

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa kronis yang kompleks dan multifaktorial, yang tidak hanya memengaruhi aspek psikotik seperti halusinasi dan delusi, tetapi juga berdampak luas terhadap fungsi kognitif, sosial, dan emosional penderitanya. Untuk memahami secara menyeluruh bagaimana skizofrenia berkembang dan bagaimana pendekatan intervensi dapat diterapkan secara efektif, penting untuk menelaah konsep dasar gangguan ini. Uraian berikut akan membahas definisi, etiologi, tanda dan gejala, serta aspek-aspek neurobiologis dan klinis lainnya yang mendasari gangguan skizofrenia.

1. Definisi

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa dan kondisi medis yang mempengaruhi gangguan fungsi otak manusia, pengaruh emosional dan tingkah laku, dan dapat mempengaruhi fungsi normal kognitif (Depkes RI, 2016). Skizofrenia merupakan gangguan yang berlangsung selama minimal satu bulan gejala fase aktif. Gangguan skizofrenia juga dikarateristikkan dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir, dan penurunan afek), dan gangguan kognitif (memori, perhatian, pemecahan masalah, dan social) (Sutejo, 2017).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang ditandai dengan gangguan berpikir, mempengaruhi bahasa, persepsi, dan konsep diri (WHO, 2019). Pada skizofrenia, kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang di kemudian hari (Sutejo, 2017). Berdasarkan pengertian yang diuraikan diatas, dapat disimpulkan skizofrenia adalah gangguan psikis dengan adanya pemisahan antara pikiran, emosi, dan perilaku dari orang yang

mengalaminya ditandai dengan penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi persepsi, pikiran, dan kognitif.

2. Etiologi

Penyebab utama dari skizofrenia masih belum dapat dipastikan namun, berdasarkan beberapa literatur, skizofrenia disebabkan oleh faktor genetik dan dapat diperparah dengan kondisi lingkungan. Sebagai hipotesis dopaminergik, skizofrenia dapat disebabkan oleh hiperaktivitas atau hipoaktivitas dopaminergik pada area tertentu di otak serta ketidaknormalan reseptor dopamin (DA). Hiperaktivitas reseptor dopamin (DA) pada area mesocaudate berkaitan dengan munculnya gejala-gejala positif Sementara hipoaktivitas reseptor dopamin (DA) pada area korteks prefrontal berkaitan dengan munculnya gejala-gejala negative, menurut Guyton and Hall dalam (Dewi & Sukmayanti, 2020).

Terdapat beberapa penyebab terjadinya skizofrenia menurut Videback dan Doengoes dalam (Yusuf A. P., 2021):

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

Faktor biologis skizofrenia fokus pada faktor genetik, faktor neuroanatomi dan neurokimia (struktur dan fungsi otak), dan imunovirologi (respons tubuh terhadap paparan virus), (James, 2020).

2) Faktor Genetik

Faktor genetik diduga berperan pada skizofrenia, makin dekat hubungan keluarga dengan penderita, makin besar risiko untuk menderita skizofrenia, gangguan gangguan jiwa terkait skizofrenia seperti gangguan kepribadian skizotipal, skizoid dan paranoid juga lebih sering didapatkan di antara para keluarga biologik penderita skizofrenia (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

3) Faktor Neuroanatomi dan Neurokimia

Berkurangnya volume otak penderita skizofrenia dikaitkan dengan kemungkinan berkurangnya densitas akson, dendrit dan sinaps yang memediasi fungsi asosiatif otak. Densitas sinaps paling tinggi pada usia 1 tahun, lalu berkurang mencapai kondisi pada orang dewasa sejak awal masa adolesen. Berkurangnya sinaps yang eksesif pada masa adolesen diduga merupakan salah satu penyebab skizofrenia (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

Teori neurokimia yang paling menonjol melibatkan dopamin dan serotonin. Satu teori terkemuka menunjukkan kelebihan dopamin sebagai penyebabnya, pada kenyataannya semakin besar kemampuan obat untuk memblokir reseptor dopamin, semakin efektif dalam mengurangi gejala skizofrenia (Perez & Ghose, 2017).

