

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN DEPRESI
DI PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN**



RAHMA DHIYA AULIA

223110305

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMEKES POLTEKKES PADANG
2025**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN DEPRESI DI PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN

*Diajukan Ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan poltekkes kemenkes
Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan*



**RAHMA DHIYA AULIA
223110305**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**









DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rahma Dhiya Aulia
NIM : 223110305
Tempat/ Tanggal Lahir : Tj.Balit / 10 November 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Orang Tua
Ayah : Mulhaldi, S.Ag
Ibu : Nurhayanis, S.Pd
Alamat : Villa Sentosa Asri Blok A No 29 km 4 Tebo-Bungo Kel.Tebing Tinggi Kec.Tebo Tengah Kab.Tebo Prov.Jambi

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Al-Washliyah	2009 - 2010
2.	SD	SD Islam AL-Washliyah	2010 - 2016
3.	SMP	MTSM Al-Mumtaz	2016 - 2019
4.	SMA	MAN 2 Tebo	2019 - 2022
5.	D - III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2022 - 2025

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yakni Allah SWT yang telah melimpahkan berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Penelitian ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Lansia dengan Depressi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin”**.

Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada bapak **TASMAN,S.Kp,M.Kep,Sp.Kom** selaku dosen pembimbing I dan bapak **N.RACHMADANUR,S.Kp,MKM** selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyelesaikan Penelitian ini.

Peneliti juga mengucapkan terimah kasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kep.M.Kep,Sp.Jiwa selaku Direktur Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
2. Bapak Tasman, M. Kep, Sp. Kom selaku ketua Jurusan Keperawatan Padang Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
4. Bapak Tasman, M. Kep, Sp. Kom selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktun, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, semangat dan motivasi yang diberikan dalam membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas segala bantuan yang telah bapak berikan,yang selalu menyemangati dan menginspirasi penulis, sungguh suatu kehormatan dan rasa sangat bangga penulis berkesempatan menjadi mahasiswa bimbingan bapak.

5. Bapak N. Rachmadanur, S.Kp.MKM selaku pembimbing pendamping yangtelah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, semangat dan motivasi yang diberikan dalam membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini Terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala bantuan yang telah ibu berikan,yang selalu menyemangati dan menginspirasi penulis, sungguh suatukehormatan dan rasa sangat bangga penulis berkesempatan menjadimahasiswa bimbingan ibu.
6. Bapak dan ibu dploma 3 keperawatan Padang dan staff yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal penelitian selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
7. Ibu Ns.Yessi Fadriyanti, S.Kep,M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, doa restu dan saran bagi penulis selama perkuliahan Diploma 3 Keperawatan Padang
8. Teristimewa Kepada Orang Tua dan keluarga saya yang selalu memberikan dukungan, semangat dan doa kepada saya yang tidak bisa diukur dan dinilai dengan apapun
9. Saudara tersayang (M.F.A) yang telah memberikan doa, semangat dan dukungan serta ikut serta membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak didapatkan dimanapun.
10. Teman-teman dan semua pihak yang tidak bisa untuk disebutkan satu persatu yang telah membantu saya dalam menyelesaikan Proposal Penelitian ini.
11. Kepada orang istimewa (F) yang turut menjadi support system bagi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa penulis sebutkan yang telah memberikan doa semangat dan dukungan.
12. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang secaralangsung maupun tidak langsung telah membantu penulis dalammenyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

13. Kepada diri saya sendiri terima kasih banyak karena telah berjuang sejauhini dan memilih untuk tidak menyerah dalam kondisi apapun, saya banggadengan diri saya sendiri karena telah menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah iniidengan lika-liku kehidupan dan perkuliahan yang dijalani.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata kesempurnaan. Peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak yang dapat mendukung untuk kesempurnaannya. Akhir kata penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta penulis mendoakan semoga segala bantuan dan masukan yang telah diberikan mendapatkan balasan kebaikan dari Allah SWT, Aamiin.

Padang, 10 Juni 2025

Peneliti

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025
Rahma Dhiya Aulia**

Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Depresi Di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin

Isi: x + 92 halaman, 14 lampiran

ABSTRAK

Depresi merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasa sedih, kecewa saat mengalami suatu perubahan, kehilangan maupun kegagalan. Depresi sangat rentan terjadi pada lanjut usia karena faktor kehilangan, penurunan kesehatan fisik dan kurangnya dukungan keluarga. Jumlah lansia depresi di Indonesia saat ini mencapai 2,72 juta jiwa yaitu 10% dari jumlah lansia di Indonesia (WHO 2023).

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan metode studi kasus. Dilakukan di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dari November 2024 sampai Juni 2025. Sampel penelitian ini 1 orang lansia dari 14 orang lansia depresi yang diambil melalui pengkajian format skala depresi, yang dilakukan dengan observasi, pemeriksaan fisik, wawancara dan dokumentasi. Analisis penelitian adalah membandingkan hasil penelitian dengan teori dan jurnal.

Hasil pengkajian klien merasa putus asa, tidak memiliki semangat dan merasa tidak berdaya. Diagnosa yang ditemukan adalah keputusasaan, isolasi sosial dan harga diri rendah. Intervensi keperawatan dengan identifikasi kemampuan dan perasaan klien kemudian memotivasi klien untuk melakukan aktifitas yang mampu dilakukan dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Evaluasi didapatkan tingkat depresi berkurang di hari kelima yang ditandai dengan klien sudah mampu berinteraksi dengan lingkungan, dan melakukan aktifitas yang mampu dilakukan seperti hobinya.

Masalah keperawatan klien merasa tidak berdaya, merasa putus asa, tidak mau berinteraksi dapat teratasi ditandai dengan klien menunjukkan keinginan untuk melakukan interaksi, bergabung dalam kelompok dan mampu mengungkapkan perasaan. Disarankan agar klien melanjutkan intervensi yang sudah diberikan untuk mengurangi nilai negatif yang klien rasakan pada dirinya.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Lansia, Depresi, Panti Sosial Tresna Werdha

Daftar Pustaka : 24 (2018-2024)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
PERSETUJUAN PEMBIMBING	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT.....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK.....	xi
DAFTAR ISI	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Konsep Dasar Lansia.....	10
1. Pengertian Lansia	10
2. Batasan Lanjut Usia	10
3. Proses Menua.....	11
4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Menua	12
5. Teori Proses Menua	13
6. Perubahan yang terjadi pada lansia	19
B. Konsep Dasar Depresi.....	25
1. Pengertian Depresi	25
2. Etiologi Depresi	27
3. Tingkat Depresi.....	29
4. Tanda dan gejala depresi	30

5. Patofisiologi Depresi.....	31
6. Penatalaksaan Depresi.....	33
7. Pengukuran Depresi	36
8. WOC Depresi.....	Error! Bookmark not defined.
C. Konsep Panti Sosial Tresna Werdha.....	39
D. Konsep Asuhan Keperawatan.....	41
1. Pengkajian Keperawatan.....	41
2. Analisa Data	44
3. Diagnosa yang mungkin muncul	45
4. Perencanaan Keperawatan.....	48
5. Implementasi Keperawatan.....	58
6. Evaluasi Keperawatan.....	58
7. Dokumentasi Keperawatan.....	58
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	59
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	59
C. Populasi dan Sampel.....	59
D. Instrumen dan Alat Pengumpulan Data.....	61
E. Jenis-jenis Data.....	62
F. Cara Pengumpulan Data.....	62
G. Mekanisme Pengumpulan Data.....	64
BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN	
A.Deskripsi Kasus.....	66
1. pengkajian keperawatan.....	66
2. Diagnosis Keperawatan.....	70
3. Intervensi Asuhan Keperawatan.....	71
4. Implementasi Keperawatan.....	72
5. Evaluasi keperawatan.....	73
B.Pembahasan Kasus.....	75
1. Pengkajian Keperawatan.....	75
2. Diagnosa keperawatan.....	78
3. Intervensi keperawatan.....	81
4. Implementasi keperawatan.....	83
5. Evaluasi Keperawatan.....	84

BAB V PENUTUP

A.Kesimpulan.....	87
B.Saran.....	89

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Ganchart Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 4 Surat Izin Survey Awal Dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian Dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 6 Surat Izin Survey Awal Pengambilan Data Rekam Medis Dari
Dinas Sosial Provinsi Sumatra Barat
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Dari Dinas Sosial Provinsi Sumatra Barat
- Lampiran 8 Surat Izin Survey Awal Dari UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 9 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 10 Absensi Penelitian
- Lampiran 11 Laporan Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Depresi
- Lampiran 12 Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 13 Bukti persentase turnitin (cek plagiarisme)
- Lampiran 14 Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan individu yang sudah mencapai tahap akhir dari periode perkembangan pada siklus kehidupan manusia. Berdasarkan UU No. 13/Tahun 1998 mengenai Kesejahteraan Lansia dijelaskan bahwa lansia merupakan individu yang sudah memiliki umur lebih dari 60 tahun. Depresi adalah gangguan jiwa yang paling umum. Hal ini dapat mengacu pada tanda gejala, sindrom, keadaan emosional, penyakit, reaksi, atau tampilan klinis. World Health Organization (WHO) menyebutkan sebanyak lebih dari 300 juta orang diperkirakan mengalami depresi atau setara dengan 4,4% dari populasi dunia. Hasil Global Burden of Disease Study tahun 2015 didapatkan angka kejadian depresi terbesar berada pada usia 60-64 tahun (WHO, 2017). Depresi terjadi pada lansia disebabkan oleh adanya perubahan menua dan masalah yang kemudian ditimbulkan sebagai akibat dari perubahan tersebut. lansia yang tinggal di panti werdha lebih cenderung mengalami depresi dibandingkan dengan lansia yang tinggal dengan keluarga. Hal tersebut disebabkan karena para lansia tersebut merasa kehilangan kontrol pada hidupnya secara drastis akibat dari perasaan keterpisahan dan ketersinggan. Lansia yang tinggal di panti werdha mengalami depresi yang lebih tinggi sehubungan dengan masalah adaptasi. (1)

Menurut WHO (2023) jumlah lansia di dunia mencapai 761 juta jiwa. Diperkirakan pada tahun 2050, Jumlah penduduk lansia di dunia akan meningkat menjadi 1,6 miliar jiwa. Angka ini merupakan dua kali lipat dari jumlah penduduk lanjut usia pada tahun 2023. Yang mana lansia di indonesia pada tahun 2020 mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya, mencapai 27,1 juta jiwa.

Seiring dengan peningkatan derajat kesehatan dan kesejahteraan penduduk akan berpengaruh pada peningkatan usia harapan hidup yang menyebabkan terjadinya peningkatan jumlah populasi lanjut usia (lansia). Pada lansia, terjadi proses penuaan, hal ini menyebabkan perubahan pada fisik dan mental seorang individu.

Di samping itu terjadi pula perubahan lingkungan sosioekonomi seperti berhenti bekerja, kehilangan orang yang dicinta, dan sebagainya yang dapat mengakibatkan lansia menjadi lebih rentan untuk mengalami masalah depresi. Kejadian depresi pada lansia seringkali diabaikan akibat kurangnya perhatian dari keluarga atau sanak saudara, padahal dampak depresi pada lansia sangat buruk dan apabila tidak tertangani dapat mengurangi kualitas hidup dan meningkatkan angka kematian. (2)

Depresi sangat rentan terjadi pada lanjut usia karena faktor kehilangan, penurunan kesehatan fisik dan kurangnya dukungan keluarga. Menurut Chandra dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu lansia menyelesaikan masalah, dukungan dapat diberikan kepada lansia dalam bentuk memberikan semangat, motivasi dan dorongan agar lansia dapat menerima kondisi tubuh dan kemampuannya. problem depresi lansia bisa dikatakan banyak dialami oleh lansia di panti, dibuktikan dengan sebagian lansia yang kurang dalam pengharapan, memiliki arti dan tujuan hidup yang kurang jelas, kedamaian hati yang belum mencapai pada ketenangan, memaafkan diri, dan keberanian, kemudian marah dan koping yang buruk. Lingkungan tempat tinggal menjadi faktor penting yang berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Lingkungan tempat tinggal yang berbeda mengakibatkan perubahan peran lansia dalam menyesuaikan diri. Bagi lansia, perubahan peran dalam keluarga, sosial ekonomi, dan sosial masyarakat tersebut mengakibatkan kemunduran dalam beradaptasi dengan lingkungan baru dan berinteraksi dengan lingkungan sosialnya.

Berbeda dengan lansia di komunitas, lansia yang tinggal di panti akan mengalami paparan terhadap lingkungan dan teman baru yang mengharuskan lansia beradaptasi secara positif ataupun negatif. Perbedaan tempat tinggal dapat menyebabkan munculnya perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologis dan spiritual religious lansia yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan penduduk usia lanjut yang tinggal di dalamnya. (3):

Depresi merupakan gangguan mood yang menyebabkan perasaan sedih dan kehilangan minat terus-menerus. Manual Statistik Diagnostik Gangguan Mental dari American Psychiatric Association, Edisi Kelima (DSM-5) mengklasifikasikan gangguan depresi ke dalam gangguan disregulasi suasana hati yang mengganggu : Gangguan depresi mayor, Gangguan depresi persisten (distimia), Gangguan disforia pramenstruasi, dan Gangguan depresi karena kondisi medis lain.

Ciri-ciri umum dari semua gangguan depresi itu seperti kesedihan, kehampaan, atau suasana hati yang mudah tersinggung, disertai perubahan somatik dan kognitif yang secara signifikan mempengaruhi kapasitas individu untuk berfungsi. Kegiatan ini meninjau evaluasi dan pengelolaan depresi serta peran anggota tim interprofesional dalam berkolaborasi untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi dengan baik dan meningkatkan hasil pasien. (4)

Depresi menurut WHO (World Health Organization) merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan mood tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energi, dan konsentrasi yang rendah. Masalah ini dapat akut atau kronik dan menyebabkan gangguan kemampuan individu untuk beraktivitas sehari-hari. Pada kasus parah, depresi dapat menyebabkan bunuh diri.

Sekitar 80% lansia depresi yang menjalani pengobatan dapat sembuh sempurna dan menikmati kehidupan mereka, akan tetapi 90% mereka yang depresi mengabaikan dan menolak pengobatan gangguan mental tersebut.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya depresi meliputi faktor biologik, faktor fisik, faktor psikologik, dan juga faktor sosial. Pada faktor sosial penyebab depresi pada usia lanjut disebabkan adanya isolasi sosial, kehilangan kerabat dekat, kehilangan pekerjaan dari kegiatan harian, serta kehilangan pendapatan. Faktor luar yang dapat memengaruhi terjadinya depresi yaitu kurangnya social support, dukungan keluarga, lingkungan, dan tersedianya komunitas untuk lansia. Perubahan psikologis lansia yaitu adanya perasaan kesepian, kehilangan pekerjaan dan kehilangan pasangan hidup. Sedangkan perubahan sosial berkaitan dengan kehilangan pekerjaan akibat masa pensiun, merasa kehilangan kekuasaan, merasa tidak berguna dan diasingkan. Jika keterasingan terjadi maka lansia akan menolak untuk bersosialisasi dengan lingkungan. Tempat tinggal dan lingkungan merupakan hal yang penting karena memiliki dampak pada kesehatan lansia. Keluarga berperan aktif dalam mempertahankan dan meningkatkan status kesejahteraan dan kebahagiaan pada lansia. (5)

Populasi lansia global akan tumbuh sekitar 9,3% pada tahun 2020, dimana populasi berusia di atas 65 tahun akan tumbuh sekitar 16%, dan diperkirakan akan tumbuh sekitar 16% pada tahun 2050. Di Indonesia, proporsi penduduk lanjut usia melonjak menjadi dua kali lipat antara tahun 1971 dan 2020, mencapai 9,92%. Peningkatan populasi lansia di Indonesia dapat menimbulkan masalah kesehatan pada lansia yang berupa depresi. Suasana hati yang tidak buruk dan kesedihan yang berkepanjangan, menyebabkan hilangnya minat beraktivitas dan ketidakmampuan menemukan kebahagiaan menjadi tanda dan gejala dari depresi. Skala Depresi Geriatri (GDS) adalah alat penilaian diagnostik depresi.

pada lansia, melibatkan penilaian kepuasan hidup, kualitas ekspresi perasaan, dan secara singkatnya (GDS-15) adalah skala umum yang digunakan untuk menilai tingkat depresi pada lansia. Kuesioner ini dikembangkan oleh Yesavage pada tahun 1987, ini dikenali sebagai tindakan skrining awal untuk mengidentifikasi depresi pada populasi lanjut usia. GDS memiliki 30 item dalam versi instrumen yang lebih luas yang disusun berdasarkan 100 pertanyaan berbagai topik, tanpa memasukkan gejala somatik dan psikiatris.

Berdasarkan sensus penduduk Indonesia (SPPI) tahun 2023, jumlah lansia di indonesia mencapai sekitar 29 juta jiwa atau hamper 12 persen dari total penduduk. Perkembangan jumlah lansia di Indonesia pada tahun 2019 : mencapai 25,66 juta jiwa atau 10% dari total penduduk, pada tahun 2020 : persentase lansia mencapai 9,78% juta jiwa, pada tahun 2023 : jumlah lansia di Indonesia mencapai 29 juta jiwa atau hampir 12% dari total penduduk. Diperkirakan, jumlah lansia di Indonesia akan terus meningkat, bahkan bisa mencapai lebih dari 19% dari total penduduk pada tahun 2045. (6)

Peningkatan populasi lansia khususnya di Indonesia, dapat menimbulkan masalah Kesehatan seperti depresi. Gejala depresi pada lansia seringkali tidak terungkap jelas dan bisa terkait dengan perubahan fisik, penyakit, kehilangan, serta perasaan kesepian. Pengukuran tingkat depresi menggunakan Skala Depresi Geriatri (GDS) memberikan gambaran lebih lanjut tentang prevalensi depresi pada lansia, yang diperkirakan meningkat seiring pertambahan usia.

Pengasuh dan perawat memberikan intervensi pada lansia yang mengalami depresi ringan berupa terapi zikir dan dukungan keluarga kepada lansia yang mengalami depresi ringan. Kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui tingkat depresi lansia dan memberikan pemahaman. Intervensi diberikan agar lansia mampu mengatasi

depresi dalam kehidupan sehari-hari setelah memahami dan menerapkan intervensi yang diajarkan. (6)

Saat ini Indonesia termasuk lima besar negara dengan jumlah penduduk lansia terbanyak di dunia yakni mencapai 7,6%. Pada tahun 2020 jumlah penduduk lansia sebesar 8,5%, tahun 2020 adalah 10,0%, dan tahun 2025 adalah 11,8%. Berdasarkan data World health Organization (WHO) pada tahun 2018 terdapat sekitar 35 juta lansia terkena depresi.

Berdasarkan studi pendahuluan tanggal 12 November 2024, di dapatkan data dari PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, dengan kapasitas jumlah 110 terdapat 95 lansia yang berada di 13 Wisma. Pada saat melakukan pengkajian dengan menggunakan format GERIATRIC DEPRESSION SCALE (SKALA DEPRESI) di 13 wisma terdapat 6 wisma yang mengalami depresi yaitu wisma anai, wisma pantai cermin, wisma ombilin, wisma tandikek, wisma harau, dan wisma talamau. 4 lansia mengalami masalah depresi ringan, 6 orang lansia depresi sedang, dan 4 orang lansia dengan kategori berat. 14 lansia yang mengalami depresi tersebut 10 diantaranya adalah laki laki dan 4 perempuan. Dengan gejela berupa gangguan tidur, rasa putus asa, kehilangan minat, rasa tidak puas akan kehidupannya saat ini, merasa tidak semangat dan tidak berdaya.

Intervensi yang telah dilakukan perawat di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin pada lansia yang mengalami depresi adalah melakukan pendekatan pada lansia dengan mengajak lansia yang mengalami depresi untuk mengobrol bersama yang tujuan adalah untuk membangun kepercayaan lansia tersebut, kemudian perawat mengajak lansia untuk bergabung bersama lansia lainnya dalam melakukan aktivitas kelompok seperti makan bersama, senam bersama.

Akan tetapi intervensi yang diberikan belum bias memecahkan masalah depresi pada lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tersebut, untuk itu penulis mengangkat kasus Depresi pada lansia ini bertujuan untuk melanjutkan dan menyempurnakan intervensi yang telah di lakukan perawat pada lansia dengan deprepsi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas penulis tertarik untuk mengangkat dan melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2024.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu mendeskripsikan hasil pengkajian Keperawatan pada pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025.
- b. Mahasiswa mampu mendeskripsikan diagnosa Keperawatan pada pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025.
- c. Mahasiswa mampu mendeskripsikan intervensi Keperawatan pada pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025.
- d. Mahasiswa mampu mendeskripsikan implementasi Keperawatan pada pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025.

- e. Mahasiswa mampu mendeskripsikan evaluasi Keperawatan pada pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025.
- f. Mahasiswa mampu mendeskripsikan dokumentasi keperawatan pada pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi peneliti dan menambah wawasan, pengetahuan serta kemampuan peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Depresi.

b. Bagi Panti Sosial Tresna Werdha

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai informasi bagi perawat melalui pimpinan PSTW tentang penyakit Depresi.

c. Bagi institusi/Pendidikan

Hasil penelitian dapat digunakan bagi mahasiswa sebagai informasi dalam proses belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien Depresi.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya, dan bermanfaat bagi peneliti selanjutnya sebagai informasi tambahan dan referensi khususnya dalam peneliti yang akan mengambil kasus asuhan keperawatan pada lansia dengan depresi.

2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

Diharapkan dapat menjadi data tambahan perbandingan untuk penelitian selanjutnya tentang Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Depresi di PSWT Sabai Nan Aluih Sicincin pada tahun 2025.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Lansia

1. Pengertian Lansia

Lansia merupakan proses alami yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu neonatus, toodler, pra-sekolah, sekolah, remaja, dewasa dan menjadi Lansia (Savitri et al., 2021). Lansia akan mengalami kemunduran fisik, mental, sosial dan dapat menyebabkan keterbatasan aktivitas (Simongkir & ginting, 2022). Secara umum memasuki usia lanjut akan mengalami perubahan fisik dari kondisi tubuh yang semula kuat menjadi sangat lemah, Penurunan kondisi yang dialami oleh Lansia cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan fisik dan kesehatan psikis serta menimbulkan ketidakpuasan dalam hidup⁽⁷⁾

Undang-Undang kesejahteraan lanjut usia No.13 tahun 1998, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita, Lansia Pontensial adalah lansia yang masih mampu melakukan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa, sedangkan Lansia tidak Potensial merupakan lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga bergantung pada bantuan orang lain Peningkatan harapan hidup akan mempengaruhi penambahan usia seseorang. Penambahan usia seseorang yang akan berakhir menjadi proses penuaan. (8)

2. Batasan Lanjut Usia

Lanjut usia dibagi dalam berbagai klasifikasi dan Batasan. Beberapa pendapat tentang batasan usia adalah sebagai berikut:

- 1) Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:
 - a. Usia Pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun.
 - b. Lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun.
 - c. Lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun.
 - d. Usia sangat tua (very old) usia diatas 90 tahun.
- 2) Menurut (Kementerian kesehatan Republik Indonesia, 2019) lanjut usia dikelompokan menjadi: lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi, (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan).

3. Proses Menua

Proses Menua merupakan proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Proses menua merupakan proses yang berlanjut secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami semua makhluk hidup. Proses menua setiap individu pada organ tubuh juga tidak sama cepatnya. Ada kalanya orang belum tergolong lanjut usia (masih muda) tetapi mengalami kekurangan kekurangan yang menyolok atau diskrepansi. Menjadi tua suatu proses menghilangnya kemampuan jaringan secara perlahan-lahan untuk memperbaiki atau mengganti diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya. Akibatnya, tubuh tidak dapat bertahan terhadap kerusakan atau memperbaiki kerusakan tersebut. Proses penuaan ini akan terjadi pada seluruh organ tubuh, meliputi organ dalam tubuh, seperti jantung, paru-paru, ginjal, indung telur, otak, dan lain-lain, juga organ terluar dan terluas tubuh, yaitu kulit. (9)

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Penuaan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses penuaan, diantaranya:

- a. Hereditas atau Genetik :Kematian sel merupakan seluruh program kehidupan yang dikaitkan dengan peran DNA yang penting dalam mekanisme pengendalian fungsi sel.

Secara genetik, perempuan ditentukan oleh sepasang kromosom X sedangkan laki-laki oleh satu kromosom X. Kromosom X ini ternyata membawa unsur kehidupan sehingga perempuan berumur lebih panjang daripada laki-laki.

