri yang cukup sebelum makan, dengan tepat
- e. Berikan kebersihan mulut sebelum makan
- f. Makanan disajikan dengan tepat dalam nampan, sesuai kebutuhan, misalnya daging yang sudah dipotong atau telur yang telah dikupas
- g. Buka bungkus makanan
- h. Jangan meletakkan makanan pada sisi dimana pandangan seseorang tidak dapat melihat
- i. Berikan sedotan minuman, sesuai kebutuhan atau sesuai keinginan
- j. Berikan makanan dengan suhu yang paling sesuai
- k. Sediakan makanan dan minuman yang disukai, dengan tepat

1. Berikan alat-alat yang bisa memfasilitasi pasien untuk diri sendiri (misalnya, pegangan yang panjang, pegangan dan lingkaran yang besar atau, ada tali kecil pada alat makan sesuai kebutuhan)

#### 7. Bantuan perawatan diri: Berpakain/berdandan

Definisi: Membantu pasien dalam berpakaian dan berpenampilan

Aktivitas-aktivitas

- a. Informasikan pasien mengenai ketersediaan pilihan pakaian
- b. Sediakan pakaian pasien di area yang dapat dijangkau (misalnya, di sisi tempat tidur)
- c. Sediakan pakaian pribadi, dengan tepat
- d. Bersedia memberikan bantuan dalam berpakaian, sesuai kebutuhan
- e. Fasilitasi pasien untuk menyisir rambut, dengan tepat
- f. Fasilitasi pasien untuk mencukur sendiri, dengan tepat
- g. Bantu pasien memasang tali sepatu, kancing baju, dan resleting, sesuai kebutuhan
- h. Gunakan alat tambahan untuk menarik pakaian, jika tepat
- i. Tawarkan untuk mencuci baju, sesuai kebutuhan
- j. Letakkan pakaian kotor ke tempat pencucian
- k. Tawarkan untuk menggantungkan pakaian atau letakkan di tempat pakaian
- l. Tawarkan untuk membilas pakaian yang khusus, misalnya (bahan pakaian) nilon
- m. Puji usaha untuk berpakaian sendiri

n. Fasilitasi bantuan tukang cukur atau salon kecantikan, jika diperlukan

#### 8. Bantuan perawatan diri: Eliminasi

Definisi: Membantu dalam eliminasi

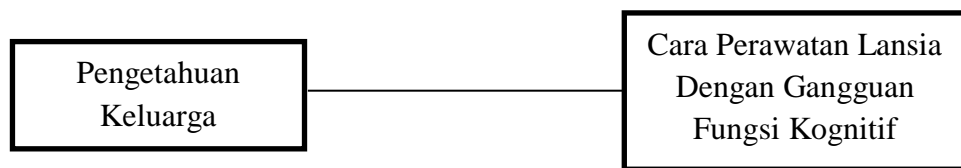
Aktivitas-aktivitas

- a. Lepaskan baju yang diperlukan sehingga bisa melakukan eliminasi
- b. Bantu pasien ke toilet atau tempat lain untuk eliminasi pada interval tertentu
- c. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi
- d. Beri privasi selama eliminasi
- e. Siram toilet/bersihkan alat-alat untuk eliminasi (kursi toilet/commode, pispot)
- f. Buatlah jadwal aktivitas terkait eliminasi, dengan tepat
- g. Instruksikan pasien atau yang lain dalam rutinitas toilet
- h. Buatlah kegiatan eliminasi, dengan tepat dan sesuai kebutuhan
- i. Sediakan alat bantu (misalnya, kateter eksternal atau urinal) dengan tepat
- j. Monitor integritas kulit pasien

### **BAB III**

#### **KERANGKA KONSEP**

Kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



**Bagan 1 Kerangka Konsep**