4) Faktor Imunovirologi

Teori populer yang muncul, menyatakan bahwa paparan virus atau respon kekebalan tubuh terhadap virus dapat mengubah fisiologi otak orang dengan skizofrenia. Diyakini bahwa sitokin mungkin memiliki peran dalam perkembangan gangguan kejiwaan utama seperti skizofrenia (Dahan *et al*, 2018).

5) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadahi, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa (Mashudi, 2021).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia menurut Mashudi (2021) sebagai berikut :

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus (Stuart,2023).

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran (Moran *et al.*,2016).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala skizofrenia sangat beragam dan dapat diklasifikasikan menjadi gejala positif, gejala negatif, dan gangguan kognitif. (Mailyn & Zulaikha, 2024).

a. Gejala Positif

Gejala positif adalah manifestasi skizofrenia yang menonjol dan disruptif, yang sering kali mendorong keluarga untuk mencari pengobatan (Hawari, 2018). Gejala ini mencakup delusi (waham), yaitu keyakinan keliru yang dipertahankan kuat seperti rasa curiga atau takut diancam (Anna, 2019) dan halusinasi, yakni pengalaman panca indra tanpa adanya stimulus nyata (Liisa & Nengah, 2019). Selain itu, dapat muncul kekacauan pikir yang terlihat dari pembicaraan yang terputus, tidak teratur (inkoheren), atau penggunaan kata-kata baru (neologisme) (Stuart, 2020). Pasien juga bisa menunjukkan perilaku aneh atau terdisorganisasi, seperti penampilan tidak wajar, gerakan repetitif, agitasi, hingga perilaku agresif (American Psychiatric Association, 2022).

b. Gejala Negatif

Gejala negatif skizofrenia cenderung lebih tersamar dan tidak mengganggu, sehingga keluarga sering terlambat membawa pasien berobat (Hawari, 2018). Menurut Boland & Verduin (2021) gejala ini secara umum meliputi afek atau emosi yang terlihat datar dan tumpul, penarikan diri dari lingkungan sosial secara pasif dan apatis, kesulitan untuk berkomunikasi, serta sulit memahami pemikiran abstrak.

c. Gangguan Kognitif

Gangguan kognitif kini diakui sebagai ciri inti skizofrenia dan merupakan penentu utama hasil fungsional. Prevalensi gangguan kognitif pada skizofrenia sangat tinggi, berkisar antara 40% hingga 89,3% di berbagai penelitian (WHO, 2022). Gangguan ini dapat mempengaruhi berbagai domain kognitif, termasuk perhatian, memori kerja, memori verbal, fungsi eksekutif, dan kecepatan pemrosesan (Puspitasari, 2021).

Defisit perhatian dianggap sebagai defisit kognitif primer pada skizofrenia, Gangguan memori kerja, terutama memori verbal, juga sangat umum terjadi (Shiddiqah, 2018). Individu dengan skizofrenia sering mengalami kesulitan dalam fungsi eksekutif, yang mencakup kemampuan untuk merencanakan, mengatur, dan melaksanakan tugas, serta memecahkan masalah. Puspitosari *et al.*, (2021) menyatakan gangguan kecepatan pemrosesan informasi, yang mempengaruhi seberapa cepat seseorang dapat memahami dan merespons informasi, juga sering ditemukan. Tingginya prevalensi gangguan kognitif di berbagai domain menyoroti perlunya penilaian kognitif yang komprehensif dan intervensi yang ditargetkan untuk meningkatkan hasil fungsional pada individu dengan skizofrenia.

4. Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia telah mengalami evolusi signifikan dalam pedoman diagnostik global, mencerminkan pemahaman yang semakin mendalam tentang heterogenitas gangguan ini. Terdapat delapan jenis skizofrenia menurut *Mental Health UK* (2022), yaitu :

- a. Paranoid: Paling umum, ditandai oleh dominasi halusinasi dan delusi, sementara ucapan dan emosi relatif normal.
- b. Hebephrenik (Tidak Teratur): Muncul pada usia muda (15-25 tahun), ditandai oleh pikiran dan perilaku kacau serta emosi yang datar (Sutejo, 2017).
- c. Katatonik: Paling jarang, ditandai oleh gangguan gerak yang ekstrem (dari diam mematung hingga sangat aktif) dan sering meniru ucapan atau gerakan orang lain.
- d. Tak Terdiferensiasi: Gejala campuran dari beberapa tipe (paranoid, hebephrenik, atau katatonik) tanpa ada yang dominan.
- e. Residual: Setelah mengalami psikosis, yang tersisa hanya gejala-gejala negatif (misalnya, kurang konsentrasi, gerakan lambat, kebersihan buruk).
- f. Sederhana: Jarang didiagnosis; didominasi oleh gejala negatif yang memburuk sejak awal, dengan sedikit atau tanpa gejala positif.
- g. Senestopatik: Ditandai oleh keluhan adanya sensasi tubuh yang aneh dan tidak biasa.
- h. Tidak Spesifik: Memenuhi kriteria umum skizofrenia tetapi tidak cocok dengan kategori lainnya.

5. Tahapan Skizofrenia

Terjadinya skizofrenia ada 3 tahap (Eske, 2022), yaitu :

- a. Prodromal

Prodromal merupakan tahap pertama skizofrenia, terjadi sebelum gejala psikotik yang nyata muncul. Selama tahap ini, seseorang mengalami perubahan perilaku dan kognitif yang pada waktunya

dapat berkembang menjadi psikosis. Tahap prodromal awal tidak selalu melibatkan gejala perilaku atau kognitif yang jelas.

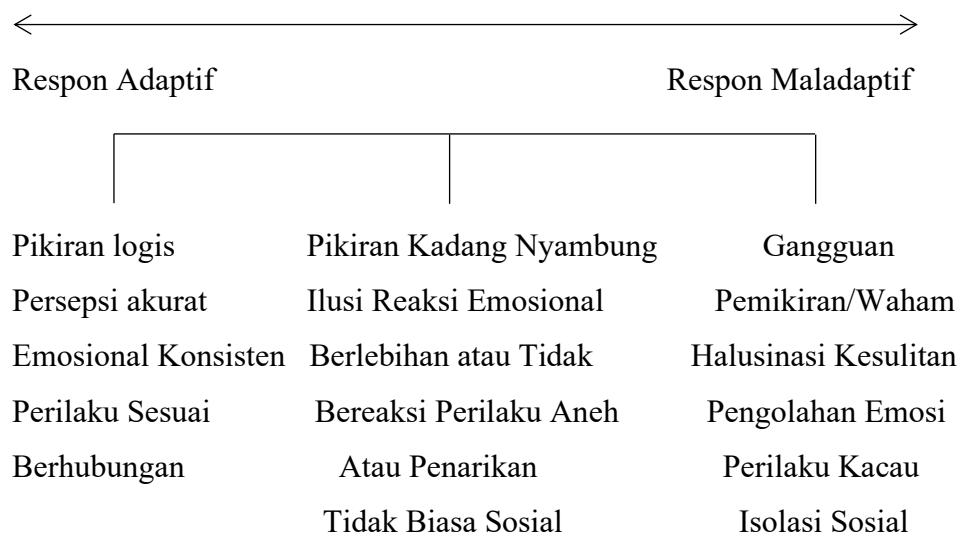
b. Aktif

Pada tahap ini, orang dengan skizofrenia menunjukkan gejala khas psikosis, termasuk halusinasi, delusi, dan paranoid.

c. Residual

Residual merupakan tahap terakhir, ini terjadi ketika seseorang mengalami gejala skizofrenia aktif yang lebih sedikit dan tidak terlalu parah.