- b. Nutrisi/Makanan berbahan atau kekurangan mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan.
- c. Status Kesehatan :Penyakit yang selama ini selalu dikaitkan dengan proses penuaan, sebenarnya bukan disebabkan oleh proses menuanya sendiri, tetapi lebih disebabkan oleh faktor luar yang merugikan yang berlangsung tetap dan berkepanjangan.
- d. Pengalaman Hidup
 - 1) Paparan sinar matahari, kulit yang tak terlindung sinar matahari akan mudah ternoda oleh flek, kerutan, dan menjadi kusam.
 - 2) Kurangolahraga, olahraga membantu pembentukan otot dan menyebabkan lancarnya sirkulasi darah.
 - 3) Mengonsumsia alcohol, alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat permukaan kulit.

- e. Lingkungan :Proses menua secara biologik berlangsung secara alami dan tidak dapat dihindari, tetapi seharusnya dapat tetap dipertahankan dalam status sehat.
- f. Stres :Tekanan kehidupan sehari-hari dalam lingkungan rumah, pekerjaan, ataupun masyarakat yang tercermin dalam bentuk gaya hidup akan berpengaruh terhadap proses penuaan (9)

5. Teori Proses Menua

Teori proses menua yaitu:

a. Teori biologis

Mencoba untuk menjelaskan proses fisik penuaan, termasuk perubahan fungsi dan struktur, pengembangan, panjang usia dan kematian. Perubahan-perubahan dalam tubuh termasuk perubahan molekular dan seluler dalam sistem organ utama dan kemampuan tubuh untuk berfungsi secara adekuat dan melawan penyakit.

Seiring dengan berkembangnya kemampuan kita untuk menyelidiki komponen-komponen yang kecil dan sangat kecil, suatu pemahaman tentang hubungan hal-hal yang memengaruhi penuaan ataupun tentang penyebab penuaan yang sebelumnya tidak diketahui, sekarang telah mengalami peningkatan. Teori biologis juga mencoba untuk menjelaskan mengapa orang mengalami penuaan dengan cara berbeda dari waktu kewaktu dan faktor apa yang memengaruhi umur panjang, perlakuan terhadap organisme, dan kematian atau perubahan seluler. (10). Suatu pemahaman tentang perspektif biologi dapat memberikan pengetahuan kepada perawat tentang faktor resiko spesifik dihubungkan dengan penuaan dan bagaimana orang dapat dibantu untuk meminimalkan atau menghindari resiko dan memaksimalkan kesehatan.

1) Teori genetik

Bahwa manusia dan hewan terlahir dengan program genetik yang mengatur proses menua selama rentang hidupnya. Setiap spesies dalam di dalam inti selnya memiliki suatu suatu jam genetik/jam biologis sendiri dan setiap spesies mempunyai batas usia yang berbeda-beda.

2) Wear and tear theory

Menurut teori "pemakaian dan perusakan" (wear and tear theory) disebutkan bahwa proses menua terjadi akibat kelebihan usaha dan stres yang menyebabkan sel tubuh menjadi lelah dan tidak mampu meremajakan fungsinya. Proses menua merupakan suatu proses fisiologis.

3) Teori nutrisi

Teori nutrisi menyatakan bahwa proses menua dan kualitas proses menua dipengaruhi intake nutrisi seseorang sepanjang hidupnya. Intake nutrisi yang baik pada setiap tahap perkembangan akan membantu meningkatkan kualitas kesehatan seseorang.

Semakin lama seseorang mengkonsumsi makanan bergizi dalam rentang hidupnya, maka ia akan hidup lebih lama dengan sehat.

4) Teori mutasi somatik

Menurut teori ini, penuaan terjadi karena adanya mutasi somatik akibat pengaruh lingkungan yang buruk. Terjadi kesalahan dalam proses transkripsi DNA dan RNA dan dalam proses translasi RNA protein/enzim.

Kesalahan ini terjadi terus-menerus sehingga akhirnya akan terjadi penurunan fungsi organ atau perubahan sel normal menjadi sel kanker atau penyakit.

5) Teori stres

mengungkapkan bahwa proses menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh.

Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelelahan usaha, dan sel yang menyebabkan sel tubuh lelah terpakai.

6) Slow immunology theory

Menurut teori ini, sistem imun menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus ke dalam tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

7) Teori radikal bebas

Radikal bebas terbentuk di alam bebas, tidak stabilnya radikal bebas mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan selsel tidak dapat melakukan regenerasi.

8) Teori rantai silang

Pada teori rantai silang diungkapkan bahwa reaksi kimia selsel yang tua dan usang menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan penurunan elastisitas, kekacauan, dan hilangnya fungsi sel.

b. Teori Psikologis

Pada usia lanjut akan terjadi perubahan psikologi yang mengarah pada kemunduran sedikit demi sedikit. Namun jika kemunduran yang dialami terjadi secara drastis akan memungkinkan timbulnya tekanan (shock mental) terutama bagi mereka yang belum mempunyai persiapan atau melakukan pembinaan unsur unsur kepribadian sebelumnya. Selain itu adanya penurunan fisiologis berdampak pada penurunan intelektualitasnya, antara lain menurunnya kemampuan kognitif, memori, persepsi dan belajar menyebabkan para lansia mengalami kesulitan dalam memahami sesuatu dan berinteraksi dengan orang lain.

1) Teori kebutuhan dasar manusia

Menurut hierarki Maslow tentang kebutuhan dasar manusia, setiap manusia memiliki kebutuhan dan berusaha untuk memenuhi kebutuhannya itu. Dalam pemenuhan kebutuhannya, setiap individu memiliki prioritas. Seorang individu akan berusaha memenuhi kebutuhan di piramida lebih atas ketika kebutuhan di tingkat piramida di bawahnya telah terpenuhi. Kebutuhan pada piramida tertinggi adalah aktualisasi diri. Ketika individu mengalami proses menua, ia akan berusaha memenuhi kebutuhan di piramida tertinggi yaitu aktualisasi diri.

2) Teori individualisme Jung

Menurut teori ini, kepribadian seseorang tidak hanya berorientasi pada dunia luar namun juga pengalaman pribadi. Keseimbangan merupakan faktor yang sangat penting untuk menjaga kesehatan mental.

Menurut teori ini proses menua dikatakan berhasil apabila seorang individu melihat ke dalam dan nilai dirinya lebih dari sekedar kehilangan atau pembatasan fisiknya.

3) Teori pusat kehidupan manusia

Teori ini berfokus pada identifikasi dan pencapaian tujuankehidupan seseorang menurut lima fase perkembangan, yaitu:

- a) Masa anak-anak; belum memiliki tujuan hidup yang realistic.
- b) Remaja dan dewasa muda; mulai memiliki konsep hidup spesifik.
- c) Dewasa tengah; mulai memiliki tujuan hidup yang lebih kongkrit.
- d) Usia pertengahan; melihat ke belakang, mengevaluasi tujuan yang dicapai.
- e) Lansia; saatnya berhenti untuk melakukan pencapaian tujuan hidup.

4) Teori tugas perkembangan

Jika lansia dapat menemukan arti dari hidup yang dijalaninya, maka lansia akan memiliki integritas ego untuk menyesuaikan dan mengatur proses menua yang dialaminya.

Jika lansia tidak memiliki integritas maka ia akan marah, depresi dan merasa tidak adekuat, dengan kata lain mengalami keputusasaan.

c. Teori Sosial

Teori Sosial meliputi Teori Aktivitas, Teori Pembebasan, dan Teori Kesinambungan. Teori Aktivitas menyatakan lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan mengikuti banyak kegiatan sosial. Sedangkan Teori Pembebasan (Disengagement Teori) menerangkan bahwa dengan berubahnya usia seseorang, secara berangsur-angsur orang tersebut mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lansia menurun, baik secara kualitatif maupun kuantitasnya sehingga sering terjadi kehilangan ganda, yaitu kehilangan peran, hambatan kontrol sosial, dan kekurangnya komitmen. Selanjutnya, Teori Kesinambungan yaitu teori yang mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia.

Dengan demikian, pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ini menjadi lansia.

Pokok-pokok Teori Kesinambungan adalah lansia tak disarankan melepaskan peran atau harus aktif dalam proses penuaan, tetapi didasarkan pada pengalamannya di masa lalu, dipilih peran apa yang harus dipertahankan atau dihilangkan. Peran lansia yang hilang tak perlu diganti dan lansia dimungkinkan untuk memilih berbagai cara adaptasi.

d. Teori Stratifikasi

Usia Dua element penting yang ada dalam teori ini antara lain struktur dan proses. Struktur yang dimaksut adalah peran dan harapan menurut penggolongan usia, posisi kelompok usia dalam masyarakat.

Sedangkan proses merupakan suatu kedudukan peran dan bagaimana cara mengatur transisi peran.

e. Teori Spiritual

Teori ini lebih merujuk pada hubungan individu dengan alam semesta dan persepsi individu tentang proses kehidupan. Teori ini dapat menuntun lansia mempersiapkan diri terhadap kematian yang akan dialami dengan mendekatkan diri kepada Tuhan. (10)

6. Perubahan yang terjadi pada lansia

Menurut ,(Utami tahun 2022) Perubahan yang terjadi pada Lansia yaitu:

a. Perubahan Fisik

Dengan bertambahnya usia kondisi dan fungsi tubuh makin menurun. Tak heran bila pada usia lanjut, semakin banyak keluhan yang dilontarkan karena tubuh tidak lagi mau bekerja sama dengan baik seperti kala muda dulu.

Menjadi tua membawa pengaruh serta perubahan menyeluruh baik fisik, sosial, mental, dan moral, spiritual, yang keseluruhannya saling kait mengait antara satu bagian dengan bagian lainnya.

1) Sistem integument

Perubahan yang terjadi pada sistem integumen akibat aging yaitu Proses menua mengakibatkan kulit semakin rapuh sehingga beresiko mudah rusak.

Pada lansia melanosit mengalami penurunan sehingga kulit tampak pucat, hal ini mengakibatkan kulit lansia sensitive terhadap sinar

matahari selain itu peningkatan lokasi pigmentasi akan mengakibatkan bintik kecoklatan pada kulit yang disebut senile lentigo. Selain itu berkurangnya melanin dapat mengakibatkan warna rambut memutih atau timbul uban.

Pada lansia juga mengalami penurunan fungsi kelenjar sebasea dan kelenjar keringat sehingga keringat menurun dan kulit kering. Penurunan lemak subcutan mengakibatkan adanya kerutan pada kulit lansia. Pembuluh darah kapiler yang rapuh mengakibatkan mudah pecah. Kuku mengalami penebalan sehingga tampak kuning dan rapuh, hal ini disebabkan karena menurunnya sirkulasi perifer.

2) Sistem Musculoskeletal

Penurunan calcium pada tulang akan mengakibatkan osteoporosis dan kelengkungan pada tulang (kyphosis). Kekurangan cairan pada intervertebra akan mengakibatkan berkurangnya tinggi badan. Penurunan suplai darah ke otot akan menurunkan massa otot sehingga kekuatannya menurun, hal inilah yang dapat mengakibatkan lansia beresiko jatuh.

3) Perubahan pada Sistem Neurologis

Berat otak menurun 10-20 %. Berat otak \leq 350 gram pada saat kelahiran, kemudian meningkat menjadi 1,375 gram pada usia 20 tahun, berat otak mulai menurun pada usia 45-50 tahun penurunan ini kurang lebih 11% dari berat maksimal.

Berat dan volume otak berkurang ratarata 5-10% selama umur 20-90 tahun. Otak mengandung 100 juta sel termasuk diantaranya sel neuron yang berfungsi menyalurkan impuls listrik dari susunan saraf pusat.

Pada penuaan otak kehilangan 100.000 neuron per tahun. Neuron dapat mengirimkan signal kepada sel lain dengan kecepatan 200 mil per jam. Terjadi penebalan atrofi cerebral (berat otak menurun 10%) antara usia 30-70 tahun.

Secara berangsurangsur tonjolan dendrit di neuron hilang disusul membengkaknya batang dendrit dan batang sel. Secara progresif terjadi fragmentasi dan kematian sel.

4) Perubahan Ingatan (Memory)

Dalam berinteraksi, berkomunikasi maupun dalam melakukan hubungan sosial, ingatan seseorang memegang peranan penting dalam mempengaruhi persepsi dan pikiran seseorang. Memori atau ingatan adalah suatu sistem yang memungkinkan seseorang menyimpan suatu fakta atau obyek kedalam diri subyek sehingga membuat subyek mampu berespon menggunakan kemampuan pengetahuannya dalam berprilaku.

5) Sistem Respirasi

Penurunan cairan tubuh akan menurunkan kemampuan hidung menjaga kelembaban udara, jumlah silia yang ada di hidung juga menurun akibatnya kemampuan untuk menyaring partikel-partikel berkurang, sehingga banyak ditemukan lansia mengalami penyakit asma bronchial, lansia mengalami penurunan elastisitas jaringan paru, sehingga pertukaran gas menurun disertai peningkatan akumulasi secret di lobus paru bagian darah, pengapuran tulang rawan yang dialami lansia akan berdampak pada kekakuan tulang rusuk dan penurunan kapasitas paru.

6) Sistem kardiovaskuler

Menurunnya kemampuan kontraksi otot jantung, akan menurunkan cardiac output sehingga oksigenasi ke jaringan menurun dan penurunan sirkulasi perifer, penurunan elastisitas otot jantung dan pembuluh darah akan mengakibatkan penurunan tekanan darah vena, meningkatkan hipotensi ortostatik, varises dan hemoroid. Adanya arteriosklerosis mengakibatkan lansia mengalami peningkatan tekanan darah.

7) Sistem Hematopoetik dan Lympatic

Peningkatan vikositas plasma darah akan meningkatkan resiko sumbatan pada pembuluh darah, menurunnya produksi sel darah merah merupakan penyebab seringnya ditemukan anemia pada lansia, imaturitas T cell yang meningkat akan menurunkan imun lansia sehingga lansia mudah sakit.

8) Sistem pencernaan

Berkurangnya jumlah gigi dan karies pada lansia sehingga mereka mengalami kesulitan dalam mengunyah makan, sehingga mengalami penurunan status nutrisi. Lansia juga mengalami penurunan reflek muntah sehingga akan meningkatkan resiko tersedak dan bahkan aspires penurunan sekresi pada gaster akan berdampak pada penurunan proses digesti, penurunan peristaltik usus akan menyebabkan konstipasi pada lansia dan penurunan asupan nutrisi.

9) Sistem perkemihan

Menurunnya jumlah dan fungsi nefron akan menurunkan filtration rate, penurunan suplai darah yang dapat meningkatkan konsentrasi urin, penurunan kekuatan otot pada vesika urinaria dapat meningkatkan volume residu, elastisitas jaringan menurun termasuk bladder sehingga

kapasitas bladder untuk menampung urin juga menurun, karena ketidak seimbangan hormon pada lansia mengakibatkan pembesaran prostad sehingga meningkatkan resiko infeksi prostad, selain itu pembesaran prostad akan mengakibatkan aliran urin menurun saat BAK disertai nyeri.

10) Sistem persarafan

Menurunnya jumlah sel otak pada lansia akan mengakibatkan penurunan refleks dan juga penurunan kognitif, menurunnya serabut saraf akan mengurangi kemampuan koordinasi tubuh lansia, menurunnya jumlah neuroreseptor akan menurunkan respon motorik dan persepsi terhadap stimuli.

a. Perubahan Mental

Di bidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu, yang perlu di mengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat, mengharapkan tetap diberi peranan dalam masyarakat, ingin tetap mempertahankan hak dan hartanya dan ingin tetap berwibawa, dan meninggal secara terhormat dan masuk surga. (10)

Perubahan dapat berupa yaitu:

1) Kenangan (memori)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan, kenangan jangka pendek atau skala (0-10 menit), kenangan buruk bisa kearah demensia.

2) Intelegentia Quotion (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu.

b. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial pada lansia sering diukur dengan nilai melalui produktivitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pensiun (purna tugas), seseorang akan mengalami kehilangan, antar lain kehilangan finansial

(pendapatan berkurang), kehilangan status, kehilangan teman, kehilangan pekerjaan dan kegiatan sehingga merasa sadar akan kematian, kekurangan ekonomi, adanya penyakit, timbul kesepian, adanya gangguan saraf dan panca indera, gangguan gizi, rangkaian kehilangan kekuatan dan ketegapan fisik. (10)

c. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan, lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya hal ini terlihat dalam berpikir sehari-hari dan pada usia 70 tahun perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberi contoh cara mencintai dan keadilan

d. Dampak Kemunduran

Memasuki usia tua banyak mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai kulit menjadi keriput karena berkurangnya bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran berkurang, penglihatan memburuk, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat, perubahan kondisi hidup dapat berdampak buruk pada lansia. Koping terhadap kehilangan pasangan, perpindahan tempat tinggal, isolasi sosial, dan kehilangan kendali dapat terjadi kesulitan lansia untuk merawat diri sendiri . (10)

B. Konsep Dasar Depresi

1. Pengertian Depresi

Depresi merupakan gangguan mood yang menyebabkan perasaan sedih dan kehilangan minat terus-menerus. Manual Statistik Diagnostik Gangguan Mental dari American Psychiatric Association, Edisi Kelima (DSM-5) mengklasifikasikan gangguan depresi ke dalam gangguan disregulasi suasana hati yang mengganggu; Gangguan depresi mayor; Gangguan depresi persisten (distimia); Gangguan disforia pramenstruasi; dan Gangguan depresi karena kondisi medis lain. Ciri-ciri umum dari semua gangguan depresi itu seperti kesedihan, kehampaan, atau suasana hati yang mudah tersinggung, disertai perubahan somatik dan kognitif yang secara signifikan mempengaruhi kapasitas individu untuk berfungsi. Kegiatan ini meninjau evaluasi dan pengelolaan

depresi serta peran anggota tim interprofesional dalam berkolaborasi untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi dengan baik dan meningkatkan hasil pasien. Depresi merupakan gangguan psikologis yang paling umum ditemui.

Depresi merupakan gangguan yang terutama ditandai oleh kondisi emosi sedih dan muram serta terkait dengan gejala-gejala kognitif fisik dan interpersonal. Sebenarnya depresi merupakan gejala yang wajar sebagai respon normal terhadap pengalaman hidup negatif seperti kehilangan anggota keluarga benda berharga atau status sosial. Dengan demikian depresi dapat dipandang sebagai suatu kontinum yang bergerak dari depresi normal sampai depresi klinis. Jumlah penderita depresi wanita dua kali lebih banyak dari pria tetapi pria lebih berkecenderungan bunuh diri. (11)

Di Amerika Serikat, 17% orang pernah mengalami depresi pada suatu saat dalam hidup mereka, dengan jumlah penderita saat ini lebih dari 19 juta orang. Depresi merupakan salah satu masalah kesehatan mental utama saat ini yang mendapat perhatian serius. Di negara-negara berkembang WHO memprediksi bahwa tahun 2020 depresi akan menjadi salah satu gangguan mental yang banyak dialami dan depresi berat akan menjadi penyebab kedua terbesar kematian setelah serangan jantung.

Depresi merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasa sedih, kecewa saat mengalami suatu perubahan, kehilangan maupun kegagalan dan menjadi patologis ketika tidak mampu beradaptasi. Depresi merupakan suatu kedaan yang mempengaruhi seseorang secara afektif, fisiologis, kognitif dan perilaku sehingga mengubah pola dan respon yang biasa dilakukan. Depresi merupakan suatu keadaan abnormal yang menimpa seseorang yang diakibatkan ketidakmampuan beradaptasi dengan suatu kondisi atau peristiwa yang terjadi sehingga mempengaruhi kehidupan fisik, psikis maupun sosial seseorang. Meskipun banyak pengobatan dan perawatan yang efektif terhadap depresi,

tetapi hanya sebagian yang menderita depresi mendapat pengobatan dan tindakan pendekatan psikoterapi. Depresi merupakan penyebab utama keempat beban penyakit di seluruh dunia. Lebih dari 350 juta penduduk di seluruh dunia mengalami gangguan depresi .

Satu dari empat wanita dan satu dari enam pria mengalami depresi selama hidup mereka, dan 65% memiliki episode berulang dari gangguan tersebut sehingga depresi menjadi penyebab utama penyakit secara global. (12)

Mengalami depresi merupakan hal yang pasti dapat terjadi pada manusia. Masa depresi adalah masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan perasaan sedih (Kaplan,2010: 20). Berdasarkan konsep teori Beck (1967:6) depresi merupakan terjadinya perubahan yang spesifik pada suasana hati dengan perubahan menuju ke negatif (sedih, kecewa), munculnya konsep diri yang negatif, munculnya keinginan menghukum diri sendiri, terjadinya kemunduran dalam diri,

Terjadinya perubahan pada fungsi vegetatif tubuh, dan adanya perubahan dalam tingkat aktivitas yaitu mengalami kemunduran dalam beraktivitas atau mengalami peningkatan yang tidak wajar. Secara rinci Gerald C. Davidson (2004:372) menyebutkan bahwa depresi adalah kondisi emosional seseorang yang menunjukkan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah yang ditandai dengan menarik diri, tidak dapat tidur, putus asa terhadap masa depan, dan kehilangan selera terhadap aktivitas sehari-hari. Episode depresif terbagi menjadi depresif ringan, sedang dan berat. Masing-masing memiliki kriteria diagnosis yang berbeda-beda. (13)

2. Etiologi Depresi

1) Faktor biologi

Faktor biologi pada depresi terdiri atas tiga mekanisme yaitu aksis HPA, sinyal neurotransmitter, dan sistem imunitas. Mekanisme aksis hypothalamus-pituitary- adrenokortikal merupakan kondisi abnormalitas neurobiologi pada sistem limbiks, ganglia basalis dan hypothalamus'. Bagian limbik pada otak selain berkaitan dengan emosi juga mempengaruhi kerja hypothalamus yang mengatur berbagai kelenjar endokrin sekaligus kadar hormone yang dihasilkannya. (Rosyanti and Had.:i, 2018). Pada hypothalamus yang menyekresikan thyrotropin secara berlebihan akan menyebabkan peningkatan kadar kortisol (hormon adrenokortikal) pada seseorang. Sekresi kortisol yang berlebihan dikaitkan dengan kerusakan hipotalamus, adapun seseorang dengan kondisi depresi menunjukkan abnormalitas pada hipokampus.

Selain itu, ketika dilakukan tes supresi deksametason (DST) pada pasien depresi selama satu malam tidak menunjukkan supresi pada kadar kortisol sehingga menginterpretasikan aktivitas yang berlebihan pada aksis hypothalamus-pituitary- adrenokortikal. (14)

2) Faktor psikologis

Terjadi distorsi kognitif yaitu saat seseorang cenderung untuk menginterpretasikan kejadian sehari- hari dengan persepsi yang distorsi seperti pandangan terhadap diri sendiri, pandangan terhadap masa yang akan datang, dan pandangan terhadap pengalaman hidup yang cenderung mengarah kepada pandangan negatif; Adapun bentuk distorsi kognitif diantaranya adalah membandingkan diri sendiri secara tidak adil dengan orang lain.

Terdapat tiga model kognitif pada depresi (The Cognitive Triad of Depression) yaitu :

- a. Adanya keyakinan negatif terhadap diri sendiri, seperti merasa tidak berguna dan tidak memiliki kemampuan dalam mencapai kebahagiaan.
- b. Adanya keyakinan negatif terhadap lingkungan, seperti terus menerus mengalami kegagalan, kehilangan, serta tuntutan yang tidak mungkin dicapai
- c. Adanya keyakinan negatif terhadap masa depan, seperti merasa tidak yakin ada seseorang yang mampu mengubah keadaan menjadi lebih baik

3) Faktor sosial

Beberapa faktor sosial yang dapat berpengaruh terhadap depresi diantaranya kejadian tragis seperti kehilangan seseorang atau kegagalan dalam suatu hal, pasca bencana, melahirkan, masalah keuangan, ketergantungan terhadap narkoba atau alkohol, trauma masa kecil, terisolasi secara sosial, faktor usia dan gender, tuntutan dan peran sosial untuk menampilkan yang terbaik, selalu menjadi juara sekolah.

3. Tingkat Depresi

Gangguan depresi adalah gangguan mood yang datang dalam bentuk yang berbeda, Tiga jenis gangguan depresi yang paling umum dibahas di bawah ini. Namun, yang harus diingat bahwa dalam masing-masing jenis ini, ada variasi dalam jumlah, waktu, keparahan, dan persistensi gejala. Ada juga perbedaan dalam bagaimana individu mengalami depresi berdasarkan usia.

- a. Depresi ringan Episode depresi dengan sekurang- kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama ditambah dua dari gejala lainnya.

Dengan lamanya episode depresi kurang dari dua minggu dan sedikit merasa kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari.

- b. Depresi sedang Episode depresi dengan sekurang - kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama ditambah tiga/empat dari gejala lainnya. Dengan lamanya episode depresi minimal dua minggu dan merasa kesulitan yang nyata dalam pekerjaan dan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari.
- c. Depresi berat Depresi berat ditandai dengan kombinasi gejala yang bertahan setidaknya dua minggu berturut-turut, termasuk suasana hati yang menyedihkan dan/atau mudah tersinggung, yang dapat mengganggu kemampuan untuk bekerja, tidur, makan, dan menikamati kegiatan sehari-hari.
- d. Kesulitan dalam tidur atau makan dapat dapat menjadi faktor hal tersebut. Episode depresi ini dapat terjadi sekali, dua kali, atau beberapa kali seumur hidup.

4. Tanda dan gejala depresi

Klien yang mengalami depresi biasanya diawali dengan persepsinya yang negatif terhadap stressor. Klien menganggap masalah sebagai sesuatu yang 100% buruk. Hampir semua masalah yang muncul dianggap negatif. Karena persepsi yang salah tersebut maka akan menuntun untuk berfikir dan bertindak salah. Pikiran yang selalu muncul adalah "saya sial, saya menderita, saya tidak mampu, tidak ada harapan lagi, semua buruk", kondisi ini diperburuk dengan tidak adanya support system yang adequate seperti keluarga, sahabat, ibu, tetangga, adanya tabungan, terutama keyakinannya pada yang maha kuasa. Munculah fase akumulasi stressor dimana stressor yang lain turut memperburuk keadaan(15)

A. Gejala depresi

- a) Kecemasan dan kekhawatiran

- b) Keputusasan dan keadaan tidak berdaya
- c) Masalah-masalah somatik yang tidak dapat dijelaskan
- d) Iritabilitas dan Psikosis
- e) Kepatuhan yang rendah terhadap terapi medis atau diet

B. Gejala fisik yang menyertai depresi dapat bermacam-macam seperti sakit kepala, berdebar-debar, sait pinggang, gangguan gastrointestinal, dan sebagainya. Sedangkan menurut greg wilkinso, gejala depresi terbagi atas:

- a) Suasana hati : sedih, kecewa, mudah tersinggung, putus asa, perubahan suasana hati, rasa cemas dan tegang, menangis, murung.
- b) Fisik : Merasa kondisi menurun, lelah, pegal-pegal, kehilangan nafsu makan, sakit, gangguan tidur, kehilangan berat badan, tidak bisa bersantai, berdebar-debar dan berkeringat, agitasi dan konstipasi

C. Perubahan pada Kebiasaan Sehari-hari

- a) Menjauhkan diri dari lingkungan sosial, pekerjaan.
- b) Menghindari membuat keputusan.
- c) Menunda pekerjaan rumah.
- d) Penurunan aktivitas fisik dan latihan.
- e) Penurunan perhatian terhadap diri sendiri.
- f) Peningkatan konsumsi alcohol dan obat-obatan terlarang.

5. Patofisiologi Depresi

- a) Gen dan stres psikososial

Studi keluarga, saudara kembar, dan adopsi memberikan bukti yang sangat kuat dan konsisten bahwa gangguan depresi merupakan gangguan keluarga dan bahwa kekerabatan ini sebagian besar atau seluruhnya disebabkan oleh faktor genetik . Temuan penting ini menunjukkan bahwa perilaku sosial orang tua dan faktor risiko lingkungan keluarga lainnya tidak sepenting yang diasumsikan. Faktor non-genetik, yang menjelaskan 60-70% varians kerentanan terhadap gangguan stress adalah efek lingkungan yang spesifik untuk setiap individu (termasuk efek kesalahan pengukuran dan interaksi gen-lingkungan).

Efek-efek ini sebagian besar adalah kejadian buruk di masa kanak-kanak dan stres yang sedang berlangsung atau baru-baru ini karena kesulitan interpersonal, termasuk pelecehan seksual di masa kanak-kanak, trauma seumur hidup lainnya, dukungan sosial yang rendah, masalah perkawinan, dan perceraian.

Sensitivitas stres pada depresi sebagian bergantung pada jenis kelamin. Sementara pria dan wanita, secara umum, sama-sama sensitif terhadap efek depresogenik dari peristiwa kehidupan yang penuh tekanan, respons mereka bervariasi tergantung pada jenis pemicu stres. Secara khusus, pria lebih mungkin mengalami episode depresi setelah perceraian, perpisahan, dan kesulitan pekerjaan, sedangkan wanita lebih sensitif terhadap peristiwa dalam jaringan sosial proksimal mereka, seperti kesulitan bergaul dengan seseorang, penyakit serius, atau kematian. (16)

b) Hormon stres dan sitokin

Hormon pelepas kortikotropin (CRH) dilepaskan dari hipotalamus sebagai respons terhadap persepsi stres psikologis oleh daerah kortikal otak. Hormon

ini menginduksi sekresi kortikotropin pituitari, yang merangsang kelenjar adrenal untuk melepaskan kortisol ke dalam plasma. Respons fisiologis terhadap stres sebagian bergantung pada jenis kelamin: wanita umumnya menunjukkan respons stres yang lebih besar daripada pria, yang konsisten dengan insiden depresi mayor yang lebih tinggi pada wanita.

Selain itu, pria menunjukkan respons kortisol yang lebih besar terhadap tantangan prestasi, sedangkan wanita menunjukkan respons kortisol yang lebih besar terhadap tantangan penolakan social.

6. Penatalaksaan Depresi

- 1) Terapi Farmakologis : Obat antidepresan terutama bekerja dengan cara meningkatkan serotonin dan norepinefrin. Beberapa kelas obat antidepresan yang banyak digunakan adalah:
 - a. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI): fluoxetine dan sertraline
 - b. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI): duloxetine dan venlafaxine
 - c. Monoamine oxidase inhibitors (MAOI): phenelzinedan tranylcypromine
 - d. Antidepresan tetrasiklik: mirtazapine dan maprotiline
 - e. Antidepresan trisiklik (Tricyclic antidepressant / TCA): amitriptyline, amoxapine, dan imipramine
 - f. Dopaminergic norepinephrine reuptake inhibitors (DNRI): bupropion.
- 2). Psikoterapi Interpersonal

Psikoterapi interpersonal adalah psikoterapi yang berfokus pada penyelesaian masalah personal pasien. Psikoterapi ini bertujuan untuk meredakan gejala-gejala depresi, meningkatkan kemampuan komunikasi sosial, menurunkan tekanan-tekanan dalam hubungan interpersonal, dan meningkatkan kewaspadaan pasien terhadap gejala-gejala depresi yang dialami serta konsekuensinya. Psikoterapi ini berfokus pada identifikasi bagaimana hubungan interpersonal atau k, dan mengubah respon interpersonal menjadi lebih adaptif. Kondisi internal pasien mempengaruhi perasaan depresi, eksplorasi emosi.

3) Cognitive Behavioral Therapy

Psikoterapi yang direkomendasikan untuk depresi adalah CBT. CBT membantu pasien untuk mengenali pola pikiran dan perilaku negatif yang membuatnya mengalami depresi, serta mengubahnya menjadi lebih realistik. Selain CBT, psikoterapi lain yang bisa digunakan pada pasien dengan depresi adalah mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). MBCT bertujuan untuk membantu pasien fokus pada kondisi saat ini, hanya mengenali semua pengalaman (baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan) yang pernah dialami, tanpa berusaha mengubahnya (misalnya berharap sesuatu yang berbeda di masa lalu). Terapi ini efektif untuk mencegah relaps depresi.

4) Terapi Perilaku

Terapi perilaku disebut juga aktivasi perilaku. Aktivasi perilaku (behavioural activation) adalah salah satu bentuk psikoterapi yang bertujuan untuk membuat pasien kembali melakukan aktivitas positif, menurunkan aktivitas negatif, dan membuat pasien mendapatkan reward dari perilakunya (misalnya menghabiskan waktu bersama teman atau melakukan hobi). Hal

ini dilakukan dengan menjadwalkan aktivitas positif dan membantu pasien mengenali dan melawan aktivitas negatif. Reward yang ditekankan adalah kepuasan dan perasaan menyenangkan ketika berhasil melakukan target perilaku.

5) Terapi Biologis

Selain terapi menggunakan obat dan psikoterapi, terdapat terapi biologis yang bisa diberikan pada pasien dengan depresi, yaitu neurofeedback, transcranial magnetic stimulation (TMS), neurofeedback/biofeedback dan electroconvulsive therapy (ECT)

a. Transcranial Magnetic Stimulation

TMS adalah modalitas terapi yang menggunakan gelombang elektromagnetik untuk memberikan stimulasi listrik ke otak yang berhubungan dengan perubahan mood.

TMS dilaporkan mempunyai efek antidepresan dan meningkatkan fungsi kognitif pada pasien dengan depresi. Studi tentang stimulasi otak noninvasif ini merupakan salah satu studi yang menjanjikan dalam beberapa dekade terakhir.

b. Neurofeedback/Biofeedback

Neurofeedback/biofeedback adalah membantu pasien untuk mengendalikan aktivitas listrik otak dan fungsi autonom tubuh (misalnya denyut jantung). Pasien dipasang sensor untuk monitor badan dan EEG untuk monitor aktivitas otak, kemudian diminta melakukan aktivitas tertentu untuk mengendalikan keduanya.

c. Electroconvulsive Therapy (ECT)

ECT dilakukan dengan mengalirkan arus listrik langsung untuk menstimulasi otak pasien. Saat ini, prosedur ECT dilakukan dengan anestesi sehingga tidak menyakiti pasien. ECT hanya dilakukan pada kasus depresi berat yang tidak merespon terapi lainnya atau mereka dengan risiko bunuh diri besar.

7. Pengukuran Depresi

Banyak instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur depresi, berikut adalah beberapa diantaranya:

a. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

PHQ-9 adalah instrument diagnosis berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi ke empat (DSM-IV) yang spesifik pada kelainan primer seperti depresi, ansietas, alkohol, dan gangguan somatoform yang memiliki skor 0-30 dengan 9 pertanyaan.

b. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)

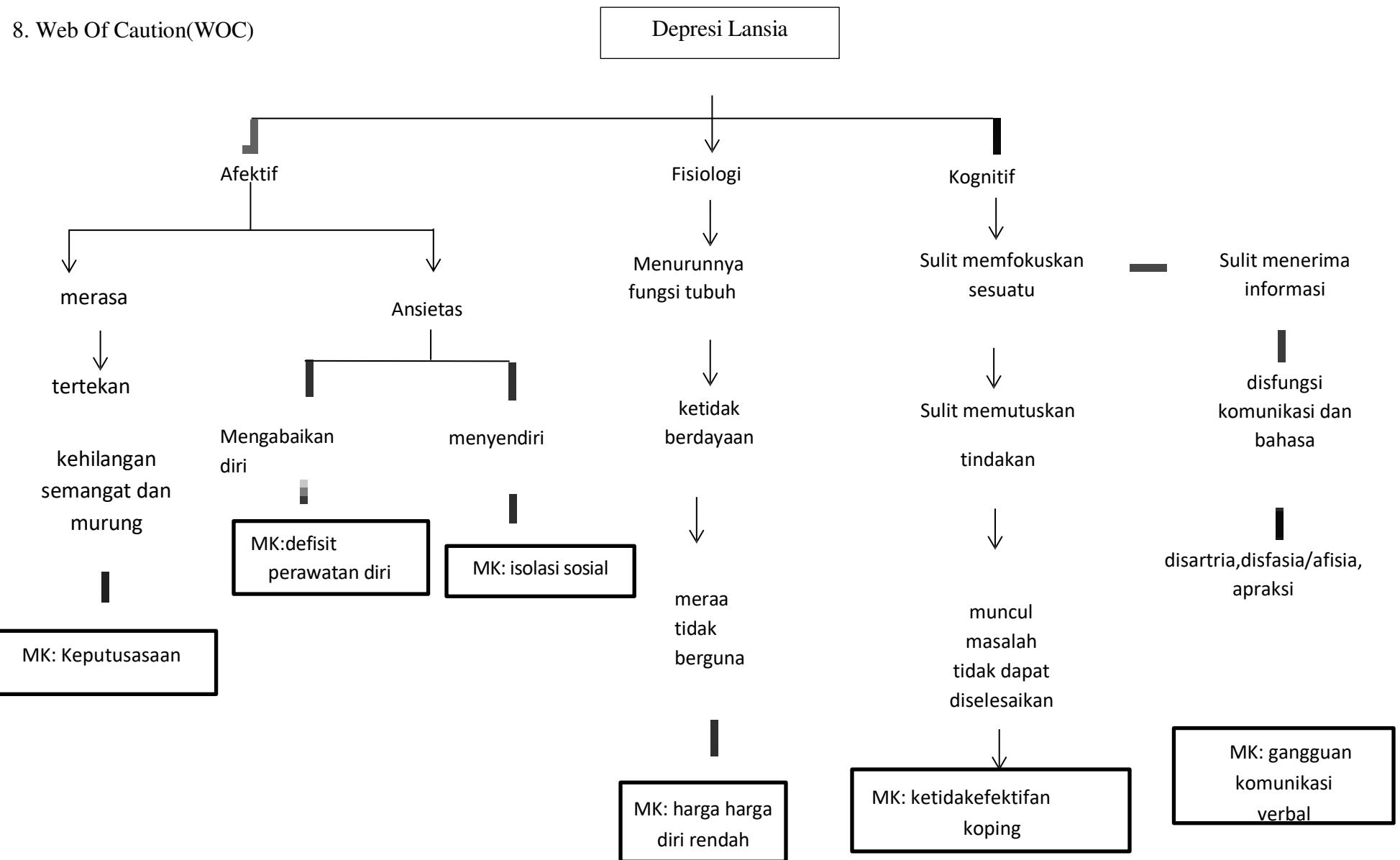
CES-D adalah skala pengukuran depresi yang terdiri dari 9 domain (kesedihan, kehilangan minat, nafsu makan, tidur, konsentrasi, rasa bersalah, lelah, gerakan, keinginan bunuh diri) yang dibagi menjadi 20 pertanyaan yang bersandar pada kriteria diagnosis dari DSM-IV,20

c. Skala Depresi Geriatri

Skala pengukur depresi yang khusus diperuntukan bagi lanjut usia dengan usia 60 tahun ke atas. Mudah digunakan bagi lansia yang memiliki penyakit fisik yang hanya bertahan jangka waktu pendek karena format skalanya hanya "ya" dan "tidak" sehingga penggunaannya sederhana dibanding dengan pilihan berganda. Koefisien reliabilitas 0,81 dan

variabilitas pengamatnya 0.85. Banyak digunakan di komunitas, perawatan fase akut dan perawatan jangka panjang. Skala Depresi Geriatri sesuai untuk target populasi yang sedang berada dalam perawatan gawat darurat, pasien akut yang baru masuk, pasien sub-akut, atau pasien ambulatori, 22 Skala Depresi Geriatri terdiri dari 15 pertanyaan yang terdiri dari komponen psikometri yang menanyakan keadaan (6)partisipan pada hari itu dimana wawancara berlangsung. Bila didapati skor 0-4 menandakan normal, 5-9 kecenderungan depresi, 9 indikasi depresi. Memiliki sensitivitas yang tinggi yaitu 92% dan spesifisitas 89% bila dibandingkan dengan kriteria diagnosis.

8. Web Of Caution(WOC)



C. Konsep Panti Sosial Tresna Werdha

Panti Sosial Tresna Werdha merupakan tempat pelayanan sosial bagi orang lansia.

Dilihat dari strategi pelayanan sosial, maka panti werdha termasuk kedalam institutional based services, yaitu dalam pelayanan ini individu yang mengalami masalah ditempatkan dalam lembaga pelayanan sosial. Lanjut usia yang mengalami permasalahan dalam tempat tinggal, keluarganya dapat diterima sebagai bagian dari panti sosial tresna werdha karena panti sosial tresna werdha merupakan bagian dari pemerintah yang dijamin akan hak dan kebutuhan mereka selama di dalam panti sosial. Panti werdha adalah panti yang didalamnya ada perawat yang profesional dan hanya lanjut usia lemah dan tidak mampu mengurus dirinya sendiri serta mempunyai kondisi ketergantungan dapat diterima atau dirawat.

Di dalam panti sosial terdapat beberapa pekerja sosial dan pramuwerdha yang siap membantu lanjut usia dalam menjalankan kegiatan sehari-harinya, lanjut usia tidak mandiri dapat dibantu kesehariannya seperti mandi, makan bahkan pergi ke tempat tidur. Para pramuwerdha yang mempunyai bagian masing-masing dalam tugasnya telah dibekali persipan khusus untuk melayani lanjut usia yang membutuhkan mereka kapan pun.pelayanan kesejahteraan lansia menyediakan suatu tempat berupa bangunan dan memberikan kesempatan bagi lanjut usia dalam melakukan aktivitas- aktivitas sosial, tujuannya membuat lanjut usia menjalani proses penuaan dengan sehat dan mandiri. Sedangkan tugas panti werdha memberikan pelayanan kesejahteraan sosial dan rehabilitasi sosial bagi penyandang masalah kesejahteraan sosial sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Salah satu sistem pelayanan sosial yang diberikan Panti Werdha dengan melakukan pemenuhan kebutuhan. Pelayanan sosial merupakan aktivitas pekerja sosial dalam praktik pekerjaannya. Pelayanan sosial yang diberikan. sebagai wujud dari jawaban terhadap tuntutan kebutuhan dan masalah yang dialami masyarakat sebagai akibat perubahan masyarakat itu sendiri.

Dengan memberikan pelayanan sosial berupa bimbingan sosial, bimbingan kesehatan, kegamaan, liburan, bimbingan keterampilan diharapkan dapat membuat lanjut usia untuk tetap aktif di masa tuanya dan tetap berkarya baik di diluar maupun di dalam panti. Pelayanan sosial yang diberikan oleh panti sosial berupa pelayanan- pelayanan seperti bimbangan sosial, bimbingan kesenian, bimbingan keterampilan yang bertujuan untuk mengisi waktu luang pada lanjut usia juga mmebuat mereka tetap produktif walaupun berada di dalam panti sosial.

Sebagai pelaksana pelayanan, pekerja sosial sangat berperan penting untuk memberikan pengamanan sosial, membantu memberikan apa saja yang dibutuhkan lanjut usia untuk menumbuhkan fungsi sosialnya. Pekerja sosial juga berkerja untuk memberikan bantuan dan prtolongan yang dibutuhkan oleh lanjut usia di masa tuanya ini. Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) merupakan yayasan sosial yang menampung orang lanjut usia yang terlantar atau dititipkan oleh sanak saudara mereka sendiri dan merupakan salah satu bentuk upaya pemerintah dalam mengayomi para lansia (orang lanjut usia) yang hidup miskin dan terlantar.

Panti Werdha dimiliki oleh pemerintah dan swasta yang memiliki berbagai sumber daya yang berfungsi mengantisipasi dan merespon kebutuhan lanjut usia yang selalu meningkat. Panti Werdha mempunyai fungsi sebagai pusat juga berkerja untuk memberikan bantuan dan prtolongan yang dibutuhkan oleh lanjut usia di masa tuanya ini. Pekerja sosial membantu para lanjut usia dalam keseharian dibantu oleh pramuwerdha panti. Pekerja sosial membantu lanjut usia dalam kesehariannya juga menjadi teman berbincang bagi para lanjut usia di panti sosial. Pemenuhan kebutuhan dasar lanjut usia untuk kesejahteraannya selalu terpenuhi di panti dan belum tentu didapatkan dalam keluarganya. Karenanya, peran panti sosial tresna werdha memiliki peran penting untuk mensejahterakan lanjut usia.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal mengumpulkan informasi mengenai klien, mengorganisasikan informasi, dan menentukan signifikasinya. fase pertama dalam proses keperawatan, walaupun sebenarnya pengkajian terus berlangsung disemua fase dalam proses keperawatan. Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data.

Data yang dikumpulkan mencakup data subyektif dan data obyektif data yang berhubungan dengan masalah lansia serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhi atau yang berhubungan dengan masalah kesehatan lansia (Aswati et al, 2020).

a. Identitas

Identitas klien yang biasanya dikaji nama, alamat, usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering muncul pada pasien dengan depressi adalah keputusasaan, perasaan tidak berdaya.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada anamnesa, pasien mengeluhkan sering merasa tidak berdaya dan putus asa pasien bahkan tidak memiliki inat untuk melakukan kegiatan, tidak dapat mengurus keperluan dasar sehari-hari, atau mengenali anggota keluarganya.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Biasanya ada riwayat penyakit sistem neurologis (kecelakaan cerebrovaskuler, trauma kepala, dan lain-lain), adanya riwayat penyakit sistem kardiovaskuler dan riwayat penyakit sistem muskuloskeletal, riwayat penyakit sistem persarafan. Obat-obatan yang pernah dikonsumsi sebelumnya seperti antidepresan.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya anggota keluarga yang menderita hipertensi dan diabetes melitus diperlukan untuk melihat adanya komplikasi penyakit lain yang dapat mempercepat progresifnya penyakit.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Kesadaran yang menurun dan sesudahnya terdapat amnesia. Tensi menurun , takikardi, febris, deficit perawatan diri.

g. Spiritual

Keyakinan klien terhadap agama dan keyakinannya masih kuat. Tetapi tidak atau kurang mampu dalam melaksanakan ibadahnya sesuai dengan agama dan kepercayaannya.

h. Status mental

Penampilan klien tidak rapi dan tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri dan Pembicaraan keras, cepat.

i. Afek dan emosi

Perubahan afek terjadi karena klien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu karena jika langsung mengalami perasaan tersebut dapat menimbulkan ansietas.

Keadaan ini menimbulkan perubahan afek yang digunakan klien untuk melindungi dirinya, karena afek yang telah berubah memampukan klien mengingkari dampak emosional yang menyakitkan dari lingkungan eksternal.

Respon emosional klien mungkin tampak bizar dan tidak sesuai karena datang dari kerangka pikir yang telah berubah. Perubahan afek adalah tumpul, datar, tidak sesuai, berlebihan dan ambivalen.

j. Interaksi selama wawancara

Sikap klien terhadap pemeriksa kurang kooperatif, kontak mata kurang.

k. Persepsi

Persepsi melibatkan proses berpikir dan pemahaman emosional terhadap suatu obyek. Perubahan persepsi dapat terjadi pada satu atau lebih panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman dan pengecapan. Perubahan persepsi dapat ringan, sedang dan berat atau berkepanjangan.

l. Proses berpikir

Klien yang terganggu pikirannya sukar berperilaku kohern, tindakannya cenderung berdasarkan penilaian pribadi klien terhadap realitas yang tidak sesuai dengan penilaian yang umum diterima. Penilaian realitas secara

pribadi oleh klien merupakan penilaian subyektif yang dikaitkan dengan orang, benda atau kejadian yang tidak logis (Pemikiran autistik). Klien tidak menelaah ulang kebenaran realitas. Pemikiran autistik dasar perubahan proses pikir yang dapat dimanifestasikan dengan pemikiran primitif, hilangnya asosiasi, pemikiran magis, delusi (waham),

perubahan linguistik (memperlihatkan gangguan pola pikir abstrak sehingga tampak klien regresi dan pola pikir yang sempit misalnya ekholali, clang asosiasi dan neologisme.

m. Tingkat Kesadaran

Kesadaran yang menurun, bingung.

n. Pola nutrisi

Pasien biasanya mengalami penurunan nafsu makan minum pasien akan dengan cepat mengalami dehidrasi yang dapat menyebabkan kebingungan

o. Pola tidur

Pasien akan mengalami gangguan tidur pada malam hari, sering terbangun pada malam hari p. Pola Mekanisme Koping Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress. Biasanya pasien dengan demensia sering memakai kata-kata yang cepat dan keras.

2. Analisa Data

Analisa Data adalah kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan.

Analisis data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut sesuai konsep, teori, prinsip-prinsip yang relevan untuk membuat keputusan.

3. Diagnosa yang mungkin muncul

- a. Keputusasaan berhubungan dengan stress jangka panjang (D.008) (SDKI,2017)

Definisi : kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi.

Penyebab stress jangka panjang, penurunan fungsi fisiologis, kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual, kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting, pembatasan aktifitas jangka panjang, pengasingan.