6. Rentang Respon Skizofrenia



Gambar 2.1 Rentang respon adaptif, maladaptif

Sumber : (Victoryna *et al.*, 2020)

7. Penatalaksanaan Skizofrenia

Saat ini, tatalaksana skizofrenia yaitu penanganan terapi farmakologi, terapi psikososial, terapi modalitas serta rehabilitasi sehingga dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas penyakit, meningkatkan kondisi pasien dan meningkatkan kualitas hidup (Keepers *et al.*, 2020).

a. Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola fikir yang terjadi pada Skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu antipsikotik konvensional, newer atypical antipsycotics, dan Clozaril (Clozapine) (Irwan, 2022).

b. Terapi Psikososial

Psikoterapi dilakukan agar pasien menguasai cara berperilaku dan mengganti perilaku yang lebih berguna melalui pemahaman yang selama ini tidak baik dan cenderung merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Yusuf *et al.*, 2016). Terapi ini juga dapat dibagi menjadi terapi perilaku, terapi berorientasi keluarga, terapi kelompok dan terapi individu (Irwan, 2022).

c. Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah berbagai pengobatan elektif yang dapat diberikan kepada pasien skizofrenia (Yusuf *et al.*, 2015). Jenis terapi modalitas ini adalah sebagai pengobatan non-farmakologis yang diberikan, bertujuan untuk memperbaiki dan menjaga disposisi pasien skizofrenia sehingga mereka dapat bertahan dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya.

d. Perawatan di Rumah Sakit (*hospitalization*)

Indikasi utama perawatan rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar. Rehabilitasi dan penyesuaian yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus direncanakan.

B. Gangguan Memori

Pada bagian ini akan membahas konsep teoritis mengenai gangguan memori.

1. Definisi

Gangguan memori merupakan ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku (PPNI, 2017). Gangguan memori merupakan kerusakan atau gangguan pada suatu tempat dalam diri setiap manusia yang digunakan untuk menyimpan di masa kini rekaman peristiwa-peristiwa di masa lampau baik yang dialami secara langsung maupun yang secara tidak langsung memiliki hubungan dengan identitas diri setiap manusia (Lestari & Parihala, 2020).

2. Manifestasi Klinis

Faktor penyebab pada masalah keperawatan gangguan memori adalah (PPNI, 2017):

- a. Ketidakadekuatan stimulasi intelektual
- b. Gangguan sirkulasi ke otak
- c. Gangguan volume cairan dan/atau elektrolit
- d. Proses penuaan
- e. Hipoksia
- f. Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- g. Efek agen farmakologis
- h. Penyalahgunaan zat
- i. Faktor psikologis (mis. kecemasan, depresi, stres berlebihan, berduka, gangguan tidur)
- j. Distraksi lingkungan

3. Proses Terjadi Masalah

Analisis proses terjadinya masalah keperawatan jiwa secara komprehensif membedakan dua komponen utama: faktor predisposisi yang merupakan akar kerentanan pasien, dan faktor presipitasi yang menjadi stresor pencetus munculnya gangguan.

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Neurobiologis

Kerentanan utama terhadap gangguan memori pada skizofrenia bersumber dari abnormalitas pada struktur dan fungsi otak. Penelitian neuroimaging secara konsisten menunjukkan adanya perubahan signifikan pada area otak yang krusial untuk fungsi memori. Secara spesifik, terjadi reduksi volume atau penurunan aktivitas pada hipokampus, yang berperan sebagai pusat konsolidasi memori jangka panjang, dan pada korteks prefrontal dorsolateral, yang bertanggung jawab atas fungsi eksekutif seperti memori kerja (*working memory*) (Tsuang, 2018). Selain perubahan struktural, disfungsi pada level neurokimia juga menjadi landasan utama. Gangguan memori pada skizofrenia sangat erat kaitannya dengan hipofungsi reseptor N-metil-D-aspartat (NMDA) pada sistem glutamat dan disregulasi pada jalur dopaminergik mesokortikal (McCutcheon *et al.*, 2020). Ketidakseimbangan neurotransmitter ini mengganggu proses *long-term potentiation* (LTP), yakni mekanisme seluler yang mendasari pembelajaran dan pembentukan memori baru.