Gejala dan tanda mayor subjektif : mengungkapkan keputusan. Objektif: berperilaku pasif, Gejala dan tanda minor subjektif: sulit tidur, selera makan menurun, Objektif : afek datar, kurang inisiatif, meninggalkan lawan bicara, kurang terlibat dalam aktivitas perawatan, mengangkat bahu sebagai respon lawan bicara. Kondisi klinis terkait : penyakit kronis, penyakit terminal, penyakit yang tidak dapat disembuhkan

- b. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental (D.0102) (SDKI,2017)

Definisi Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain. Penyebab : Keterlambatan perkembangan, Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan, Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan, Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma, Ketidaksesuaian perilaku sosial dengan norma, Perubahan penampilan fisik, Perubahan status mental, Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis, disfungsi berduka, pengendalian diri buruk).

Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : Merasa ingin sendirian, Merasa tidak aman di tempat umum. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : Merasa berbeda dengan orang lain, Merasa asyik dengan pikiran sendiri Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelasObjektif : Menarik diri, Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan Objektif : Afek datar, Afek sedih, Riwayat ditolak, Menunjukkan permusuhan, Tidak mampu memenuhi harapan orang lain,Kondisi difabel ,Tindakan tidak berarti,Tidak ada kontak mata, Perkembangan terlambat, Tidak bergairah/lesu.Kondisi Kilnis Terkait : Penyakit Alzheimer, AIDS, Tuberkulosis, Kondisi yang menyebabkan gangguan mobilisasi, Gangguan psikiatrik (mis, depresi mayor dan schizophrenia).

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119) (SDKI,2017).

Gangguan Komunikasi Verbal adalah Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima,memproses, mengirim, dan menggunakan sisitem tombol. Penyebab yaitu Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskuler, Gangguan pendengaran, Gangguan muskuloskeletal, Kelaian pelatum, Hambatan fisik (mis. terpasang trkheostomi, intubasi, krikotirodektomi, Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi), Hambatan psikiologis (mis. gangguan psikotik,gangguan konsep diri,harga diri rendah, gangguan emosi), hambatan lingkunagan (mis.Ketidakcukupan informasi,ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

Gejala dan Tanda Minor Subjektif yaitu (tidak tersedia). Objektif yaitu Tidak mampu berbicara atau mendengar Menunjukan respon tidak sesuai. Gejala dan Tanda Minor Subjektif yaitu (tidak tersedia). Objektif yaitu Afasia, Disfasia, Apraksia, Disleksia, Disatria, Gagap, Tidak ada kontak

mata, Sulit memahami komunikasi, Sulit mempertahankan komunikasi, Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, Sulit menyusun kalimat, Verbaliasai tidak tepat, Sulit mengungkapkan kata-kata. Kondisi klinis Terkait meliputi Stroke, Cedera kepala, Trauma wajah, Peningkatan tekanan intrakranial, Hipoksia kronis, Tumor, Miastenia gravis, Sklerosis multipel, Distropi meskuler, Penyakit Alzheimer, Kuadriplegia, Labiopalatoskizis, Infeksi laring.

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0109) (SDKI, 2017).

Defisit perawatan diri adalah Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebab yaitu Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskuler, Kelemahan, Gangguan psikologis dan psikotik, Penurunan motivasi dan minat.

Gejala dan Tanda Mayor Subjektif yaitu Menolak melakukan perawatan diri. Objektif yaitu Tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri, Minat melakukan perawatan diri kurang. Gejala dan Tanda Minor Subjektif yaitu (tidak tersedia). Objektif yaitu (tidak tersedia) Kondisi Klinis Terkait meliputi Stroke, Cedera medula spinalis, Depresi, Arthritis reumatoid, Retardasi mental, Delirium, Demensia, Gangguan amnestik, Skizofrenia dan gangguan psikotik lain, Fungsi penilaian terganggu.

- e. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah (D.0096) (SDKI, 2017).

Koping tidak efektif adalah ketidakmampuan menilai dan merespons stresor dan ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah. Penyebabnya yaitu ketidakpercayaan kemampuan diri

mengatasi masalah, ketidakadekuatan sisitem pendukung, Ketidakadekuatan strategi coping, ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan, Ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stresor, disfungsi sistem keluarga, Krisis situasional, krisis maturasional, kerentanan personalitas, ketidakpastian.

Gejala dan tanda mayor subjektif yaitu mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah, objektif yaitu tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia), menggunakan mekanisme coping yang tidak sesuai, gejala dan tanda minor subjektif yaitu tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar kekhawatiran kronis, objektif yaitu penyalahgunaan zat, memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginanya sendiri, perilaku tidak asertif, partisipasi sosial kurang.

Kondisi klinis terkait meliputi kondisi perawatan kritis, attention Deficit/Hyperactivity disorder, gangguan perilaku, oppositional defiant disorder, gangguan kecemasan perpisahan, delerium, demensia, gangguan amnestik, intoksikasi zat, putus.

4. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Keperawatan Gerontik adalah suatu proses keperawatan yang melibatkan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah lansia. menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia (Ballsy & Hutaapea, 2021) Rencana asuhan keperawatan pada lansia dengan demensia menurut SIKI (2017) dan SLKI (2017) Adalah sebagai berikut:

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	<p>Keputusasaan berhubungan dengan stress jangka panjang</p> <p>Definisi : kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi.</p> <p>Gejala dan tanda mayor subjektif : mengungkapkan keputusan</p> <p>Objektif : berperilaku pasif</p> <p>Gejala dan tanda minor subjektif: sulit tidur, selera makan menurun</p> <p>Objektif : afek datar, kurang inisiatif, meninggalkan lawan bicara, kurang terlibat dalam aktivitas perawatan, mengangkat bahu sebagai respon lawan bicara.</p> <p>Kondisi klinis terkait : penyakit kronis, penyakit terminal, penyakit yang tidak dapat disembuhkan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x5 kunjungan diharapkan keputusasaan dapat teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <p>Harapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterlibatan dalam aktifitas perawatan meningkat 2. Selera makan meningkat 3. Inisiatif meningkat 4. Minat komunikasi verbal meningkat 5. Verbalisasi keputusasaan menurun 6. Perilaku pasif menurun 7. Afek datar menurun 8. Pola tidur membaik 	<p>Dukungan Emosional</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi fungsi marah, frustasi dan amuk bagi pasien - Identifikasi hal yang telah memicu emosi <p>Terapentik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih - Buat pernyataan supportif atau empati selama fase berduka - Lakukan sentuhan untuk membenarkan dukungan (mis. Merangkul, menepuk-nepuk) - Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
			<ul style="list-style-type: none"> - Kurangi tuntutan berfikir saat sakat atau lelah <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah atau malu - Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. Ansietas, marah, sedih) - Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan - Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujuk untuk konseling, jika perlu

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
2.	<p>Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental</p> <p>Definisi Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: Merasa ingin sendirian, Merasa tidak aman di tempat umum</p> <p>Objektif:</p> <p>Menarik diri, Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan</p> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif: Merasa berbeda dengan orang lain, Merasa asyik dengan pikiran sendiri Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas</p> <p>Objektif:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x5 kunjungan Diharapkan isolasi sosial dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Keterlibatan sosial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi tujuan yang jelas meningkat 3. Minat terhadap aktivitas meningkat 4. Verbalisasi isolasi menurun 5. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun 6. Perilaku menarik diri menurun 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun 8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun 9. Afek murung/sedih menurun 10. Perilaku bermusuhan menurun 11. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik 	<p>Promosi sosialisasi</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain - Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan - Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan - Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok - Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis.jalan-jalan, ketoko buku)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
	Afek datar, Afek sedih, Riwayat ditolak, Menunjukkan permusuhan, Tidak mampu memenuhi harapan orang lain, Kondisi difabel Tindakan tidak berarti, Tidak ada kontak. mata, Perkembangan terlambat, Tidak bergairah/lesu.	12. Perilaku bertujuan membaik 13. Kontak mata membaik setiap	<ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain - Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan - Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri - Berikan umpan balik positif pada peningkatan kemampuan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap - Anjurkan ikut serta kegiatan social dan kemasyarakatan Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain - Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
			<p>menghormati hak orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan penggunaan alat bantu - Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus - Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi - Latih mengekspresikan marah dengan tepat
3.	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular.</p> <p>Definis : penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x5 kunjungan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Komunikasi verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan berbicara meningkat. 2. kemampuan 	<p>Promosi komunikasi :</p> <p>Defisit bicara</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan bicara. - monitor proses koognitif, anatomic, dan fisiologis yang

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
	<p>dan menggunakan simbol. Gejala dan tanda mayor subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a.tidak mampu berbicara atau mendengar. b.menunjukkan respon tidak sesuai. <p>Gejala dan tanda minor subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a.gagap b.tidak ada kontak mata c.sulit menyusun kalimat d.sulit mengungkapkan kata-kata 	<p>mendengar meningkat.</p> <p>3. 3.afasia menurun.</p> <p>4. 4.disfasia menurun.</p> <p>Status koognitif</p> <p>1. 1.komunikasi jelas sesuai dengan usia meningkat.</p> <p>2. 2.kemampuan membuat keputusan meningkat.</p> <p>3. 3.perhatian meningkat.</p> <p>4. konsentrasi meningkat.</p>	<p>berkaitan dengan bicara.</p> <ul style="list-style-type: none"> - gunakan metode komunikasi alternatif. - anjurkan bicara perlahan. <p>Promosi komunikasi : defisit pendengaran</p> <ul style="list-style-type: none"> - periksa kemampuan pendengaran. - identifikasi metode komunikasi yang disukasi pasien. - gunakan bahasa sederhana. - berhadapan dengan pasien secara langsung.
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam</p> <p>Perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p>Dukungan perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi kebiasaan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
	<p>Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>Gejala dan tanda mayor subketif : menolak melakukan perawatan diri.</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a.tidak mampu mandi dan megenakan pakaian. b.minat melakukan perawatan diri kurang. <p>Gejala dan tanda minor (tidak tersedia)</p>	<p>Perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan mandi meningkat. 2. verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat. 3. minat melakukan perawatan diri meningkat. 4. mempertahankan kebersihan diri 	aktivitas perawatan diri sesuai usia. - monitor tingkat kmandirian. - dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. - jadwalkan rutinitas perawatan diri. - anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
5.	Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan dengan ketidakberdayaan terhadap kemampuan	Setelah dilakukan tindakankeperawatan 1x5 kunjungan status koping membaik dengan kriteria hasil : Status koping	Promosi koping <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan.

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
	<p>diri mengatasi masalah .</p> <p>Definisi :</p> <p>ketidakmampuan menilai dan merespon stresor dan ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah.</p> <p>Gejala dan tanda mayor subketif :</p> <p>a.mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah.</p> <p>Objekif :</p> <p>a.tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia).</p> <p>b.menggunakan mekanisme coping yang tidak sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan memenuhi peran ssuai usia meningkat. 2. perilaku coping adaptif meningkat. 3. verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - identifikasi kemampuan yang dimiliki. - idenfikasi sumber daya yang tersedia untuk menemui tujuan. - identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan. - identifikasi metode penyelesaian masalah. - identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial. - diskusikan perubahan peran yang dialami. - gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
	<p>Gejala dan tanda minor subjektif :</p> <p>a.tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar.</p> <p>b.kekhawatiran kronis.</p> <p>Objektif :</p> <p>a.peyalahgunaan zat.</p> <p>b.manipulasi orang lain untuk memenuhi keinginan sendiri.</p> <p>c.perilaku tidak asertif .</p> <p>d.partisipasi sosial kurang.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - diskusikan alasan mengkritik diri sendiri. - diskusikan resiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri. - fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan. - tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan. - hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan aktivitas Spesifik yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan atau melakukan tindakan intervensi keperawatan (PPNI, 2017).

6. Evaluasi keperawatan

Tujuan dilakukannya evaluasi keperawatan adalah untuk mengevaluasi perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan (PPNI, 2017) sehingga perawat bisa mengambil keputusan dalam:

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.
- c. Melanjutkan tindakan keperawatan.

7. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas dari mulai pengkajian hingga evaluasi keperawatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang dilakukan adalah deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi dimasa kini menggunakan pendekatan studi kasus. Deskriptif adalah suatu fenomena atau peristiwa yang ditengah teliti (Sukardi, 2018). Studi kasus adalah metode penelitian yang mendalam pada suatu permasalahan kasus yang diteliti (Alimul, 2021). Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kualitatif yaitu jenis penelitian dengan pengumpulan data pada suatu latar alamiah dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi (Anggito & setiawan, 2018). Hasil yang didapatkan peneliti bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia dengan Gangguan Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Penelitian ini dimulai dari bulan November tahun 2024 sampai bulan Juni 2025. Asuhan keperawatan dilakukan pada 17 Februari sampai dengan 22 Februari 2025

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien yang mengalami Depresi yang berada di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Jumlah rata-rata populasi pasien Depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin saat dilakukan pengkajian pada bulan November 2024 berjumlah 14 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari keseluruhan objek diteliti dan di anggap mewakili seluruh populasi. Teknik sampling adalah suatu teknik dalam proses penyeleksian porsi dari populasi untuk mewakili populasi sesuai dengan subjek penelitian (Kartika, 2017). Sampel penelitian ini adalah 4 orang pasien yang mengalami Depresi tingkat ringan di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Kemudian dalam pemilihan sampel peneliti menggunakan teknik purposive sampling, yaitu teknik penentuan sampel dari sejumlah populasi berdasarkan ciri-ciri atau sifat tertentu dari populasi yang berdasarkan pada tujuan dan kriteria penelitian yang telah ditetapkan untuk mendapatkan 1 orang lansia Depresi untuk dijadikan sebagai sample penelitian. Kriteria dalam pengambilan sampel yaitu:

a. Kriteria inklusi

- 1) Lansia yang mengalami depresi ringan dengan hasil skor skrining total yaitu 5-8 sesuai dengan format pengkajian skala Depresi.
- 2) Lansia yang bersedia menjadi Responden.
- 3) Lansia yang kooperatif dan bisa berkomunikasi dengan baik.
- 4) Lansia yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Lansia yang tidak berada di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.
- 2) Lansia yang tidak kooperatif selama penelitian.
- 3) Lansia yang berhalangan di saat penelitian.
- 4) Lansia yang mengalami buta dan tuli yang dapat mengganggu penelitian

D. Instrumen dan Alat Pengumpulan Data

Instrumen penggunaan data yang digunakan penelitian ini adalah tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Untuk mengukur skala nyeri pasien, peneliti menggunakan menggunakan GERIATRIC DEPRESSION SCALE (SKALA DEPRESI). Untuk menilai tingkatan Depresi, peneliti menggunakan format pengkajian skala Depresi.

Pemeriksaan fisik menggunakan alat berupa tensimeter, stetoskop, termometer, penlight dan studi dokumentasi. Proses keperawatan meliputi:

1. Format pengkajian keperawatan dasar : identitas pasien dan penanggung jawab, diagnosa, waktu masuk, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data sosial ekonomi, data spiritual, pemeriksaan laboratorium dan program pengobatan.
2. Format analisa data :nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah, dan penyebab(etiologi).
3. Format diagnosis keperawatan : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya dan dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari :nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan luaran keperawatan.
5. Format implementasi dan evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf peneliti.

E. Jenis-jenis Data

1. Data primer

Pada penelitian ini data primer didapatkan dari hasil wawancara dengan pasien, hasil wawancara dengan keluarga, pengukuran, dan pemeriksaan fisik berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan dasar.

2. Data sekunder

Pada penelitian ini data sekunder didapatkan dari rekam medik, data penunjang (pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik), catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan (status pasien).

F. Cara Pengumpulan Data

Pada penelitian ini teknik pengumpulan data menggunakan multisumber bukti. Cara pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

1. Wawancara

Wawancara yaitu pengumpulan data dengan tanya jawab langsung antara pewawancara dengan responden. Pada penelitian ini, langkah dan cara peneliti mengumpulkan data kepada pasien yaitu peneliti memperkenalkan diri dengan baik, menjelaskan asal institusi menjelaskan maksud tujuan melakukan penelitian. Setelah selesai menjelaskan semuanya, peneliti meminta persetujuan kepada terkait ketersediaanya untuk dijadikan responden atau tidak.

Pada saat itu pasien setuju untuk dijadikan responden. Peneliti kemudian bersedia mengisi dan menandatangani lembar persetujuan (informend consent) yang diberikan peneliti. Setelah pasien dan keluarga setuju untuk dijadikan responden, peneliti meminta izin dan waktu kepada pasien untuk dilakukannya pengkajian terhadap pasien. (Wawan et al., 2021)

2. Pengukuran

Pengukuran yaitu melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metode mengukur dengan menggunakan alat ukur skala Depresi pasien dengan menggunakan skala dkor depresi dengan rentang angka dari 1-15, dengan nilai 1-4 adalah depresi ringan, 5-9 depresi sedang , dan 10-15 adalah depresi berat. (Imelda et al., 2022).

3. Observasi

Peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari lansia, seperti keadaan umum lansia. Selain itu juga mengobservasi tindakan apa saja yang telah dilakukan pada lansia depresi.

a. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan langsung secara head to toe dengan cara inspeksi (melihat kondisi seperti keadaan umum pasien), palpasi (menggunakan indra peraba), perkusi (cara mengetuk bagian permukaan tubuh), dan auskultasi (mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh).

b. Studi Dokumentasi

Dokumentasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data untuk dapat memperoleh informasi melalui fakta yang tersimpan dalam bentuk data sekunder misalnya, rekam medik, laporan bulanan, laporantahunan, catatan pasien, surat keterangan, arsip foto, hasil rapat, dan jurnal kegiatan.

G. Mekanisme Pengumpulan Data

1. Prosedur Administrasi

- a. Peneliti meminta surat izin survey data dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- b. Peneliti mendatangi Dinas Sosial Sumatera Barat dan menyerahkan surat rekomendasi survey data dari institusi untuk mendapatkan surat izin survey data di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
- c. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dan menyerahkan surat izin survey data dari Dinas Sosial Sumatera Barat.
- d. Peneliti meminta data jumlah lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin kepada pimpinan PSTW didapatkan yaitu sebanyak 110 lansia pada 23 November 2024.
- e. Peneliti kemudian meminta izin kepada pihak PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin untuk melakukan pengkajian keperawatan gerontik dan wawancara pada klien untuk menetukan pasien mana yang mengalami depresi.
- f. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden.
- g. Peneliti memberikan informed consent kepada responden untuk di tanda tangani.
- h. Peneliti mengontrak waktu responden untuk melakukan pengkajian dan wawancara menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan gerontik.

2. Prosedur Asuhan Keperawatan

Prosedur asuhan keperawatan mengacu kepada 5 proses asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Prosedur asuhan keperawatan tersebut diantaranya adalah :

- a. Peneliti melakukan pengkajian keperawatan kepada partisipan menggunakan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik lansia dengan depresi.
- b. Peneliti merumuskan diagnosis keperawatan yang muncul pada lansia dengan depresi.
- c. Peneliti membuat perencanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada lansia dengan depresi.
- d. Peneliti melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan depresi.
- e. Peneliti mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada lansia dengan depresi.
- f. Peneliti mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang telah diberikan pada partisipan mulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.

H. Analisis Data

Analisis yang dilakukan Peneliti akan menganalisa data-data yang telah dikumpulkan pada saat melakukan pengkajian yang mengacu kepada format pengkajian Asuhan keperawatan Gerontik, setelah itu didapatkan data subjektif dan data objektif sehingga peneliti dapat merumuskan diagnosa keperawatan.

Selanjutnya peneliti menyusun rencana keperawatan yang akan dilakukan. Setelah disusun rencana keperawatan, peneliti kemudian melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan yang telah direncanakan dan mengevaluasinya. Pada analisis selanjutnya, peneliti membandingkan asuhan keperawatan pasien dengan teori yang ada dan penelitian sebelumnya.

BAB IV

DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

Penelitian dilakukan kepada Lansia Bapak.S selama 5 hari yang dimulai dari tanggal 17 Februari 2023 – 22 Februari 2025 di wisma Tandikek Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

1. Hasil Pengkajian Keperawatan

Klien adalah Bapak S seorang laki-laki yang berusia 67 tahun, seorang yang belum pernah menikah dan tidak memiliki anak, beragama islam, sumber informasi dari Bapak S sendiri dan petugas panti. Keluarga yang dapat dihubungi adalah adik klien bernama Bapak A. Alasan klien masuk PSTW adalah klien mengatakan diantar oleh pihak dinas sosial dikarenakan Tn.S tidak memiliki keluarga yang bisa merawat dan menjaganya.

Saat dilakukan pengkajian tanggal 17 Februari 2025 pada pukul 10.00 wib didapatkan Bapak S mengatakan sulit untuk melakukan kegiatan yang ada di PSTW seperti senam bersama dan dotong royong, Bapak S mengatakan alasan ia sulit melakukan kegiatan dikarenakan kaki kanannya yang sakit akibat kecelakaan, klien tampak lebih suka menyendiri duduk di depan wisma nya. Bapak.S mengatakan tidak ada alergi pada makanan, obat, binatang. Bapak.S mengatakan ada riwayat kecelakaan Bapak S mengatakan pernah mengalami kecelakaan sekitar 6 tahun yang lalu dan dirawat di rumah sakit. Bapak.S mengatakan tidak ada riwayat pemakaian obat untuk jangka waktu yang lama. Bapak.S mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit keturunan seperti jantung, diabetes melitus, dan hipertensi.

Secara psikososial dan spiritual Orang terdekat dengan klien di panti adalah teman yang berada di wisma. Saat ini masalah yang mempengaruhi klien adalah masih sulit untuk melakukan kegiatan yang ada di PSTW dikarenakan nyeri di yang muncul saat berkegiatan pada kaki kanan Bapak.S.

Mekanisme coping klien terhadap stress adalah beristirahat dan shalat. Hal yang sangat dipikirkan klien saat ini adalah klien sehat dan masih bisa beraktivitas. Harapan setelah menjalani pembinaan di panti adalah klien ingin sehat selalu, bisa berkumpul dengan teman-teman dalam meningkatkan ilmu agama dengan mengikuti kegiatan pengajian yang diadakan sekali seminggu di mushola panti. Perubahan yang dirasakan setelah masuk panti yaitu klien mengatakan lebih bahagia setelah tinggal di panti karena klien memiliki banyak teman, lebih terperhatikan seperti makan, uang jajan yang di kasih, dan sholat yang di ingatkan oleh teman-teman di wisma. Aktifitas keagamaan yaitu klien mengatakan masih bolong mengerjakan shalat dan klien melakukan kegiatan wirid di mesjid 1x seminggu. Harapan klien terhadap ibadahnya yaitu dapat meningkatkan ibadah klien, lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT dan ikut dalam kegiatan pengajian di musholla bersama teman-teman yang lainnya. Klien mengatakan kepercayaannya terhadap kematian pasti ada,klien mempercayai adanya kematian dan berusaha untuk memperbaiki ibadahnya saat ini dengan rajin melaksanakan sholat, mengikuti kegiatan wirid di masjid 1x seminggu.

Pola kebiasaan sehari-hari klien adalah makan 2x sehari dengan nasi, lauk, buah dan sayur, kebiasaan sebelum makan klien mencuci tangan dan berdo'a, nafsu makan klien baik, klien tidak ada riwayat elergi makanan, berat badan klien adalah 57 Kg dan tinggi 162 cm. Kebiasaan berkemih klien adalah 6-7x sehari dengan warna kekuningan dan tidak ada keluhan saat buang air kecil (BAK). Kebiasaan buang air besar (BAB) klien adalah 1x sehari dengan warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan bau khas. Klien tidak ada masalah dengan buang air besar (BAB), klien buang air besar setiap pagi hari.

Klien tidak pernah mengonsumsi obat laksatif dan biasanya hanya makan buah dan sayur untuk mempelancar buang air besar (BAB). Kebiasaan mandi klien adalah 1x sehari pada pagi hari dengan menggunakan sabun, Gosok gigi 1x sehari pada pagi hari dengan menggunakan odol, cuci rambut 3-4 x seminggu dengan menggunakan shampo, dan gunting kuku jarang. Kebiasaan tidur klien adalah dan 6-7 jam pada malam hari, klien mengeluhkan sering terbangun saat malam hari dan tidak bisa tidur kembali, klien mengatakan ia tidak biasa tidur siang. Kadang-kadang klien mengikuti kegiatan kesenian dipanti, kegiatan waktu luang klien biasanya duduk didepan wisma bersama teman dan pasien kadang melakukan hobinya seperti memperbaiki kabel charger yang rusak, klien jarang bergabung dengan teman wisma lain dalam berkegiatan seperti olahraga sore. Keluhan klien dalam beraktifitas adalah saat klien berdiri lama dan banyak beraktifitas kaki kanan klien akan nyeri dan sakit. Kebiasaan sehari-hari Klien merokok namun tidak sering setelah masuk panti klien mengatakan sudah berhenti merokok, klien tidak mengonsumsi minuman keras, klien tidak mengonsumsi obat jangka waktu panjang.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn.Z keadaan umum baik, dengan tekanan darah 125/90 mmHg, Nadi 87 x/menit, pernapasan 23 x/menit dan suhu 36,7 °C. Klien biasa menggunakan topi setiap harinya, rambut pendek, ada uban, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pandangan agak kabur, tidak menggunakan kaca mata. Hidung bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada secret, tidak ada pembengkakan. Telinga simetris kiri dan kanan, telinga tampak kotor, tidak ada masalah dengan pendengaran, pada leher tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, mukosa bibir lembab, tidak pucat, gigi klien tidak lengkap, terlihat kotor pada gigi. Pemeriksaan pada dada ditemukan simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, fremitus kiri dan kanan teraba baik, tidak ada nyeri saat dipalpasi, sonor dan terdengar vesikuler.

Abdomen simetris dan supel tidak ada asites, tidak terjadi pembekakan pada abdomen, tidak ada perbesaran hepar, tympani, bising usus normal 35 x/ menit, ekstremitas atas bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik, akral hangat, ekstremitas bawah bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik.

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian status mental klien adalah saat dilakukan pengkajian, daya orientasi waktu pasien dapat menyebutkan hari dan tahun namun tidak dapat menyebutkan tanggal dan bulan saat ditanya, klien mengetahui tempat dimana dia sekarang, terkadang klien lupa saat ditanya nama teman yang ada di wisma dan nama peneliti. Daya Ingat jangka panjang klien masih ingat dengan kedua orang tua klien, klien masih ingat dengan adiknya dan temannya yang mengantarkan klien ke dinas sosial, klien sering lupa dengan nama peneliti yang mengunjunginya, kontak mata klien Saat berkomunikasi terkadang tidak ada selama proses asuhan keperawatan, afek klien selama proses asuhan keperawatan adalah datar.

Pengkajian penataan lingkungan yaitu adalah Penataan kamar klien memakai alas kasur, tertata rapi dan bersih. Tempat tidur klien terlihat bersih dan lantai kamar klien bersih, penerangan kamar klien kurang , ada satu jendela yang terbuka setiap hari, ada ventilasi, sirkulasi udara di kamar klien maupun wisma tempat tinggal klien bagus, halaman wisma klien cukup luas dan ada pepohonan dan bunga. Keadaan kamar mandi cukup baik, terdapat satu buah mesin cuci, dan lantai kamar mandi sedikit licin karna ada air. Pembuangan air kotor pada masing-masing penghuni wisma yaitu terdapat got di belakang wisma, Sumber air minum berasal dari sumur yang dimasak untuk minum, pembungan sampah di buang ke tong sampah dan dibakar dibelakang wisma, sumber pencemaran pada wisma berasal dari beberapa lansia yang terkadang makan dan sampah tidak dibuang ke tong sampah.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakan berdasarkan data yang didapatkan pada saat pengkajian. Diagnosis keperawatan ditegakan berdasarkan SDKI, berdasarkan data yang ditemukan dapat ditegakan diagnosis pada Bapak.S yaitu sebagai berikut:

- a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang di tandai dengan data subjektif : Bapak.S merasa putus asa ditandai dengan tidak dapat melakukan banyak kegiatan termasuk hobi nya dikarenakan kaki kanan bapak.S yang sakit dan akan nyeri jika banyak melakukan aktifitas dan bergerak. Tn.S mengatakan ia merasa sedih akan keadaannya saat ini ia ingin kaki nya kembali sehat dan bisa melakukan aktifitas, karena sebelum masuk panti bapak.s sangat suka melakukan banyak aktifitas seperti saat sedang tidak menjadi sopir bapak.S menghabiskan waktunya di bengkel dan juga bermain voli atau sepak bola, namun sekarang bapak.S sudah tidak bisa melakukannya lagi. Sedangkan data objektif yaitu bapak.S sering menghindari kontak mata saat berbicara terutama saat membicarakan masa lalunya. Klien tampak menghindari pembahasan pribadi mengenai keluarga di tandai dengan klien menjawab singkat fan tidak bersemangat saat ditanya mengenai keluarga. Klien juga tampak tidak semangat saat diajak berbincang mata klien lebih sering melihat ke depan.
- b. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental di tandai dengan data subjektif : klien mengatakan malas ntuk melakukan kegiatan sosial seperti berkumpul di aula saat ada tamu dari luar yang datang, acara kesenian di panti, pemgajian dan acara keagamaan di panti. Klien mengatakan tidak berminat untuk mengikuti kegiatan tersebut dengan alasan sulit untuk berjalan dan beraktifitas terlalu banyak yang akan mengakibatkan kaki kanannya terasa sakit dan nyeri. Klien lebih memilih untuk banyak berdiam di wisma agar kakinya tidak nyeri dan sakit. Sedangkan data objektif nya yaitu : klien tampak menarik diri dan tidak mau berinteraksi dengan teman di wisma, klien tampak malas saat diajak mengobrol oleh

teman klien hanya menjawab singkat dan kemudian menjauhkan diri atau pergi. Klien tampak tidak akrab dengan teman teman di panti, klien tidak banyak mengenal teman teman di panti dikarenakan jarang mengikuti kegiatan sosial dan berinteraksi. Saat dilakukan pengkajian dan asuhan keperawatan pasien tampak gelisah dan kontak mata yang kurang baik, klien tampak ingin segera menyelesaikan pertemuan, klien lebih suka duduk sendiri di depan wisma.

- c. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya tidak berguna dikarenakan tidak bisa melakukan banyak hal yang bermanfaat dan memiliki keterbatasan dalam berkegiatan, klien merasa malu karena tidak bisa melakukan kegiatan bermanfaat dan banyak berdiam di wisma. Sedangkan data objektifnya yaitu : klien tampak sulit berkonsentrasi saat diajak berbicara ditandai dengan jawaban yang berbeda dengan apa yang penlititanyakan. Klien tampak sering menunduk saat berbicara, klien berbicara pelan dan lesu.

3. Intervensi Asuhan Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan dengan menentukan kriteria hasil dan rencana kegiatan yang dilakukan. Intervensi keperawatan yang disusun pada bapak.S berdasarkan SLKI dan SIKI. Berikut adalah intervensi keperawatan pada bapak.S:

- a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang.

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah keputusasaan dapat teratasi dengan kriteria hasil inisiatif meningkat, minat terhadap komunikasi verbal, klien dapat terlibat dalam aktifitas perawatan, klien mampu berkomunikasi dengan baik dan kontak mata yang baik, klien dapat mengurangi respon menganggkat bahu saat berbicara dan merespon lawan bicara dengan baik.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu dukungan emosional dengan latihan mengungkapkan perasaan cemas, marah ataupun sedih.

Ajarkan dan beri tahu konsekuensi jika tidak menghadapi rasa malu. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan yang sedang dialami.

b. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental.

Tujuan yang ingin di capai menurut SLKI adalah klien memiliki minat untuk berinteraksi, memiliki minat untuk melakukan aktifitas dan kegiatan, klien tidak lagi menarik diri dari lingkungan sosial, tidak menganggap dirinya berbeda dengan orang lain, perilaku murung klien berkurang.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu motivasi klien untuk ikut terlibat dalam kegiatan sosial, motivasi untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan yang ada, anjurkan untuk berinteraksi dengan lingkungan, diskusikan kegiatan yang dapat dilakukan oleh klien, latih untuk mengekspresikan perasaan dengan tepat.

c. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Tujuan yang ingin di capai menurut SLKI adalah memiliki penilaian positif terhadap diri, klien sadar akan kemampuan atau elebihan positif yang ada pada diri klien, klien mampu berjalan dengan menampakkan wajah dan tidak menunduk, konsentrasi dan kontak mata yang baik pada klien, kepercayaan diri yang bagus dan memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku, diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku, anjurkan meningkatkan aktifitas fisik yang dapat dilakukan, lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber stres, hindari sikap berdebat dan mengancam pada klien, hindari bersikap menyudutkan klien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada bapak.S sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan SIKI dan hasil pengkajian serta observasi. Implementasi ini dilakukan selama 6 hari mulai dari tanggal 17 februari 2025 - 22 februari 2025 yang dapat dilihat sebagai berikut :

a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang.

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital bapak S, melakukan latihan mengungkapkan perasaan dengan tujuan agar bapak S mampu mengungkapkan perasaan seperti perasaan cemas, marah ataupun sedih. Mengajurkan dan mengajarkan klien untuk menghadapi rasa malu akan keadaan diri dengan cara mencoba melakukan kegiatan yang

di senangi atau hobi yang bisa dilakukan dan memberitahu konsekuensi jika rasa malu tidak dihadapi, mengarkan klien untuk mengungkapkan perasaan.

b. Isolasi sosial berhubungan dengan status mental.

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengajak klien untuk mengobrol terlebih dahulu dan bangun kepercayaan antara klien dan peneliti, kemudian mengajak klien untuk mengobrol dengan teman satu wisma. Mengajak dan memotivasi klien melakukan kegiatan sosial seperti kegiatan kesenian bersama. Mengajarkan klien untuk mengespesikan perasaan dengan tepat. Mengajak klien untuk berinteraksi dengan lingkungan.

c. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Memotivasi klien bahwa dirinya memiliki kelebihan dan manfaat, mengajak klien untuk melakukan kegiatan yang disenangi untuk mengalihkan pikiran negatif tentang dirinya yang tidak berguna. Melatih dan mengajak klien untuk mencoba melakukan aktifitas fisik yang mampu dilakukan untuk mengurangi pikiran negatif terhadap diri.

5. Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada klien selama 5 hari yang didapatkan yaitu:

a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang.

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang dapat tertasi sebagian di hari kelima,

hal ini di tunjukkan saat hari pertama hingga keempat klien mengatakan tidak memiliki minat untuk melakukan aktifitas dan berkegiatan dikarenakan kaki kanannya yang sakit dan akan nyeri jika berkegiatan. Di hari kelima saat dilakukan evaluasi klien mengatakan sudah mulai mau untuk mencoba melakukan aktifitas dan kegiatan yang mampu dilakukannya, perasaan cemas klien sudah mulai berkurang dan klien sudah mulai mampu mengungkapkan perasaanya.

b. Isolasi sosial berhubungan dengan status mental.

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis isolasi sosial berhubungan dengan status mental mulai teratasi di hari keempat ditunjukkan saat hari pertama hingga ketiga klien masih sulit untuk diajak berkomunikasi dengan baik ditandai dengan kontak mata negatif dan menunduk saat diajak berbicara, klien yang tampak gelisah saat diajak berbicara, namun di hari keempat dan kelima klien mulai menunjukkan sikap terbuka, klien sudah mau diajak berbicara lebih lama dan mau diajak berinteraksi dengan teman wisma. Klien juga mulai mau disarankan untuk mengikuti kegiatan sosial seperti kesenian dan wirid atau pengajian.

c. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis harga diri rendah situasional mulai teratasi di hari kelima, ditunjukkan saat hari pertama hingga hari keempat klien terus mengluhkan bahwa dirinya tidak berguna, klien mengatakan tidak mampu melakukan kegiatan dan beraktifitas seperti orang-orang. Namun di hari kelima klien menunjukkan sikap terbuka dan mau mengobrol dengan teman wisma, konsentrasi klien saat berbicara mulai membaik kontak mata yang mulai membaik. Klien mengatakan sudah mau mencoba melakukan hobi lamanya yaitu mencoba memperbaiki charger senternya yang sudah lama rusak.

B. Pembahasan Kasus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada bapak.S berusia 767 tahun dengan masalah Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, maka BAB ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan hasil yang ditemukan dalam perawatan lansia dengan Depresi. Pembahasan ini sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, penegakan diagnosis, membuat intervensi, melakukan implementasi, dan evaluasi keperawatan. Telah dilakukan asuhan keperawatan mulai tanggal 17 februari 2025 - 22 februari 2025 di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin yang dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien

Identitas klien diperoleh langsung dari klien itu sendiri melalui wawancara. Selama berinteraksi klien tampak kooperatif dan memberikan respon yang positif kepada peneliti. Klien dengan terbuka bercerita kepada peneliti tentang keluhan dan keadaanya saat ini. Klien merupakan seorang lansia yang berumur 67 tahun yang mengeluhkan merasa putus asa dan tidak berdaya akan keadaannya kaki kanan nya yang sakit yang menyebabkan klien sulit braktifitas dan melakuka kegiatan.

Sesuai dengan hasil peneliti (syaifuddin et al., 2019) yang berjudul depresi pada lansia mengatakan Manusia akan mengalami perkembangan dalam serangkaian periode yang berurutan, mulai dari periode prenatal, anak-anak, remaja, dewasa, hingga lansia. Setiap masa yang dilalui merupakan tahap-tahap yang saling berkaitan dan tidak dapat diulang kembali. Hal-hal yang terjadi di masa awal perkembangan individu akan memberikan pengaruh terhadap tahap-tahap selanjutnya. Hasil penelitian syaifuddin di dapatkan bahwa alasan lansia masuk panti sosial adalah keinginan sendiri yang mana lansia merasa akan bahagia dan memiliki banyak teman jika berada di panti, berbeda dengan berada di rumah lansia akan merasa kesepian, bahkan

membuat lansia sakit sakitan karena tidak ada yang memperhatikan dan tidak nafsu makan. Dalam penelitian itu syaifuddin menggunakan teori dari Beck mengenai depresi dimana Beck membagi depresi dalam berbagai symptom-simptom. (17)

b. Keluhan utama

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, bapak.S mengatakan putus asa dan merasa tidak berdaya akan dirinya dikarekan kaki kanannya yang sakit yang membuatnya kesulitan bergerak dan melakukan aktifitas.

Sesuai dengan jurnal (M. Annisa dkk., 2019) yang berjudul Gambaran Tingkat Depresi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Guguak Kabupaten 50 Kota Payakumbuh.

Pada penelitian didapatkan subyek penelitian terdiri atas 8 orang laki-laki (11,3 %) dan 22 orang perempuan (73,3%). Rata-rata umur subyek adalah 69,3. tahun. Tingkat pendidikan terbanyak pada subyek penelitian adalah SMA (40%). Pasien terbanyak tidak memiliki riwayat penyakit medis lainnya (60%). Pada penelitian diperoleh 33,3% lansia mengalami depresi. Tingkat depresi yang dialami adalah depresi ringan (23,3%) dan depresi berat (10%). Kesimpulan: 33,3% lansia mengalami depresi. Tingkat depresi yang dialami adalah depresi ringan (23,3%) dan depresi berat (10%). Penyebab gangguan depresi adalah Berdasarkan jenis kelamin, jumlah lansia yang mengalami depresi sama antara laki- laki dan perempuan. Hasil ini berbeda dengan penelitian Ivone di Menado yang mana lansia depresi lebih banyak pada perempuan. Hal ini diperkirakan karena jumlah sampel lansia laki-laki yang tidak hadir saat pelayanan kesehatan. Hal ini juga tampak dari seluruh sampel terdiri dari 22 lansia perempuan dan 8 lansia laki-laki. Berdasarkan tingkat pendidikan, lansia yang mengalami depresi memiliki latar belakang pendidikan SD dan SMA. Hal ini seseuai dengan penelitian Ivone di Menado, yang memperoleh 27,6% responden berpendidikan rendah.

pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang.

Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka ia akan semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pada pengkajian riwayat kesehatan dahulu kepada klien, ada penyebab dari riwayat kesehatan dahulu yaitu bapak.S mengatakan tidak ada alergi pada makanan, obat, binatang. bapak.S mengatakan memiliki riwayat kecelakaan 6 tahun yang lalu, bapak.S mengatakan pernah dirawat di rumah sakit akibat kecelakaan 6 tahun yang lalu. bapak.S tidak ada riwayat pemakaian obat untuk jangka waktu yang lama. bapak.S mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit keturunan seperti jantung, diabetes melitus, dan hipertensi.

Menurut jurnal keperawatan indonesia : “analisis faktor penyebab depresi lansia” lansia dengan riwayat penyakit medis memiliki potensi yang lebih tinggi mengalami depresi dibandingkan lansia yang tidak memiliki riwayat penyakit medis. Depresi yang paling tinggi menurut riwayat penyakit adalah hipertensi yaitu sebanyak 25 orang, diabetes sebanyak 9 orang, stroke sebanyak 3 orang, asam urat sebanyak 12 orang, dan riwayat penyakit lain sebanyak 2 orang dari 51 orang yang diteliti.

d. Pemeriksaan fisik

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn.Z keadaan umum baik, dengan tekanan darah 125/90 mmHg, Nadi 87 x/menit, pernapasan 23 x/menit dan suhu 36,7 °C. Klien biasa menggunakan topi setiap harinya, rambut pendek, ada uban, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pandangan agak kabur, tidak menggunakan kaca mata. Hidung bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada secret, tidak ada pembengkakan. Telinga simetris kiri dan kanan, telinga tampak kotor, tidak ada masalah dengan pendengaran, pada leher tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, mukosa bibir lembab, tidak pucat, gigi klien tidak lengkap, terlihat kotor pada gigi.

Pemeriksaan pada dada ditemukan simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, fremitus kiri dan kanan teraba baik, tidak ada nyeri saat dipalpasi, sonor dan terdengar vesikuler. Abdomen simetris dan supel tidak ada asites, tidak terjadi pembekakan pada abdomen, tidak ada perbesaran hepar, tympani, bising usus normal 35 x/ menit, ekstremitas atas bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik, akral hangat, ekstremitas bawah bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik.

Sesuai dengan hasil dari penelitian (Norita & Indri, 2017) depresi dapat disebabkan oleh faktor usia, bahwa seiring bertambahnya usia lansia mengalami berbagai kemunduran atau perubahan terhadap fisik seperti pandangan sudah kurang, tidak membersihkan telinga, gigi tidak lengkap, dan kurang merawat diri. Hal ini sesuai dengan buku Gerontologi Nursing suatu teori (Maryam, 2018) memaparkan permasalahan yang sering terjadi dihadapi lansia seiring bertambahnya usia akan mengalami kemunduran fisik, yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin buruk.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan peneliti terhadap klien ditemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul yaitu 1. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang, 2. Isolasi sosial berhubungan dengan status mental, 3. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Berdasarkan SDKI (2016) ditemukan 3 diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada lansia dengan Demensia yaitu :

- a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang
- b. Isolasi sosial berhubungan dengan status mental
- c. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh

a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang di tandai dengan data subjektif : bapak.S merasa putus asa ditandai dengan tidak dapat melakukan banyak kegiatan termasuk hobi nya dikarenakan kaki kanan bapak.S yang sakit dan akan nyeri jika banyak melakukan aktifitas dan bergerak. bapak.S mengatakan ia merasa sedih akan keadaannya saat ini ia ingin kaki nya kembali sehat dan bisa melakukan aktifitas, karena sebelum masuk panti bapak.s sangat suka melakukan banyak aktifitas seperti saat sedang tidak menjadi sopir bapak.S menghabiskan waktunya di bengkel dan juga bermain voli atau sepak bola, namun sekarang bapak.S sudah tidak bisa melakukannya lagi. Sedangkan data objektif yaitu bapak.S sering menghindari kontak mata saat berbicara terutama saat membicarakan masa lalunya. Klien tampak menghindari pembahasan pribadi mengenai keluarga di tandai dengan klien menjawab singkat fan tidak bersemangat saat ditanya mengenai keluarga. Klien juga tampak tidak semangat saat diajak berbincang mata klien lebih sering melihat ke depan.

Sesuai jurnal asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keputusasaan di Desa Bango Demak Jawa Tengah (istiqomal, 2021) mengatakan pada pasien dengan diagnosa keputusasaan memiliki keluhan yaitu merasa hidupnya sudah tidak berarti, pasien mengeluhkan tidak bersemangat untuk hidup, klien tampak lemas dan lesu. Berdasarkan hasil yang sudah didapatkan klien didapatkan diagnosa keputusasaan sesuai dengan (SDKI, 2018) yaitu keadaan seseorang yang melihat adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif untuk masalah yang dialami dan juga menurut (Sawab et al., 2015) Keputusasaan seseorang yang sedang mengalami penilaian atau memiliki pandangan negatif terhadap hasil yang mampu didapatkan dan juga ketidakberdayaan pada sesuatu harapan.

Berdasarkan hasil data yang didapat yang diambil penulis susah sesuai dengan buku SDKI yang sangat mendukung untuk menegakkan diagnosa keputusasaan dengan data subjektif :klien berkata jika hidupnya tidak berarti

dan menyesal, Objektive : klien tampak memperhatikan apa yang dijelaskan penulis sesekali meninggalkan lawan bicara/penulis.

Hasil yang sudah didapat dari pengkajian yang sudah dilakukan pada Ny.1 dengan diagnosa keputusasaan, klien mengalami keputusasaan disebabkan oleh beberapa faktor dikarenakan klien sedang mengalami sakit dan harus minum obat secara teratur sehingga klien merasa tidak bisa apa-apa, tidak berguna lagi, tidak bisa melakukan aktivitas apapun, klien merasa diasingkan oleh keluarga.

- b. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental di tandai dengan data subjektif : klien mengatakan malas ntuk melakukan kegiatan sosial seperti berkumpul di aula saat ada tamu dari luar yang datang, acara kesenian di panti, pemgajian dan acara keagamaan di panti. Klien mengatakan tidak berminat untuk mengikuti kegiatan tersebut dengan alasan sulit untuk berjalan dan beraktifitas terlalu banyak yang akan mengakibatkan kaki kanannya terasa sakit dan nyeri. Klien lebih memilih untuk banyak berdiam di wisma agar kakinya tidak nyeri dan sakit. Sedangkan data objektif nya yaitu : klien tampak menarik diri dan tidak mau berinteraksi dengan teman di wisma, klien tampak malas saat diajak mengobrol oleh teman klien hanya menjawab singkat dan kemudian menjauhkan diri atau pergi. Klien tampak tidak akrab dengan teman teman di panti, klien tidak banyak mengenal teman teman di panti dikarenakan jarang mengikuti kegiatan sosial dan berinteraksi. Saat dilakukan pengkajian dan asuhan keperawatan pasien tampak gelisah dan kontak mata yang kurang baik, klien tampak ingin segera menyelesaikan pertemuan, klien lebih suka duduk sendiri di depan wisma.

Sesuai hasil penelitian dalam jurnal ilmiah kesehatan, vol 13 no. 1 2018 mengatakan Isolasi sosial merupakan kondisi dimana pasien selalu merasa sendiri dengan merasa kehadiran orang lain sebagai ancaman.

Penurunan produktifitas pada pasien menjadi dampak dari isolasi sosial yang tidak dapat ditangani (Brelannd-Noble et al, 2016). Oleh sebab itu tindakan

keperawatan yang tepat sangat dibutuhkan agar dampak yang ditimbulkan tidak berlarut larut. Gejala yang muncul pada klien isolasi sosial meliputi gejala kognitif antara lain, perasaan kesepian, merasa ditolak orang lain atau lingkungan, merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, putus asa, tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak aman berada diantara orang lain, menghindar, tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan (Fortinash, 1999; Keliat, 2010); Townsend, 2009; NANDA, 2012). Gejala afektif yang muncul adalah lebih banyak memiliki gejala negatif seperti sedih, tertekan, depresi, marah, kesepian, ditolak orang lain, apatis, malu. (Stuart & Laraia, 2005). Perilaku yang sering ditunjukkan oleh klien isolasi sosial lebih banyak menarik diri, menjauh dari orang lain, jarang berkomunikasi, tidak ada kontak mata, malas, tidak beraktifitas, menolak hubungan dengan orang lain

- c. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh di tandai dengan data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya tidak berguna dikarenakan tidak bisa melakukan banyak hal yang bermanfaat dan memiliki keterbatasan dalam berkegiatan, klien merasa malu karena tidak bisa melakukan kegiatan bermanfaat dan banyak berdiam di wisma. Sedangkan data objektifnya yaitu : klien tampak sulit berkonsentrasi saat diajak berbicara ditandai dengan jawaban yang berbeda dengan apa yang penliti tanyakan. Klien tampak sering menunduk saat berbicara, klien berbicara pelan dan lesu.

3. Intervensi asuhan keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan dengan menentukan kriteria hasil dan rencana kegiatan yang dilakukan. Intervensi keperawatan yang disusun pada bapak.S berdasarkan SLKI dan SIKI. Berikut adalah intervensi keperawatan pada bapak.S:

a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang.

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah keputusasaan dapat teratasi dengan kriteria hasil inisiatif meningkat, minat terhadap komunikasi verbal, klien dapat terlibat dalam aktifitas perawatan, klien mampu berkomunikasi dengan baik dan kontak mata yang baik, klien dapat mengurangi respon menganggkat bahu saat berbicara dan merespon lawan bicara dengan baik.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu dukungan emosional dengan latihan mengungkapkan perasaan cemas, marah ataupun sedih. Ajarkan dan beri tahu konsekuensi jika tidak menghadapi rasa malu. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan yang sedang dialami.