2) Faktor Genetik

Kerentanan terhadap gangguan memori secara signifikan dipengaruhi oleh faktor poligenik. Adanya kombinasi berbagai varian gen yang meregulasi fungsi sinaps dan plastisitas saraf akan meningkatkan risiko defisit kognitif pada individu, terutama yang memiliki riwayat keluarga dengan skizofrenia (Farrell *et al.*, 2019).

3) Faktor Neurodevelopmental (Gangguan Perkembangan Saraf)

Faktor ini merujuk pada gangguan selama periode perkembangan saraf pranatal dan perinatal, seperti infeksi maternal atau komplikasi obstetrik. Berbagai gangguan awal ini dapat menyebabkan abnormalitas pada koneksi otak yang bersifat laten dan baru bermanifestasi sebagai defisit memori pada masa dewasa (Tsuang, 2018).

b. Faktor Presipitasi

1) Stres Psikososial

Stresor psikososial, seperti konflik interpersonal, tekanan di lingkungan kerja atau akademik, serta peristiwa kehidupan yang signifikan (*life events*), merupakan pemicu utama eksaserbasi gejala skizofrenia. Paparan stres yang tinggi mengaktifkan aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA) secara berlebihan, yang menyebabkan peningkatan pelepasan hormon kortisol. Pada individu yang rentan, kadar kortisol yang tinggi secara kronis dapat bersifat neurotoxisik, terutama pada sel-sel hipokampus, sehingga secara langsung memperburuk fungsi memori dan kemampuan kognitif lainnya (Rodrigues *et al.*, 2023).

2) Penyalahgunaan Zat

Penggunaan zat psikoaktif, terutama ganja (*kanabis*) dan stimulan, merupakan faktor presipitasi yang sangat kuat (Schoeler *et al.*, 2021). Zat-zat ini memiliki efek neurotoxisik langsung, seperti yang ditunjukkan pada pengguna stimulan (Chen *et al.*, 2021), dan dapat mengganggu keseimbangan sistem neurotransmitter glutamat dan GABA yang sudah rapuh pada otak individu dengan predisposisi skizofrenia (Colizzi *et al.*, 2020).

3) Ketidakpatuhan Terapi Farmakologis

Ketidakpatuhan terhadap terapi antipsikotik merupakan prediktor kuat terjadinya relaps (kekambuhan). Kondisi ini

menyebabkan kembalinya gejala psikotik secara intens, yang kemudian menghabiskan sumber daya kognitif dan secara langsung memperburuk fungsi memori pasien (Velligan *et al.*, 2017).

4) Gangguan Pola Tidur

Gangguan tidur yang prevalen pada pasien skizofrenia, seperti insomnia dan fragmentasi tidur, secara langsung menghambat proses krusial konsolidasi memori. Akibatnya, kemampuan otak untuk menyimpan informasi baru ke dalam memori jangka panjang menjadi terganggu secara signifikan (Lunsford-Avery *et al.*, 2022).

4. Tingkatan Gangguan Memori

Untuk memahami tingkat keparahan defisit yang dialami pasien, gangguan fungsi memori secara klinis dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa tingkatan, mulai dari ringan, sedang, hingga berat, berdasarkan dampaknya terhadap kemampuan fungsional sehari-hari (Groth-Marnat & Wright, 2016).

a. Gangguan Memori Ringan

Gangguan memori ringan ditandai oleh defisit memori episodik dan penurunan fungsi eksekutif yang mengganggu aktivitas instrumental kompleks (IADL), meskipun kemandirian dalam perawatan diri dasar (ADL) umumnya masih terjaga (Johnson *et al.*, 2022). Secara klinis, kondisi ini dapat bermanifestasi sebagai repetisi verbal dan memicu respons psikososial seperti frustrasi atau penarikan diri dari lingkungan sosial (Stuart, 2021).