Menurut artikel, Intervensi keputusasaan pada pasien depresi dapat berupa terapi perilaku kognitif, terapi yang diarahkan ke masa depan, dan psikoedukasi. Intervensi ini bertujuan untuk mengubah pola pikir negatif dan meningkatkan harapan masa depan. Terapi perilaku kognitif Menargetkan kognisi pesimistik, Membantu pasien mengidentifikasi kekuatannya, Membantu pasien mengakses ingatan tentang penanganan sebelumnya yang efektif. Terapi yang diarahkan ke masa depan (FDT) Memfokuskan pada modifikasi pola pikir masa depan yang negatif, Menumbuhkan harapan masa depan yang lebih positif

b. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental.

Tujuan yang ingin dicapai menurut SLKI adalah klien memiliki minat untuk berinteraksi, memiliki minat untuk melakukan aktifitas dan kegiatan, klien tidak lagi menarik diri dari lingkungan sosial, tidak menganggap dirinya berbeda dengan orang lain, perilaku murung klien berkurang.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu motivasi klien untuk ikut terlibat dalam kegiatan sosial, motivasi untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan yang ada, anjurkan untuk berinteraksi dengan lingkungan, diskusikan kegiatan yang dapat dilakukan oleh klien, latih untuk mengekspresikan perasaan dengan tepat.

- c. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Tujuan yang ingin di capai menurut SLKI adalah memiliki penilaian positif terhadap diri, klien sadar akan kemampuan atau elebihan positif yang ada pada diri klien, klien mampu berjalan dengan menampakkan wajah dan tidak menunduk, konsentrasi dan kontak mata yang baik pada klien, kepercayaan diri yang bagus dan memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan.

Perencanaan intervensi keperawatan SIKI yaitu identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku, diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku, anjurkan meningkatkan aktifitas fisik yang dapat dilakukan, lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber stres, hindari sikap berdebat dan mengancam pada klien, hindari bersikap menyudutkan klien.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada bapak.S sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan SIKI dan hasil pengkajian serta observasi. Implementasi ini dilakukan selama 6 hari mulai dari tanggal 17 februari 2025 - 22 februari 2025 yang dapat dilihat sebagai berikut :

- a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang.

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital Tn.S , melakukan latihan mengungkapkan perasaan dengan tujuan agar TN. S mampu mengungkapkan perasaan seperti perasaan cemas, marah ataupun sedih. Mengajurkan dan mengajarkan klien untuk menghadapi rasa malu akan keadaan diri dengan cara mencoba melakukan kegiatan yang disenangi atau hobi yang bisa dilakukan dan memberitahu konsekuensi jika rasa malu tidak dihadapi, mengarkan klien untuk mengungkapkan perasaan.

Dalam jurnal keperawatan (linda khofifah, 2021) dikatakan implementasi dengan diagnosa keputusasaan pada pasien depresi adalah melatih restrukturisasi pikiran melalui latihan berfikir positif dengan mengidentifikasi harapan dan penemuan makna hidup,

didapatkan respon bahwa pasien mengatakan latihan berpikir positif yang dapat dilakukan adalah harapan bahagia dihari tua bersama keluarga, dan didapatkan data obyektif klien mampu mengenali dan menyebutkan harapan-harapan melalui berfikir positif. Klien kooperatif, kontak mata sulit dipertahankan. Kemudian planning perawat yaitu sharing dengan keluarga, terapi menonton, ajarkan mekanisme pertahanan yang tepat.

b. Isolasi sosial berhubungan dengan status mental.

Implemtasi keperawatan yang dilakukan adalah mengajak klien untuk mengobrol terlebih dahulu dan bangun kepercayaan antara klien dan peneliti, kemudian mengajak klien untuk mengobrol dengan teman satu wisma. Mengajak dan memotivasi klien melakukan kegiatan sosial seperti kegiatan kesenian bersama. Mengajarkan klien untuk mengespesikan perasaan dengan tepat. Mengajak klien untuk berinteraksi dengan lingkungan.

c. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Memotivasi klien bahwa dirinya memiliki kelebihan dan maanfaat, mengajak klien untuk melakukan kegiatan yang disenangi untuk mengalihkan pikiran negatif tentang dirinya yang tidak berguna. Melatih dan mengajak klien untuk mencoba melakukan aktifitas fisik yang mampu dilakukan untuk mengurangi pikiran negatif terhadap diri.

5. Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan dilakukan evaluasi keperawatan secara menyeluruh pada klien selama 5 hari yang didapatkan yaitu:

a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang.

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang dapat tertasi sebagian di hari kelima, hal ini ditunjukkan saat hari pertama hingga keempat klien mengatakan tidak memiliki minat untuk melakukan aktifitas dan berkegiatan dikarenakan kaki kanannya yang sakit dan akan nyeri jika berkegiatan.

Masalah klien teratasi sebagian ditandai dengan:

1. Klien sudah mampu mengungkapkan perasaan
2. Klien mengatakan putus asa sedikit berkurang karena mendapatkan motivasi dari peneliti dan klien termotivasi untuk melakukan kegiatan yang ia suka.
3. Kontak mata klien mulai membaik ditandai dengan saat diajak berbicara klien sudah mulai mau menatap peneliti dan tidak melihat sekitar lagi.
4. Klien mengatakan ingin sesekali mencoba mengikuti kegiatan di pati seperti pengajian dan kesenian.

Di hari kelima saat dilakukan evaluasi klien mengatakan sudah mulai mau untuk mencoba melakukan aktifitas dan kegiatan yang mampu dilakukannya, perasaan cemas klien sudah mulai berkurang dan klien sudah mulai mampu mengungkapkan perasaanya.

Hasil evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari pada pasien, dengan mengevaluasi setiap harinya sejauh mana pengetahuan dan kemampuan klien serta melihat perkembangan klien. Yang mana dihari pertama hingga hari keempat klien belum menunjukkan perubahan yang diingin dicapai.

b. Isolasi sosial berhubungan dengan status mental.

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis isolasi sosial berhubungan dengan status mental mulai teratasi di hari keempat ditunjukkan saat hari pertama hingga ketiga klien masih sulit untuk diajak berkomunikasi dengan baik ditandai dengan kontak mata negatif dan menunduk saat diajak berbicara, klien yang tampak gelisah saat diajak berbicara, namun di hari keempat dan kelima klien mulai menunjukkan sikap terbuka, klien sudah mau diajak berbicara lebih lama dan mau diajak berinteraksi dengan teman wisma. Klien juga mulai mau disarankan untuk mengikuti kegiatan sosial seperti kesenian dan wirid atau pengajian.

Masalah klien teratasi sebagian ditandai dengan :

1. Klien sudah mau diajak berkomunikasi atau berinteraksi dengan teman wisma nya.
 2. Klien mulai mau untuk memulai obrolan terlebih dahulu
 3. Saat diajak berbicara klien sudah tidak gelisah lagi
 4. Klien mengatakan mau mencoba mengikuti kegiatan pengajian atau kesenian di panti
- c. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Hasil evaluasi keperawatan diagnosis harga diri rendah situasional mulai teratasi di hari kelima, ditunjukkan saat hari pertama hingga hari keempat klien terus mengluangkan bahwa dirinya tidak berguna,

klien mengatakan tidak mampu melakukan kegiatan dan beraktifitas seperti orang-orang. Namun di hari kelima klien menunjukkan sikap terbuka dan mau mengobrol dengan teman wisma, konsentrasi klien saat berbicara mulai membaik kontak mata yang mulai membaik. Klien mengatakan sudah mau mencoba melakukan hobinya yaitu mencoba memperbaiki charger senternya yang sudah lama rusak.

Masalah klien teratasi sebagian ditandai dengan :

1. Klien mulai menunjukkan sikap terbuka
2. Keluhan klien mengenai keterbatasan gerak akibat kaki kanannya yang sakit mulai berkurang
3. Klien mulai mau untuk bergabung dengan kelompok
4. Klien mulai menunjukkan kelebihan pada dirinya
5. Tingkat percaya diri klien mulai terlihat ditandai klien dengan senang hati menceritakan tentang hobinya dan melakukannya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Demensia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2023, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5. Pada hasil pengkajian didapatkan data klien yang mengalami Depresi sudah sesuai dengan teori dan tanda gelaja yang ditemukan dilakukan, bapak.S mengatakan sulit melakukan kegiatan dan aktifitas sehari hari dikarenakan sakit pada bagian kaki kanannya. Hal tersebut membuat klien putus asa dan tidak ingin melakukan kegiatan serta interaksi dengan teman di panti.

bapak.S merasa dirinya tidak berguna dan tidak memiliki manfaat. Namun hal tersebut dapat diatasi secara perlahan-lahan dengan memberikan asuhan keperawatan dengan menyusun rencana keperawatan sesuai masalah yang dialami klien.

6. Diagnosa Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan peneliti terhadap klien ditemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul yaitu 1. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang, 2. Isolasi sosial berhubungan dengan status mental, 3. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Berdasarkan SDKI (2016) ditemukan 3 diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada lansia dengan Demensia yaitu :

- a. Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang
- b. Isolasi sosial berhubungan dengan status mental
- c. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh

7. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi atau menurunkan tingkat depresi klien dengan diagnosa yang ada yaitu dengan mengajak klien berinteraksi dengan sesama teman wisma, mengajak klien untuk melakukan kegiatan yang disenangi kemudian kegiatan sosial yang ada di panti untuk meningkatkan interaksi klien dengan lingkungan dan orang sekitar yang ada di panti.
8. Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada bapak.S sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya berdasarkan SIKI dan hasil pengkajian serta observasi. Implementasi ini dilakukan selama 6 hari mulai dari tanggal 17 februari 2025 - 22 februari 2025 yang dapat dilihat sebagai berikut :Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang : Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengukur tanda- tanda vital bapak.S , melakukan latihan mengungkapkan perasaan dengan tujuan agar bapak. S mampu mengungkapkan perasaan seperti perasaan cemas, marah ataupun sedih. Mengajurkan dan mengajarkan klien untuk menghadapi rasa malu akan keadaan diri dengan cara mencoba melakukan kegiatan yang di senangi atau hobi yang bisa dilakukan dan memberitahu konsekuensi jika rasa malu tidak dihadapi, mengarkan klien untuk mengungkapkan perasaan.Isolasi sosial berhubungan dengan status mental : Implemtasi keperawatan yang dilakukan adalah mengajak klien untuk mengobrol terlebih dahulu dan bangun kepercayaan antara klien dan peneliti, kemudian mengajak klien untuk mengobrol dengan teman satu wisma. Mengajak dan memotivasi klien melakukan kegiatan sosial seperti kegiatan kesenian bersama. Mengajarkan klien untuk mengespesikan perasaan dengan tepat. Mengajak klien untuk berinteraksi dengan lingkungan. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh : Memotivasi klien bahwa dirinya memiliki kelebihan dan maanfaat,

mengajak klien untuk melakukan kegiatan yang disenangi untuk mengalihkan pikiran negatif tentang dirinya yang tidak berguna.

Melatih dan mengajak klien untuk mencoba melakukan aktifitas fisik yang mampu dilakukan untuk mengurangi pikiran negatif terhadap diri.

9. Hasil evaluasi yang dilakukan selama 5 hari dalam bentuk SOAP, untuk masalah keperawatan dari 3 diagnosa, dengan dilakukannya implementasi selama 5 hari masalah keperawatan pada 3 diagnosa tersebut dapat teratasi sebagian yang ditandai dengan klien sudah mau berinteraksi dengan lingkungan, kontak mata klien membaik, klien mau mencoba untuk bergabung dalam kelompok, klien sudah menunjukkan sikap terbuka, klien mampu memulai obrolan terlebih dahulu. Dengan hasil skor pengkajian tingkat depresi berkurang menjadi 5 yang mana sebelum dilakukan pengkajian skor sekala depresi klien adalah 8.
10. Rencana tindak lanjut yang dilakukan pada bapak.S adalah menganjurkan bapak.S untuk tetap bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan dan orang sekitar, menganjurkan untuk selalu mengungkapkan perasaan untuk mengurangi perasaan negatif yang ada pada diri klien.

B. Saran

- a. Bagi Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

Kepada Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin melalui perawat dan petugas panti agar dapat melanjutkan penanganan kepada lansia yang mengalami masalah Depresi dengan melakukan pendekatan pada klien seperti mengajak klien berbicara, bergabung dan berkumpul bersama teman wisma, bercerita tentang hobi atau sesuatu yang menarik bagi klien dengan membenagun kepercayaan pada klien terlebih dahulu yang mnegalami depresi. Sehingga lansia yang mengalami Depresi dapat teratasi, dikurangi, bahkan tidak terjadi lagi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

b. Bagi Pengasuh wisma/Perawat

Penelitian yang dilakukan adalah tentang asuhan keperawatan pada Lanjut Usia dengan depresi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin agar dapat menjadi acuan bagi perawat dan pengasuh panti dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif kepada lansia yang ada di panti.

c. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Berikutnya

Hasil penelitian yang peneliti dapatkan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan pembanding pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada lansia dengan depresi.

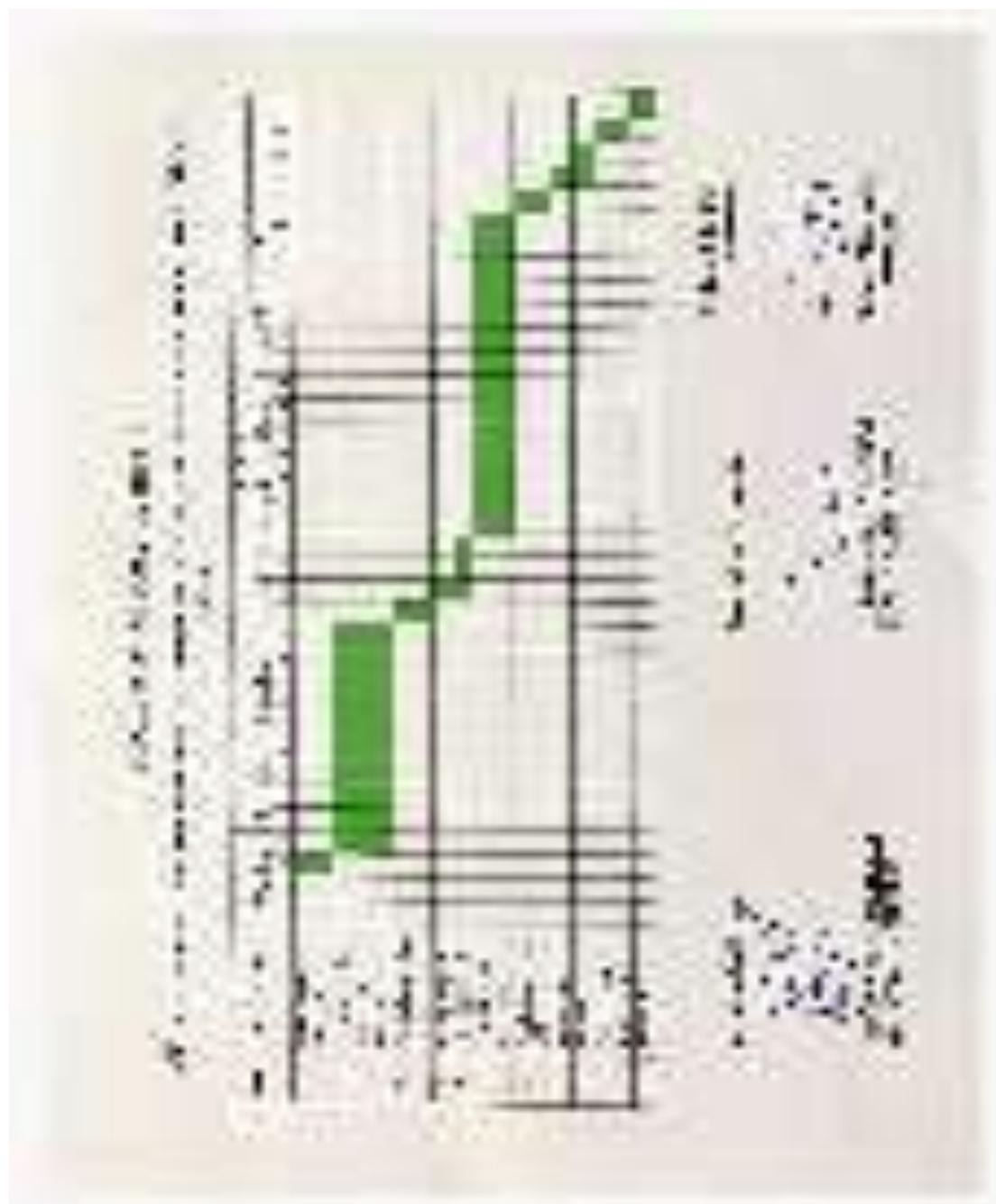
DAFTAR PUSTAKA

1. Tobing DL. Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Intervensi Inovasi Terapi Reminiscence Pada Lansia Depresi. *J Keperawatan Widya Gantari Indones.* 2022;6(2):168.
2. Livana, Susanti Y, Darwati LE, Anggraeni R. Gambaran Tingkat Depresi Lansia. *J Keperawatan dan Pemikir Ilm.* 2018;80–93.
3. Zamrodah Y. Kesejahteraan spiritual lansia. *2019;15(2):1–23.*
4. Ramadani IR, Islam U, Sumatera N, Medan U, Rozzaq BK, William J, et al. Depresi, Penyebab Dan Gejala Depresi Tryana Fauziyah. Bersatu J Pendidik Bhinneka Tunggal Ika [Internet]. 2024;2(2):89–99. Available from: <https://doi.org/10.51903/bersatu.v2i2.619>
5. Pipit Mulyiah, Dyah Aminatun, Sukma Septian Nasution, Tommy Hastomo, Setiana Sri Wahyuni Sitepu T. faktor faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada lansia. Vol. 7, *Journal GEEJ.* 2020.
6. Hadrianti D, Saherna J, Arji A, Pratama Z, Putri A, Khaliza N. Geriatric Depression Scale (GDS) sebagai Pengkajian Status Psikologis pada Lansia. *J Kreat Pengabdi Kpd Masy.* 2024;7(3):1236–46.
7. Minarti, Adinata A. Asuhan keperawatan lansia dengan spiritual well being berbasis islami. *Rizmedia Pustaka Indonesia.* 2022.
8. Ekasari M. MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP LANSIA KONSEP DAN BERBAGAI INTERVENSI - Mia Fatma Ekasari, Ni Made Riasmini, Tien Hartini - Google Buku. 2022.
9. Muhib. Pendidikan Keperawatan Gerontik - Abdul Muhib, Sandu Siyoto - Google Buku [Internet]. Pendidikan Keperawatan Gerontik. 2016. p. 334. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=U6ApDgAAQBAJ&pg=PA123&dq=defini+home+care&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiLlpORuPfkAhUP63MBHUjRCHcQ6AEIMDAB#v=onepage&q=definisi home care&f=false>
10. Simorangkir L. Mengenal Lansia Dalam Lingkup Keperawatan. Mengenal Lansia Dalam Lingkup Keperawatan. 2022. p. 1–101.
11. Ati NC. Studi literatur tentang pengaruh tingkat depresi terhadap kualitas tidur dan pengaruh depresi terhadap kejadian insomnia lanjut usia. - UWKS - Library. R Med [Internet]. 2021; Available from: <https://repository.uwks.ac.id/9425/>

12. Hadi I, Fitriwijayati, Usman RD, Rosyanti L. Gangguan Depresi Mayor: Mini Review. Hijp Heal Inf J Penelit [Internet]. 2017;9(1):34–49. Available from: <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP>
13. Al Aziz AA. Hubungan Antara Intensitas Penggunaan Media Sosial dan Tingkat Depresi pada Mahasiswa. Acta Psychol. 2020;2(2):92–107.
14. Munirah I, Utami HN, Rahma J, Mukhlisatunnafsi L, Adni A. Studi Literatur: Penggunaan Media Sosial Sebagai Faktor Risiko Terjadinya Depresi. JMH J Med Hutami [Internet]. 2024;05(02):3842–53. Available from: <http://jurnalmedikahutama.com>
15. Fitriana F, Khairani. Karakteristik dan Tingkat Depresi Lanjut Usia. Idea Nurs J. 2018;IX(2):29–37.
16. Nyandra M. Ebook Lansia.pdf. 2021;
17. Penerapan D, Fifo M. Depresi Pada Lansia. 2023;17–23.
18. Susana, T. 2019. Program Bantu Diri Terapi Kognitif Perilaku: Harapan bagi Penderita Depresi. Jurnal Psikologi Vol. 42 No 1 April, 2019
19. Njoto, E. N. 2018. Mengenali Depresi pada Usia Lanjut Penggunaan Geriatric Depression Scale (GDS) untuk Menunjang Diagnosis. Dokter umum di RS Jiwa Menur, Surabaya, Jawa Timur, Indonesia .CDK-217/ vol. 41 no. 6, th. 2018
20. Moniung, I.F. Dundu, A.E Munayayang, H. 2018 Hubungan Lama Tinggal Dengan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha AGAPE Tondano. Jurnal eclinic (eCI), volume
21. Nugroho, E. N. Mengenali Depresi pada Usia Lanjut Penggunaan Geriatric Depression Scale (GDS) untuk Menunjang Diagnosis. 2019. CDK-217/ vol. 41 no. 6.
22. Tim POKJA SDKI PPNI.(2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.
23. Tim POKJA SLKI PPNI.(2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia DPP PPNI.
24. Tim POKJA SIKI PPNI.(2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia DPP PPNI.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1



LAMPIRAN 2



1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4

MAP
of the world.

1870

LAMPIRAN 3





LAMPIRAN 4



LAMPIRAN 5



LAMPIRAN 6



LAMPIRAN 7



LAMPIRAN 8



LAMPIRAN 9



LAMPIRAN 10

<http://www.vanderbilt.edu/ceas/ceas.htm>

[View all posts by **John**](#) →

LAMPIRAN 11

PRAKTIKUM KEPERAWATAN GERONТИK MAHASISWA D3 KEPERAWATAN PADANG TAHUN 2025

FORM PENGKAJIAN

A. IDENTITAS DIRI KLIEN

Nama (Umur) : Tn. S (67 Tahun)
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Status Perkawinan : Belum Pernah
Agama / Suku : Islam
Pendidikan Terakhir : SMA
Sumber Informasi : Klien dan pengasuh
Keluarga Yang Bisa Di Hubungi : Tn. A (adik)
Diagnosis Medis (Jika Ada) : -
Alasan masuk : Tn.S masuk ke panti pada satu tahun yang lalu, klien mengatakan tidak ingat tepatnya tanggal dan bulan berapa klien masuk panti. Klien mengatakan masuk panti diantar oleh pihak dinas sosial Bukit Tinggi, klien dengan sadar megantarkan dirinya ke dinas sosial karena merasa tidak ada yang bisa mengurusnya. Kemudian pihak dinas sosial mengantarkan Tn.S ke PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Tn.S mengatakan tidak mau merepotkan keluarganya di kampung dengan kondisinya yang sudah tidak kuat lagi bekerja, selama ini klien tinggal bersama temannya di Palembang dan bekerja disana.

B. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

1. Keluhan utama / keluhan saat dikaji :

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 februari 2025 pukul 10.00 WIB didapatkan pada kunjungan pertama Tn.S berada diteras wisma, saat ditanya Tn.S mengatakan sulit untuk melakukan kegiatan yang ada di panti seperti senam bersama dan gotong royong. Tn.S mengatakan alasan ia sulit melakukan kegiatan dikarenakan kaki kanannya yang sakit akibat kecelakaan yang membuatnya sulit melakukan aktivitas, klien tampak sering berdiam dan duduk didepan wisma. Pada kunjungan selanjutnya Tn.S hanya berdiam di wisma saja di saat teman teman di panti melakukan kegiatan kesenian di aula. Saat diajak berinteraksi Tn.S hanya menjawab singkat pertanyaan dari peneliti, seperti "kakek kenapa tidak ikut kesenian?" klien hanya menjawab "tidak apa apa" terkadang klien hanya diam tanpa menjawab pertanyaan dari peneliti. Klien sesekali tampak berinteraksi dengan salah satu teman wisma nya

yaitu Tn.A, yang mana Tn.A adalah satu satunya teman wisma yang diajak berinteraksi oleh Tn.S.

2. Kronologi keluhan

a. Faktor pencetus

: Faktor pencetusnya yaitu perubahan emosional, mental, psikososial, dan gangguan mood yang ditandai dengan klien sering merasa sedih, merasa tidak berguna karena kehilangan pekerjaan nya, tidak mau untuk melakukan aktivitas atau kegiatan bersama, merasa minder akan keterbatasan yang dimiliki.

b. Timbulnya keluhan

: (✓) Bertahap , Berawal dari klien mengalami kecelakaan sekitar 6 tahun yang lalu, kemudian klien kehilangan pekerjaan nya dan kembali ke kampung. Saat di panti. Tn.S sering menyendiri, jarang berinteraksi dengan orang yang ada disekitarnya, suka berdiam diri di wisma, jarang ikut kegiatan yang ada di panti, merasa diri nya tidak berguna karena keterbatasannya yang membuat klien sulit untuk melakukan kegiatan dan aktifitas yang ada di panti.

c. Lamanya

: Pengasuh wisma mengatakan klien jarang mengikuti kegiatan yang ada di panti, sering menyendiri, jarang berinteraksi dengan orang yang ada disekitarnya, merasa putus asa akan keadaannya.

d. Upaya klien untuk Mengatasi

: Klien mengatakan untuk menghibur dirinya klien akan melakukan hobi nya yaitu memperbaiki jika ada kabel charger yang rusak, meski kabel itu tidak berhasil di perbaiki namun klien merasa bisa melakukan aktifitas yang dulu nya pernah ia jalani. Klien mengatakan merasa senang dengan melakukan hal tersebut.

C. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat alergi (makanan, Obat, binatang, lingkungan) :

Klien mengatakan tidak ada alergi baik berupa makanan, minuman, obat dan sebagainya.

2. Riwayat kecelakaan

: Klien mengatakan pernah mengalami kecelakaan sekitar 6 tahun yang lalu

3. Riwayat di rawat di RS

: Klien pernah dirawat di RS 6 tahun yang lalu dikarenakan kecelakaan

4. Riwayat pemakaian obat

: Klien mengatakan tidak ada mengkonsumsi obat obatan

D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Klien mengatakan tidak mengetahui ada atau tidaknya keluarga yang memiliki masalah kesehatan atau penyakit keturunan lainnya.

E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITAL

1. Orang terdekat dengan klien : Klien mengatakan tidak mempunyai orang terdekat di panti .
2. Masalah yang mempengaruhi klien : klien mengatakan susah untuk melakukan kegiatan karena keterbatasan yang di milikinya.
3. Mekanisme coping terhadap stress : klien mengatakan jika merasa stres klien menggunakan waktunya untuk melakukan hobinya memperbaiki alat elektronik yang ruak, atau terkadang klien hanya berdiam diri di wisma.
4. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 - a. Hal yang sangat dipikirkan klien saat ini :
Klien mengatakan ingin kaki kanan nya sembuh namun klien tahu bahwa itu tidak mungkin. Klien mengatakan tidak menyesal akan kedaan nya saat ini.
5. Sistem nilai kepercayaan
 - a. Aktifitas keagamaan / kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi)
Klien jarang menunaikan sholat 5 waktu, saat di ajak sholat klien hanya menjawab ya dan tidak ada melakukan shalat. Klien juga jarang mengikuti wirit yang ada di panti.
 - b. Kegiatan keagamaan / kepercayaan yang ingin dilakukan
Klien tidak tau melakukan kegiatan keagamaan yang ingin dilakukan, saat di ajak mengikuti kegiatan wirit klien menolak dengan alasan sulit untuk melakukan aktivitas, walau hanya duduk di masjid saja.
 - c. Kepercayaan akan adanya kematian
Klien mengatakan percaya akan adanya kematian

F. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Nutrisi
 - a. Frekuensi makan : klien makan 2x sehari, klien tidak makan pagi/sarapan
 - b. Jenis makanan : lauk pauk dan nasi
 - c. Kebiasaan sebelum makan : Klien mengatakan sebelum makan akan mencuci tangan dan berdoa, klien suka makan dengan minum air hangat sesekali juga dengan air teh.
 - d. Nafsu makan : Nafsu makan klien cukup baik, klien menghabiskan makanan yang diberikan
 - e. Makanan yang disukai /alergi/pantangan : Klien mengatakan suka memakan roti dan air teh, klien tidak ada mempunyai riwayat alergi terhadap makanan.
BB/TB : 67kg / 167 cm IMT : 24 (berat badan lebih)

2. Eliminasi

a. Berkemih

- Frekuensi : 5-6 x sehari
- Warna : kuning
- Keluhan yang berhubungan dengan BAK : Klien mengatakan tidak ada keluhan pada saat buang air kecil.

b. Defekasi

- Frekuensi : 1x / 2 hari
- Warna : kuning kecoklatan
- Waktu : pagi hari
- Bau : agak menyengat
- Konsistensi : padat
- Keluhan yang berhubungan dengan defekasi : klien tidak memiliki keluhan
- Pengalaman makan laksatif : tidak ada

3. Higiene Personal

a. Mandi

* Frekuensi : 1x sehari * Pakai Sabun (Ya / Tidak)

b. Higiene Oral

* Frekuensi : 1x sehari * Waktu : pagi

c. Cuci Rambut

* Frekuensi : 1x / 2 hari * Pakai Shampo (Ya / Tidak)

d. Gunting kuku

* Frekuensi : 1x seminggu

4. Istirahat dan tidur

* Lama tidur malam (jam / hari) : 6-7 * Tidur Siang (Ya / Tidak)

jam klien mengatakan sering terbangun saat tidur di malam hari kemudian tidak bisa tidur kembali.	Klien mengatakan tidak terbiasa tidur di siang hari.
---	--

5. Aktivitas dan latihan

a. Olah Raga (Ya / Tidak)

Jenis dan frekuensi : klien mengatakan selama tinggal di panti tidak pernah melakukan olahraga.

b. Kegiatan waktu luang : klien sibuk dengan kegiatan sendiri seperti memperbaiki kabel dan berdiam diri saja di wisma.

c. Keluhan dalam beraktifitas : klien mengatakan sulit melakukan aktifitas karena kakinya yang sakit akibat kecelakaan 6 tahun yang lalu.

6. Kebiasaan

a. Merokok (Ya / Tidak)

Frekuensi / jumlah / lama pakai : Klien mengatakan sebelum masuk panti pernah merokok namun setelah masuk panti klien tidak pernah merokok lagi.

b. Minuman Keras (Ya / Tidak)

Frekuensi / jumlah / lama pakai : Klien mengatakan tidak pernah meminum minuman keras.

c. Ketergantungan obat (Ya / Tidak)

Frekuensi / jumlah / lama pakai : Klien mengatakan tidak ada ketergantungan obat atau minum obat rutin.

G. PEMERIKSAAN FISIK

- | | |
|--|---|
| 1. Keadaan Umum (TTV) | 7. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat kelainan pada leher, tidak ada keluhan klien pada lehernya. |
| • Tekanan Darah: 125/90 mmHg | |
| • Nadi: 87 x/menit, reguler. | |
| • Respirasi: 23 x/menit. | |
| • Suhu tubuh: 36,7°C. | |
| 2. Rambut : pendek,beruban, dan tipis
Klien suka menggunakan topi dalam kegiatan sehari hari. | 8. Dada : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi nafas tambahan. |
| 3. Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mata simetris, tidak menggunakan kacamata, klien mengeluhkan samar ketika melihat sesuatu yang jauh. | 9. Abdomen : perut tampak rata, Abdomen simetris, Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan hepar |

4. Hidung : Simetris, tidak ada pembengkakan sinus, tidak ada lesi tidak ada secret dan tidak ada gangguan penciuman, tidak ada pernapasan cuping hidun
5. Telinga : Telinga simetris, tidak ada serumen, telinga tampak bersih, klien sedikit mengalami gangguan pendengaran.
6. Mulut dan Bibir : gigi klien sudah tidak lengkap, mukosa bibir kering
10. Genitalia : tidak ada melakukan pemerikasaan dan tidak ada masalah
11. Ekstremitas
 Atas : bentuk simetris kiri dan kanan, edema (-), CRT<2 detik, akral hangat, penggerakan masih berfungsi dengan baik, tangan klien tampak tremor.
 Bawah : bentuk simetris kiri dan kanan, edema (-), CRT <2 detik, kulit kaki agak kering dan ada ruam kemerahan di kaki akibat di garuk karna gatal-gatal penggerakan masih berfungsi dengan baik.

H. PENGKAJIAN STATUS MENTAL

1. Daya orientasi (waktu, tempat, orang)

Daya orientasi waktu klien dapat menyebutkan hari, namun klien tidak dapat menyebutkan bulan dan tahun pada saat ditanya, klien mengetahui tempat dimana dia sekarang, klien tau nama teman yang ada sekamar dengan klien dan nama peneliti.

2. Daya ingat (jangka panjang, jangka pendek)

Daya ingat jangka panjang dan jangka pendek klien masih baik dibuktikan dengan klien mampu menceritakan pekerjaannya dahulu yaitu sopir mobil prah dan walaupun sulit dalam beraktivitas klien selalu berusaha melakukan aktivitas secara mandiri. Klien juga mampu menceritakan tentang keluarganya. Klien mampu mengingat kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya yaitu membersihkan kamar nya.

3. Kontak mata

Saat pertemuan pertama kontak mata klien kurang baik di tandai dengan klien melihat sekitar saat diajak berbicara. Namun, setelah pertemuan ketiga klien sesekali sudah bisa melihat lawan bicara walau hanya sebentar dan kemudian melihat sekitar lagi.

4. Afek

Klien selama wanwancara tampak tidak tenang, gelisah, raut wajah datar dan menjawab seadanya.

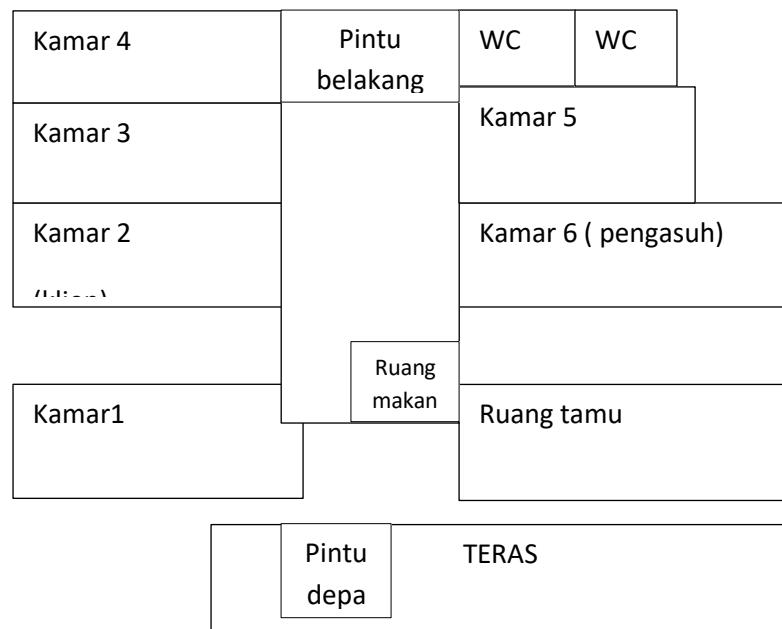
I. PENGKAJIAN LINGKUNGAN (Membuat Denah)

1. Penataan kamar : kamar klien tampak baik dan barang tertata dengan rapi dan ada

jendela yang menghadap ke jemuran, klien selalu membuka jendela di pagi hari dan menutupnya kembali di sore hari.

2. Kebersihan dan kerapian : kamar klien tampak bersih dan rapi, ditandai dengan barang yang tertata rapi dan selimut yang terlipat saat tidak digunakan.
3. Penerangan : Dari jendela yang dibuka saat pagi hingga sore hari dan ventilasi udara yang berada diatas jendela kamar klien.Pada malam hari klien menghidupkan lampu.
4. Sirkulasi udara : terdapat 4 ventilasi udara kecil dan dua jendela dikamar klien sehingga udara dapat terus bertukar
5. Penataan halaman : halaman bersih dan asri dan terdapat taman yang dihiasi dengan beberapa bunga
6. Keadaan kamar mandi : kamar mandi klien berlantai keramik dan sedikit licin
7. Pembuangan air kotor : pembuangan air kotor klien ke selokan belakang wisma
8. Sumber air minum : sumber air minum dari air yang sudah direbus yang sudah disediakan oleh panti.
9. Pembuangan sampah : sampah di buang di tempat sampah dan dibakar
10. Sumber pencemaran : Sumber pencemaran pada wisma adalah sampah yang dibuang sembarangan oleh penghuni wisma lainnya

Denah Wisma Tn.N



PENGKAJIAN STATUS KEMANDIRIAN

NO	Aktivitas	Mandiri (Nilai 1)	Bergantung (Nilai 0)
1	Mandi di kamar mandi (menggosok, membersihkan, dan mengeringkan badan).	1	
2	Menyiapkan pakaian, membuka, dan menggunakan.	1	
3	Memakan makanan yang telah disiapkan.	1	
4	Memelihara kebersihan diri untuk penampilan diri(menyisir rambut, mencuci rambut, menggosok gigi, mencukur kumis).	1	
5	Buang air besar di WC (membersihkan dan mengeringkan daerah bokong).	1	
6	Dapat mengontrol pengeluaran feses (tinja)	1	
7	Buang air kecil dikamar mandi (membersihkan dan mengeringkan daerah kemaluan)	1	
8	Dapat mengontrol pengeluaran air kemih	1	
9	Berjalan dilingkungan tempat tinggal atau keluar ruangan tanpa alat bantu, seperti tongkat	1	
10	Menjalankan agama sesuai agama dan kepercayaan yang dianut		0
11	Melakukan pekerjaan rumah, seperti : merapikan tempat tidur, mencuci pakaian, memasak, dan membersihkan ruangan	1	
12	Berbelanja untuk kebutuhan sendiri atau kebutuhan keluarga	1	
13	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang sendiri)	1	
14	Menggunakan transportasi umum untuk bepergian		0
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai dengan aturan (takaran obat dan waktu minum obat tepat)	1	
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga dalam hal penggunaan uang, aktivitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan		0
17	Melakukan aktivitas diwaktu luang (kegiatan keagamaan, sosial, rekreasi,olah raga dan menyalurkan hobi)	1	
	JUMLAH POIN MANDIRI	14	3

Analisis hasil :

Poin : 13 – 17 : **Mandiri**

Poin : 0 – 12 : Ketergantungan

Klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari menunjukan kemandirian yang baik, dapat melakukan tugas-tugas sehari-hari tanpa bantuan orang lain, dan masih bisa melakukan aktivitas yang klien inginkan. Dibuktikan dengan jumlah poin klien 14 poin yaitu mandiri.

PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL
GERIATRIC DEPRESSION SCALE (SKALA DEPRESI)

No	Pertanyaan	<i>Jawaban</i>	
		<i>Ya</i>	<i>Tidak</i>
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?		<i>Tidak</i>
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	<i>Ya</i>	
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?		<i>Tidak</i>
4.	Apakah anda sering merasa bosan?		<i>Tidak</i>
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?		<i>Tidak</i>
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	<i>Ya</i>	
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebahagian besar hidup anda?	<i>Ya</i>	
8.	apakah anda sering merasa tidak berdaya?	<i>Ya</i>	
9.	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah, daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	<i>Ya</i>	
10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mempunyai masalah dengan ingatan anda dibandingkan kebanyakan orang?		<i>Tidak</i>
11.	Apakah anda berfikir bahwa hidup anda sekarang ini lebih menyenangkan ?		<i>Tidak</i>
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	<i>Ya</i>	
13.	Apakah anda merasa penuh semangat?		<i>Tidak</i>
14.	Apakah anda berfikir, bahwa kondisi anda saat ini tidak ada harapan?	<i>Ya</i>	
15.	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadannya daripada anda?	<i>Ya</i>	
	Total jawaban “Ya”	8	7

*) SETIAP JAWABAN YANG **SESUAI** MEMPUNYAI SKOR “1” (SATU)

SKOR 5-9 : **KEMUNGKINAN DEPRESI**

SKOR 10 ATAU LEBIH : **DEPRESI**

Saat dilakukan observasi dan wawancara klien menunjukan tanda-tanda depresi seperti, klien merasa banyak meninggalkan kegiatan atau minat, klien takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi, klien sering merasa tidak berdaya, klien lebih sering memilih berada didalam rumah, merasa tidak berharga dan merasa kehidupan orang lain lebih baik dari pada hidupnya, meras kondisinya saat ini tidak ada harapan, yang kemungkinan klien mengalami depresi. Dibuktikan dengan jumlah skor klien 8 yaitu kemungkinan depresi.

**PENGKAJIAN FUNGSI KOGNITIF
(SPMSQ)**

No.	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang? Jawab : jam 10.00	✓	
2.	Tahun berapa sekarang? Jawab : 2025	✓	
3.	Kapan bapak/ibu lahir Jawab : -		✓
4.	Berapa umur bapak/ibu sekarang? Jawab : kemungkinan sekitar 66/67	✓	
5.	Dimana alamat bapak/ibu sekarang? Jawab : pstw sabai nan aluih sicincin	✓	
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu? Jawab : tidak ada	✓	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu? Jawab : tidak ada	✓	
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan indonesia? Jawab : 1945	✓	
9.	Siapa nama presiden republik indonesia sekarang? Jawab : tidak ingat		✓
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1? Jawab : tidak bisa menghitung mundur		✓
	JUMLAH	7	3

Analisis Hasil :

Skor Salah : 0-2 : Fungsi Intelektual Utuh

Skor Salah : 3-4 : **Kerusakan Intelektual Ringan**

Skor Salah : 5-7 : Kerusakan Intelektual Sedang

Skor Salah : 8-10 : Kerusakan Intelektual Berat

Saat dilakukan wawancara klien menunjukan tanda-tanda kerusakan intelektual ringan dimana klien salah menjawab beberapa pertanyaan. Dibuktikan dengan jumlah skor salah klien sebanyak 3 buah yang hasilnya klien mengalami kerusakan intelektual ringan.

FORMAT PENGKAJIAN (MMSE)

No.	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1.	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	1	
	2. musim apa sekarang?	1	
	3. tanggal berapa sekarang?		0
	4. hari apa sekarang?	1	
	5. bulan apa sekarang?		0
	6. dinegara mana anda tinggal?	1	
	7. di provinsi mana anda tinggal?	1	
	8. di kabupaten mana anda tinggal?	1	
	9. di kecamatan mana anda tinggal?	1	
	10. di desa mana anda tinggal?	1	
2.	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. pena	1	
	12. meja	1	
	13. kertas	1	
3.	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal “BAPAK”		
	14. K	1	
	15. A		0
	16. P	1	
	17. A		0
	18. B	1	
4.	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 objek		
	Diatas		
	19. meja	1	
	20. pena	1	
	21. kertas	1	
5.	BAHASA		
	Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. arloji	1	
	23. sendal	1	
	Pengulangan		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “tak ada jika, dan, atau tetapi”		0
	Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas!	1	
	26. Lipat dua!	1	
	27. Taruh dilantai!	1	
	Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	1	
	29. Tulis satu kalimat		0
	30. Salin gambar		0
	JUMLAH	23	7

Analisis hasil : nilai ≤ 21 = kerusakan kognitif

Nilai klien 23 menunjukan bahwa klien tidak ada mengalami kerusakan kognitif.

PENGKAJIAN STATUS FUNGSIONAL

(Indeks Kemandirian Katz)

No.	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	√	
2.	Berpakaian mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/ mengikat pakaian Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	√	
3.	Ke kamar kecil mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√	
4.	Berpindah mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√	
5.	Kontinen mandiri : Bak dan bab seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	√	
6.	Makan mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	√	

Keterangan : beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis hasil :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kekamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Klien menunjukan mandiri dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kekamar kecil, mandi dan berpakaian.

DAFTAR TILIK ISOLASI SOSIAL

Nama : Tn. S

Umur : 67Th

NO.	Obsevasi	Pernyataan	
		Ya	Tidak
1.	Lansia tidak ada bekomunikasi dengan penghuni lain		Tidak
2.	Lansia berdiam diri dan berada dikamar		Tidak
3.	Lansia jarang terlibat dalam kegiatan kelompok atau komunitas	Ya	
4.	Lansia menunjukan tanda-tanda depresi (misalnya murung, menangis, tidak bersemangat)	Ya	
5.	Lansia tinggal di area yang tidak mendukung interaksi sosial (misalnya, kamar terisolasi)		Tidak
6.	Lansia kesulitan berkomunikasi karena hambatan fisik (misalnya gangguan pendengaran)	Ya	
7.	Lansia sering menghabiskan waktu sendiri dan melakukan kegiatan sendiri, seperti menonton TV tanpa interaksi	Ya	
8.	Lansia saat di ajak berbicara tidak ada melakukan kontak mata dan suka menunduk	Ya	
9.	Lansia saat ditanya hanya menjawab seadanya saja	Ya	
	Jumlah "Ya"	6	3

SETIAP JAWABAN YANG SESUAI MEMPUNYAI SKOR "1"(SATU)

SKOR1-5: KEMUNGKINAN ISOLASI SOSIAL

SKOR 6-9: ISOLASI SOSIAL

Sumber : kodaruddin ,alvelina dan slametiningsih.

Dari hasil observasi klien menunjukan tanda dan gejala isolasi sosial dibuktikan dengan jumlah skor 6 dimana klien jarang terlibat dalam kegiatan kelompok atau komunitas, kesulitan berkomunikasi atau berinteraksi karena hambatan fisik karna mengalami gangguan pendengaran, sering menghabiskan waktu sendiri dan melakukan kegiatan sendiri, seperti melakukan hobi tanpa interaksi, saat di ajak berbicara tidak ada melakukan kontak mata dan suka menunduk dan saat ditanya hanya menjawab seadanya saja.

FORMAT PENGKAJIAN TINGKAT KECEMASAN

Berilah tanda silang (✓) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi responden. Jawaban boleh lebih dari 1 (satu). Masing-masing nilai angka (score) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu :

0-14 = Tidak ada kecemasan

14-20 = **Kecemasan ringan**

21-27 = Kecemaan sedang

28-41 = Kecemasan berat

45-56 = Panik

NO	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (Score)				
		0	1	2	3	4
1.	Perasaan Cemas (anxietas) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Firasat buruk ✓ ▪ Mudah tersinggung ▪ Takut akan pikiran sendiri ▪ Cemas ✓ 			✓		
2.	Ketegangan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Merasa tegang ▪ Lesu ▪ Mudah terkejut ▪ Tidak dapat istirahat dengan tenang ✓ ▪ Mudah menangis ▪ Gemetar ✓ ▪ Gelisah ✓ 			✓		
3.	Ketakutan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pada gelap ▪ Ditinggal sendiri ▪ Pada orang asing ✓ ▪ Pada kerumunan banyak orang ✓ ▪ Pada keramaian lalu lintas ▪ Pada Binatang besar 		✓			
4.	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sukar memulai tidur ▪ Terbangun dimalam hari ✓ ▪ Mimpi buruk ▪ Tidur tidak nyenyak ✓ ▪ Bangun dengan lesu ▪ Banyak bermimpi ▪ Mimpi menakutkan 		✓			
5.	Gangguan kecerdasan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daya ingat buruk ▪ Sulit berkonsentrasi ✓ ▪ Daya ingat menurun 		✓			
6.	Perasaan depresi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kehilangan minat ✓ ▪ Sedih ✓ ▪ Berkurangnya kesukaan pada hobi 			✓		

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perasaan berubah ubah √ ▪ Bangun dini hari √ 				
7.	Gejala somatic (otot-otot) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri otot √ ▪ Kaku ▪ Kedutan otot ▪ Gigi gemertak ▪ Suara tak stabil 		√		
8.	Gejala sensorik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telinga berdengung ▪ Penglihatan kabur √ ▪ Muka merah dan pucat ▪ Merasa lemah √ ▪ Perasaan ditusuk tusuk 		√		
9.	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> ▪ Denyut nadi cepat ▪ Berdebar debar ▪ Nyeri dada ▪ Rasa lemah seperti mau pingsan ▪ Denyut nadi mengeras ▪ Detak jantung menghilang (berhenti sekejap) 	√			
10.	Gejala pernafasan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rasa tertekan di dada ▪ Perasaan tercekik ▪ Merasa nafas pendek/sesak ▪ Sering menarik nafas Panjang 	√			
11.	Gejala gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sulit menelan ▪ Mual ▪ Muntah ▪ Perut terasa penuh dan kembung ▪ Nyeri lambung sebelum dan sesudah makan ▪ Perut melilit ▪ Gangguan pencernaan ▪ Perasaan terbakar diperut ▪ Buang air besar lembek ▪ Konstipasi ▪ Kehilangan berat badan 	√			

12.	Gejala urigenitalia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sering kencing ▪ Tidak dapat menahan kencing ▪ Tidak dating bulan ▪ Darah haid berlebihan ▪ Darah haid amat sedikit ▪ Masa haid berkepanjangan ▪ Masa haid amat pendek ▪ Haid beberapa kali sebulan ▪ Menjadi dingin ▪ Ejakulasi dini ▪ Ereksi lemah ▪ Ereksi hilang ▪ Impotensi 	✓			
13.	Gejala otonom <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mulut kering ✓ ▪ Muka merah ▪ Mudah berkeringat ▪ Sakit kepala ▪ Bulu rompa berdiri ▪ Kepala terasa berat ▪ Kepala terasa sakit 	✓			
14.	Tingkah laku (sikap) pada saat wawancara <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gelisah ✓ ▪ Tidak tenang ✓ ▪ Mengerutkan dahi ✓ ▪ Muka tegang ▪ Nafas pendek dan cepat ▪ Muka merah ▪ Jari gemetar ▪ Otot tegang/mengeras 		✓		
Total Skor		14			

Keterangan penilaian :

Angka 0 : tidak ada (tidak terdapat gejala)

Angka 1 : ringan (mengalami satu atau kurang dari setengah gejala yang ada)

Angka 2 : sedang (setengah dari gejala yang ada)

Angka 3 : berat (mengalami lebih dari setengah gejala yang ada)

Angka 4 : sangat berat (mengalami semua gejala yang ada)

Hasil dari pengkajian tingkat kecemasan pada klien dengan skor 14 dimana klien mengalami gangguan **kecemasan ringan** yang di tandai dengan gelisah, tidak tenang, mengerutkan dahi, , takut pada keramaian, takut pada orang lain, cemas, nyeri otot.