b. Gangguan Memori Sedang

Gangguan memori sedang ditandai oleh defisit memori personal yang parah dan disorientasi berat. Secara spesifik, defisit ini dapat termanifestasi dalam ketidakmampuan untuk mengenali anggota keluarga inti, seperti anak kandung atau pasangan, yang

menunjukkan kerusakan signifikan pada memori otobiografis (Halter, 2022). Lebih lanjut, disorientasi spasial sering kali memicu gejala perilaku seperti mondar-mandir (*wandering*) dengan tujuan yang keliru, misalnya desakan untuk "pulang" meskipun individu tersebut sudah berada di rumahnya sendiri (Tampi *et al.*, 2020).

c. Gangguan Memori Berat

Gangguan memori berat ditandai oleh kerusakan kognitif global yang menyebabkan hilangnya kemampuan mengenali diri maupun keluarga (agnosia) serta kemampuan berbahasa (afasia), sehingga mengakibatkan ketergantungan total dalam semua aktivitas perawatan diri dasar (ADL) (Halter, 2022; Stuart, 2021). Secara simultan, kemunduran neuromotorik yang progresif menyebabkan imobilitas dan meningkatkan risiko komplikasi fisik yang tinggi seperti kesulitan menelan (disfagia) dan luka tekan (Nugroho, 2023). Akibatnya, fokus asuhan keperawatan bergeser sepenuhnya ke pendekatan paliatif yang bertujuan untuk memaksimalkan kenyamanan dan menjaga martabat pasien di akhir kehidupannya (Gessert *et al.*, 2020; Kemenkes RI, 2022).

5. Instrumen Pengkajian Gangguan Memori

Untuk mengukur defisit memori secara objektif dan memvalidasi temuan klinis, diperlukan penggunaan instrumen pengkajian yang terstandar.

a. *Cognition Self-Assessment Rating Scale* (C-SARS)

Cognition Self-Assessment Rating Scale (C-SARS) menurut Nasrallah & Tandon (2021) adalah kuesioner penilaian mandiri untuk pasien atau keluarga yang mengukur persepsi subjektif terhadap kesulitan kognitif, yang penting untuk membangun tilikan (*insight*) pasien. Melalui 11 butir pernyataan yang menilai domain atensi, memori, fungsi eksekutif, hingga kognisi sosial, skor total

instrumen ini dapat mengindikasikan tingkat keparahan gangguan dari ringan hingga berat.

- b. Skala Penilaian Kognitif Skizofrenia (SCoRS versi Indonesia)
SCoRS adalah instrumen wawancara semi-terstruktur yang digunakan untuk menilai tingkat keparahan kesulitan kognitif pada pasien skizofrenia dalam konteks kehidupan nyata (Ventura *et al.*, 2022). Penilaian akhir ditentukan oleh pewawancara setelah melakukan wawancara terpisah kepada pasien dan seorang informan. Domain yang dikaji mencakup daya ingat, atensi, keterampilan motorik, keterampilan wicara, pemecahan masalah, fungsi eksekutif, dan kognisi sosial. Setiap dari 20 butir pertanyaan dinilai dalam skala keparahan dari 1 (Nihil) hingga 4 (Parah).
- c. *Mini-Mental State Examination* (MMSE)
Mini-Mental State Examination (MMSE) adalah instrumen skrining kuantitatif yang umum digunakan untuk menilai fungsi kognitif secara umum (Costa *et al.*, 2021). Terdiri dari serangkaian tugas dengan skor total 30, instrumen ini menguji domain kognitif seperti orientasi, registrasi memori, *attenzi* dan kalkulasi, *recall* (mengingat kembali), dan bahasa (Halter, 2022).
- d. *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) adalah kuesioner singkat berisi 10 pertanyaan yang dirancang untuk skrining cepat tingkat kerusakan intelektual, terutama pada populasi lansia (O'Sullivan & Timmons, 2021). Instrumen ini menilai domain kognitif seperti orientasi, informasi personal, memori jangka panjang, dan kemampuan kalkulasi sederhana. Penilaiannya didasarkan pada jumlah kesalahan untuk mengkategorikan fungsi intelektual dari utuh hingga kerusakan berat (Nugroho, 2023).
- e. *Backward Digit Span Test*
Backward Digit Span Test adalah sebuah tes neuropsikologis spesifik yang secara valid mengukur komponen inti dari memori