Sumber : Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

ANALISA DATA KEPERAWATAN GERONTIK

NO.	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien saat diajak bicara sering menghindari kontak mata - Klien tampak menghindari pembahasan pribadi dan keluarga - Klien tampak gelisah saat diajak berbicara - Klien tampak lebih sering melamun Klien terkadang tampak kebingungan saat diajak berbicara <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa sedih akan keadaannya saat ini - Klien mengeluh tidak bisa melakukan banyak aktifitas karena kaki kanan nya yang sakit akibat kecelakaan - Klien mengatakan tidak memiliki manfaat lagi bagi banyak orang - Klien mengatakan sedih karena tidak bisa melakukan banyak kegiatan dan hobi nya lagi <p>Klien mengatakan merasa jemu dan bosan akan keadaannya saat ini</p>	Keputusasaan	Stres Jangka Panjang
2.	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak lebih banyak berdiam diri - saat di ajak berbicara kontak mata klien kurang - klien tampak gelisah - raut wajah klien tampak datar - saat diajak berbicara klien menjawab seadanya - klien tampak tidak berminat berinteraksi dengan orang lain atau 	Isolasi Sosial	Perubahan Status Mental

	<ul style="list-style-type: none"> - lingkungan - klien tampak tidak pernah memulai pembicaraan maupun pengenalan dengan orang lain - TD :125/90 mmHg - Nadi: 87 kali/menit - Respirasi: 23 kali/menit. - Suhu tubuh: 36.7°C. - Berat Badan: 67 kg. - Tinggi Badan: 167 cm <p>Hasil pengukuran daftar tilik isolasi sosial klien skor 6, klien dikatan isolasi sosial.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan malas untuk melakukan sesuatu karena keterbatasannya dalam melakukan aktifitas dan kegiatan - Klien mangatakan tidak memiliki minat untuk melakukan kegiatan yang ada di panti - Klien mengatkan lebih nyaman berdiam diri di wisma - Klien mengeluh merasa tidak nyaman berada di keramaian 		
3.	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien berbicara pelan dan tidak jelas - Klien lebih banyak menunduk saat berjalan dan saat berkomunikasi - Postur tubuh klien lebih banyak menunduk - Tidak ada kontak mata klien saat diajak berkomunikasi - Klien terlihat lesu dan tidak bersemangat - Tekanan Darah: 125/90 mmHg - Nadi: 94 kali/menit, reguler. - Respirasi: 23 kali/menit. - Suhu tubuh: 36.7°C. <p>Data Subjektif :</p>	Harga Diri Rendah	Perubahan Pada Citra Tubuh

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dirinya tidak berguna dan tidak berdaya lagi karena sulit untuk melakukan kegiatan dan aktifitas - Klien mengatakan takut dan cemas saat ingin melakukan kegiatan karena kakinya yang sakit - Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktifitas kelompok yang ada di panti karena keterbatasannya yang sulit untuk beraktifitas - Klien mengatakan lebih merasa nyaman di wisma dan memilih sendiri. 		
--	---	--	--

Prioritas Masalah

No.	Masalah	A			B						C	D	E	F	Prioritas	
		1	2	3	1	2	3	4	5	6						
1.	keputusasaan		✓							✓	✓	✓		✓		1
2.	Isolasi Sosial			✓					✓		✓					3
3.	Harga Diri Rendah Situasional			✓							✓	✓		✓		2

Keterangan :

A. Kegawatan

1. Gawat darurat (Emergency)
2. Gawat tapi tidak darurat

3. Tidak gawat tidak darurat
- B. Kebutuhan fisiologis
1. Oksigen
 2. Air
 3. Makanan
 4. Suhu tubuh yang normal
 5. Tidur
 6. Homeostatis
- C. Kebutuhan akan rasa nyaman
- D. Kebutuhan rasa memiliki dan kasih orang
- E. Kebutuhan akan penghargaan
- F. Kebutuhan akan aktualitasi diri

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Diagnosa keperawatan	Ditemukan		Dipecahkan	
		Tanggal	Paraf	Tanggal	Paraf
1.	Keputusasaan b.d stres jangka panjang	17 Februari 2025		22 Februari 2025	
2.	Isolasi sosial b.d perubahan status mental	17 Februari 2025		22 Februari 2025	
3.	Harga diri rendah b.d perubahan pada citra tubuh	17 Februari 2025		22 Februari 2025	

INTERVENSI KEPERAWATAN

NO.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Keputusasaan b.d stres jangka panjang	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x5 kunjungan diharapkan keputusasaan dapat teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <p>Harapan</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Keterlibatan dalam aktifitas perawatan meningkat 10. Selera makan meningkat 11. Inisiatif meningkat 12. Minat komunikasi verbal meningkat 13. Verbalisasi keputusasaan menurun 14. Perilaku pasif menurun 15. Afek datar menurun 16. Pola tidur membaik 	<p>Dukungan Emosional</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi fungsi marah, frustasi dan amuk bagi pasien 2. Identifikasi hal yang telah memicu emosi <p>Terapentik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih 2. Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka 3. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. Merangkul, menepuk-nepuk) 4. Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu 5. Kurangi tuntutan berfikir saat atau lelah <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah atau malu 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. Ansietas, marah,

			<p>(sedih)</p> <p>3. Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan</p> <p>4. Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Rujuk untuk konseling, jika perlu</p>
2.	Isolasi Sosial b.d perubahan status mental	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x5 kunjungan diharapkan :</p> <p>Keterlibatan sosial</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi tujuan yang jelas Meningkat 3. Minat terhadap aktivitas meningkat 4. Verbalisasi isolasi menurun 5. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun 6. sikap menarik diri menurun 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun 8. Afek murung/sedih 	<p>Promosi Sosialisasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan 3. melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan)

		<p>menurun</p> <p>9. Perilaku bermusuhan menurun</p> <p>10. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik</p> <p>11. Perilaku bertujuan membaik</p> <p>12. Kontak mata membaik.</p>	<p>5. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</p> <p>6. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain.
3.	Harga diri rendah situasional b.d pada perubahan citra tubuh	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x5 kunjungan diharapkan harga diri meningkat, kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Penilaian diri positif meningkat Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat Konsentrasi meningkat Kontak mata meningkat Kemampuan membuat keputusan meningkat Perasaan malu menurun Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 	<p>Promosi Harga Diri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri Diskusikan persepsi negatif diri Dorong klien untuk mempertahankan kontak mata Berikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien <p>Edukasi</p>

			<ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif2. Latih cara berfikir dan berperilaku positif
--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
Selasa/ 18februa ri 2025	Keputusasaan b.d stres jangka panjang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital klien 2. Membangun rasa percaya bersama klien 3. Mengidentifikasi perasaan klien saat dilakukan pengkajian 4. Memotivasi klien untuk mengungkapkan apa yang dirasakan 5. Memberikan dan memovifasi klien untuk berfikiran positif akan dirinya 6. Mengurangi tuntutan berfikir pada klien saat berinteraksi 7. Memotivasi klien untuk melakukan hal hal positif (mis. Hobi) 8. Memberikan respon positif saat klien mau mengungkapkan perasaannya 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak semangat untuk melakukan kegiatan karena jika banyak bergerak kaki kanan klien akan sakit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih suka berdiam diri di wisma - Klien tampak gelisah saat diajak berinteraksi oleh teman wisma - Klien tampak murung - Saat diajak bicara klien 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			<p>terkadang tidak fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menjawab pertanyaan seadanya saja <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keputusasaan belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi keputusasaan dilanjutkan 	
Selasa/ 18februa ri 2025	Isolasi sosial b.d Perubahan status mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital klien 2. Mengidentifikasi kemampuan klien melakukan interaksi dengan orang lain 3. Mengidentifikasi hambatan klien dalam melakukan interaksi dengan orang lain 4. Memotivasi klien berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok di wisma 5. Memotivasi klien berinteraksi diluar lingkungan (mis. Mengikuti pengajian 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakn lebih suka melakukan hobi nya sendiri daripada mengikuti kegiatan yang ada di panti seperti pengajian dan kesenian. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak lebih banyak diam 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
		<p>rutin di panti)</p> <p>6. meberikan umpan balik positif dalam perawatan diri klien</p> <p>7. memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan yang klien capai</p>	<ul style="list-style-type: none"> - saat diajak berbicara kontak mata klien kurang - klien tampak gelisah - raut wajah klien tampak datar - saat ditanya klien hanya menjawab seadanya - klien tampak tidak berminat berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan - klien tampak tidak pernah memulai pembicaraan maupun pengenalan dengan orang lain - TD : 125/90 mmHg - Nadi: 87 kali/menit 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			<ul style="list-style-type: none"> - Respirasi: 23 kali/menit. - Suhu tubuh: 36.7°C. - Berat Badan: 57 kg. - Tinggi badan: 167cm <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Isolasi sosial belum teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi isolasi sosial dilanjutkan</p>	
Selasa / 18februa ri 2025	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Citra Tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital klien 2. Mengidentifikasi masalah yang dialami klien 3. Mengidentifikasi penyebab klien mengalami HDR 4. Mengidentifikasi kemampuan yang masih bisa dilakukan klien saat itu 5. Memonitor aktivitas pasien di wisma 6. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bahwa ia lebih nyaman berada di wisma daripada berkumpul dengan orang lain - klien mengatakan tidak berguna klien 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
		<p>klien setiap pertemuan</p> <p>7. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih)</p>	<p>mengatakan takut merepotkan orang lain karena keterbatasan yang ia miliki</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak berbicara dengan pelan - klien tampak gelisah dan melihat sekitar saat diajak berkomunikasi - saat diajak berbicara kontak ata klien kurang - klien tampak lesu dan tidak bersemangat <p>A: Masalah harga diri rendah situasional</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			belum teratasi P: Intervensi harga diri situasional dilanjutkan	
Rabu / 19 februari 2025	Keputusasaan b.d stres jangka panjang	1. Mengukur tanda-tanda vital klien 2. Membangun rasa percaya bersama klien 3. Mengidentifikasi perasaan klien saat dilakukan pengajian 4. Memotivasi klien untuk mengungkapkan apa yang dirasakan 5. Memberikan dan memovifasi klien untuk berfikiran positif akan dirinya 6. Mengurangi tuntutan berfikir pada klien saat berinteraksi 7. Memotivasi klien untuk melakukan hal-hal positif (mis. Hobi) 8. Memberikan respon positif saat klien mau mengungkapkan perasaannya	S: - Klien mengatakan tidak semangat untuk melakukan kegiatan karena jika banyak bergerak kaki kanan klien akan sakit O: - Klien tampak lebih suka berdiam diri di wisma - Klien tampak gelisah saat diajak berinteraksi oleh teman wisma - Klien tampak	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			<p>murung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat diajak bicara klien terkadang tidak fokus - Klien menjawab pertanyaan seadanya saja <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keputusasaan belum teratasi <p>P: Intervensi keputusasaan dilanjutkan</p>	
Rabu / 19 februari	Isolasi sosial b.d Perubahan status mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan klien melakukan interaksi dengan orang lain 2. Mengidentifikasi hambatan klien dalam melakukan interaksi dengan orang lain 3. Memotivasi klien berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok di wisma 4. Memotivasi klien berinteraksi diluar lingkungan (mis. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih merasa asik dengan kegiatannya sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak lebih banyak diam - saat diajak berbicara kontak mata klien masih kurang 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
		<p>Jalan-jalan)</p> <p>5. meberikan umpan balik positif dalam perawatan diri klien</p> <p>6. memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan yang klien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - klien masih tampak gelisah - raut wajah klien masih tampak datar - klien saat diajak berbicara masih menjawab seadanya - klien masih tampak tidak berminat berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan - klien masih tampak tidak mau memulai pembicaraan dengan orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Isolasi sosial belum teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi isolasi sosial dilanjutkan</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
Rabu / 19 februari 2025	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Citra Tubuh	<p>1. Mengidentifikasi kemampuan yang masih bisa dilakukan klien saat itu</p> <p>2. Memonitor aktivitas pasien di wisma</p> <p>3. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan</p> <p>4. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih)</p> <p>5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</p> <p>6. Diskusikan persepsi negatif diri</p> <p>7. Dorong klien untuk mempertahankan kontak mata</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan bahwa ia nyaman berada di wisma daripada berkumpul dengan orang lain b. Klien mengatakan dirinya tidak berguna c. Klien mengatakan takut merepotkan orang lain karena keterbatasan yang ia miliki <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak berbicara dengan 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			<p>pelan</p> <p>b. Klien tampak menunduk saat diajak berkomunikasi</p> <p>c. Kontak mata klien kurang saat diajak berkomunikasi</p> <p>d. Klien tampak lesu dan tidak bersemangat</p> <p>A: Masalah Harga diri rendah situasional belum teratasi</p> <p>P: Intervensi harga diri rendah situasional dilanjutkan</p>	
Kamis /20 februari 2025	Keputusasaan b.d stres jangka panjang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital klien 2. Membangun rasa percaya bersama klien 3. Mengidentifikasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak semangat untuk 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
		<p>perasaan klien saat dilakukan pengajian</p> <p>4. Memotivasi klien untuk mengungkapkan apa yang dirasakan</p> <p>5. Memberikan dan memovifasi klien untuk berfikiran positif akan dirinya</p> <p>6. Mengurangi tuntutan berfikir pada klien saat berinteraksi</p> <p>7. Memotivasi klien untuk melakukan hal hal positif (mis. Hobi)</p> <p>8. Memberikan respon positif saat klien mau mengungkapkan perasaannya</p>	<p>mengakukan kegiatan karena jika banyak bergerak kaki kanan klien akan sakit</p> <p>O: - Klien tampak lebih suka berdiam diri di wisma</p> <p>- Klien tampak gelisah saat diajak berinteraksi oleh teman wisma</p> <p>- Klien tampak murung</p> <p>- Saat diajak bicara klien terkadang tidak fokus</p> <p>- Klien menjawab pertanyaan seadanya saja</p> <p>A: - Masalah keputusasa</p>	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			P: an belum teratasi Intervensi keputusasaan dilanjutkan	
Kamis /20 februari	Isolasi sosial b.d Perubahan status mental	1. Mengidentifikasi kemampuan klien melakukan interaksi dengan orang lain 2. Mengidentifikasi hambatan klien dalam melakukan interaksi dengan orang lain 3. Memotivasi klien berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok di wisma 4. Memotivasi klien berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan) 5. meberikan umpan balik positif dalam perawatan diri klien 6. memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan yang klien 7. Mengidentifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial 8. Mengidentifikasi focus pelatihan	S : <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih merasa asik dengan kegiatan sendiri O : <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak lebih banyak diam - saat di ajak berbicara klien masih tidak ada melakukan kontak mata - klien sedikit tampak gelisah - raut wajah klien tampak sudah tidak datar - klien saat di tanya atau di ajak berbicara sudah mulai banyak 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
		keterampilan sosial	<p>menjawab walaupun terkadang masih terbatas saat menjawab</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien masih tampak tidak berminat berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan - klien masih tampak tidak mau memulai pembicaraan maupun pengenalan dengan orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Isolasi sosial belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi isolasi sosial 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D	
		dilanjutkan			
Kamis / 20 februari 2025	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Citra Tubuh	<p>1. Memonitor aktivitas pasien di wisma</p> <p>2. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan</p> <p>3. Berikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien</p> <p>4. Menganjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</p> <p>5. Memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan bahwa ia nyaman berada di wisma b. Klien mengatakan tidak berguna c. Klien mengatakan takut merepotkan orang lain <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak berbicara dengan pelan b. Klien tampak menunduk saat diajak berkomunikasi c. Saat diajak berbicara 		

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			<p>kontak mata klien masih kurang dan sering melihat sekitar</p> <p>d. Klien tampak lesu dan tidak bersemangat</p> <p>A: Masalah Harga diri rendah situasional belum teratasi</p> <p>P: Intervensi harga diri rendah situasional dilanjutkan</p>	
Jumat / 21 februari 2025	Keputusasaan b.d stres jangka panjang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital klien 2. Membangun rasa percaya bersama klien 3. Mengidentifikasi perasaan klien saat dilakukan pengajian 4. Memotivasi klien untuk mengungkapkan apa yang dirasakan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah ada semangat untuk melakukan kegiatan walaupun tidak bisa terlalu banyak bergerak, 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
		<p>5. Memberikan dan memovifasi klien untuk berfikiran postif akan dirinya</p> <p>6. Mengurangi tuntutan berfikir pada klien saat berinteraksi</p> <p>7. Memotivasi klien untuk melakukan hal hal positif (mis. Hobi)</p> <p>8. Memberikan respon positif saat klien mau mengungkapkan perasaannya</p>	<p>tetapi klien sudah mau mencoba</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak masih suka berdiam diri di wisma - Gelisah klien tampak sudah mulai berkurang saat diajak berinteraksi oleh teman wisma - Klien sudah jarang tampak murung - Saat diajak bicara klien sudah mulai menunjukkan sikap fokus - Klien sudah mau menjawab pertanyaan dengan panjang <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			<p>keputusasaan mulai teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi keputusasaan dilanjutkan</p>	
Jumat / 21 februari 2025	Isolasi sosial b.d Perubahan status mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi klien berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok di wisma 2. Memotivasi klien berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan) 3. memberikan umpan balik positif dalam perawatan diri klien 4. memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan klien 5. Memotivasi untuk berlatih keterampilan sosial 6. Beri umpan balik positif (mis: pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih merasa asik dengan kegiatannya sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak lebih banyak diam - saat diajak berbicara klien hanya sedikit melakukan kontak mata - raut wajah klien tampak sudah tidak datar lagi - klien saat ditanya atau diajak 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			<p>berbicara sudah mulai banyak menjawab pertanyaan dengan jelas</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak sudah mau diajak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan - klien masih tampak tidak mau memulai pembicaraan maupun pengenalan dengan orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Isolasi sosial teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi isolasi sosial dilanjutkan 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
Jumat / 21 februari	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Citra Tubuh	<p>1. Memonitor aktivitas pasien di wisma</p> <p>2. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan</p> <p>3. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien</p> <p>4. Mengajak pasien berinteraksi dengan lansia lainnya</p> <p>5. Mengajak dan mendorong klien untuk membersihkan tempat tidur</p> <p>6. Meningkatkan kepercayaan klien bahwa klien bisa melakukan hal yang sama dengan lansia lainnya</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan bahwa ia sudah mulai berbaur dengan teman lain b. Klien mengatakan sudah mulai menerima keadaannya walaupun sulit c. Klien mengatakan rasa takutnya sedikit berkurang saat berkomunikasi dengan teman yang lain <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak berbicara 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawata n	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
			<p>dengan mulai jelas</p> <p>b. Klien tampak tidak menunduk saat diajak berkomunikasi</p> <p>c. Kontak mata klien mulai membaik</p> <p>d. Klien mulai tampak bersemangat</p> <p>A: Masalah Harga diri rendah situasional sedikit teratasi</p> <p>P: Intervensi harga diri rendah situasional Dilanjutkan</p>	

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi keperawatan	Edukasi Keperawatan	TT D
Sabtu / 22februari 2025	Keputusasaan b.d stres jangka panjang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital klien 2. Membangun rasa percaya bersama klien 3. Mengidentifikasi perasaan klien saat dilakukan pengkajian 4. Memotivasi klien untuk mengungkapkan apa yang dirasakan 5. Memberikan dan memovifasi klien untuk berfikiran positif akan dirinya 6. Mengurangi tuntutan berfikir pada klien saat berinteraksi 7. Memotivasi klien untuk melakukan hal-hal positif (mis. Hobi) 8. Memberikan respon positif saat klien mau mengungkapkan perasaannya 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah ada semangat untuk melakukan kegiatan walaupun tidak bisa terlalu banyak bergerak, - tetapi klien sudah mau mencoba <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak masih suka berdiam diri di wisma - Gelisah klien tampak sudah mulai berkurang saat diajak berinteraksi oleh teman wisma - Klien sudah jarang tampak 	

			<ul style="list-style-type: none"> - murung - Saat diajak bicara klien sudah mulai menunjukkan sikap fokus - Klien sudah mau menjawab pertanyaan dengan panjang <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keputusasaan teratas sebagian <p>P:</p> <p>Intervensi keputusasaan dilanjutkan oleh pengasuh</p>	
Sabtu / 22februari 2025	Isolasi sosial b.d Perubahan status mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi klien berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok di wisma 2. Memotivasi klien berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan) 3. memberikan umpan balik positif dalam perawatan diri klien 4. memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan klien 5. Memotivasi untuk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih merasa asik dengan kegiatannya sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak lebih suka berdiam diri saat diajak berbicara - klien sudah mulai melakukan kontak mata 	

		<p>berlatih keterampilan sosial</p> <p>6. Beri umpan balik positif (mis: pujian atau penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - raut wajah klien tampak sudah tidak datar - klien saat ditanya atau diajak berbicara sudah mulai banyak menjawab pertanyaan dengan jelas - klien tampak sudah mau diajak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan - klien masih tampak tidak pernah memulai pembicaraan maupun pengenalan dengan orang lain <p>A : - Masalah Isolasi sosial teratas sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi isolasi sosial dilanjutkan oleh 	
--	--	--	---	--

			pengasuh	
Sabtu / 22februa ri 2025	Harga Diri Rendah Situasional bd Perubahan Citra Tubuh	<p>1. Memonitor aktivitas pasien di wisma</p> <p>2. Mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara klien setiap pertemuan</p> <p>3. Memberikan pengalaman yang dapat meningkatkan kemampuan klien</p> <p>4. Mengajak pasien berinteraksi dengan lansia lainnya</p> <p>5. Mengajak dan mendorong klien untuk merapikan barang yang berserakan</p> <p>6. Meningkatkan kepercayaan klien bahwa klien bisa melakukan hal yang sama dengan lansia lainnya</p>	<p>S:</p> <p>a. Klien mengatakan mulai mau berkumpul dengan teman satu wisma</p> <p>b. Klien mengatakan mulai bisa menerima keadannya</p> <p>c. Klien mengatakan rasa takutnya sudah jauh berkurang</p> <p>O:</p> <p>a. Klien tampak sudah berbicara dengan jelas</p> <p>b. Klien tampak sudah menegakkan kepala</p>	

			<p>saat berkomunik asi</p> <p>c. Kontak mata mulai membaik</p> <p>d. Klien tampak mulai bersemangat</p> <p>A: Harga diri rendah situasional teratas sebagian</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan oleh pengasuh</p>	
--	--	--	---	--

LAMPIRAN 12



LAMPIRAN 13







1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74
75	75	75
76	76	76
77	77	77
78	78	78
79	79	79
80	80	80
81	81	81
82	82	82
83	83	83
84	84	84
85	85	85
86	86	86
87	87	87
88	88	88
89	89	89
90	90	90
91	91	91
92	92	92
93	93	93
94	94	94
95	95	95
96	96	96
97	97	97
98	98	98
99	99	99
100	100	100

LAMPIRAN 14