kerja (*working memory*) dan perhatian (*atensi*) (Salthouse, 2021). Dalam tes ini, pemeriksa membacakan serangkaian angka, dan pasien diminta untuk mengulanginya dalam urutan terbalik. Panjang rangkaian angka akan terus meningkat untuk menentukan kapasitas maksimal memori kerja pasien. Karena fokusnya yang spesifik, tes ini sering menjadi bagian dari asesmen kognitif yang lebih besar untuk menilai fungsi eksekutif secara terfokus (Halter, 2022).

6. Penilaian Terhadap Stressor

Bagian ini bertujuan untuk mengkaji bagaimana pasien secara subjektif memaknai dan merespons kesulitan daya ingat yang dialaminya. Respons ini dapat diidentifikasi melalui lima domain: Kognitif : data yang mungkin ditemukan: pasien mungkin menunjukkan kurangnya tilikan diri (*insight*), secara kognitif pasien juga dapat tampak bingung atau mengalami *blocking* (pembicaraan terhenti tiba-tiba) karena lupa akan alur kalimatnya (Stuart, 2016). Afektif : data yang mungkin ditemukan pasien dapat menunjukkan afek datar atau tumpul sebagai respons terhadap rasa frustrasi akibat ketidakmampuannya mengingat. Selain itu, dapat muncul perasaan malu, cemas, atau marah akibat kegagalan memori yang berulang (Halter, 2018). Fisiologis : ditemukan adanya perubahan fisiologis seperti perlambatan psikomotor, di mana pasien tampak lesu dan bingung. Selain itu, stres akibat kondisi ini dapat bermanifestasi sebagai gangguan pola tidur, seperti insomnia atau tidur yang tidak nyenyak (Lunsford-Avery *et al.*, 2022). Perilaku : yang dapat diobservasi meliputi penampilan yang tidak rapi karena lupa melakukan perawatan diri rutin. Pasien juga mungkin tampak tidak kooperatif selama wawancara karena tidak mampu mengingat pertanyaan yang diajukan sebelumnya. Sosial : pasien menunjukkan penarikan diri dari lingkungan sosial karena kesulitan mengingat nama atau mengikuti alur percakapan. Selama berinteraksi, pasien juga bisa menjadi defensif atau

mudah tersinggung sebagai cara untuk menutupi rasa malu atau kebingungannya akibat tidak mampu mengingat (Stuart, 2016).

7. Sumber Koping

Sumber koping bertujuan untuk mengidentifikasi aset dan kekuatan pasien yang dapat dimobilisasi untuk intervensi yang berpusat pada individu (Kolanowski *et al.*, 2020). Data yang mungkin ditemukan meliputi kemampuan personal, seperti motivasi internal untuk membaik dan kapasitas kognitif yang memadai untuk berpartisipasi dalam terapi, yang merupakan prediktor penting keberhasilan intervensi non-farmakologis (d'Orsi *et al.*, 2023). Selain itu, dukungan sosial yang aktif dari keluarga atau pendamping merupakan sumber koping eksternal yang paling krusial, karena terbukti secara signifikan berhubungan dengan peningkatan kualitas hidup pasien (Hajek *et al.*, 2021). Ketersediaan lingkungan fisik yang aman dan kondusif juga menjadi aset penting yang dapat dioptimalkan untuk mendukung keberhasilan terapi dan menjaga keamanan pasien (Gitlin & Piersol, 2020).

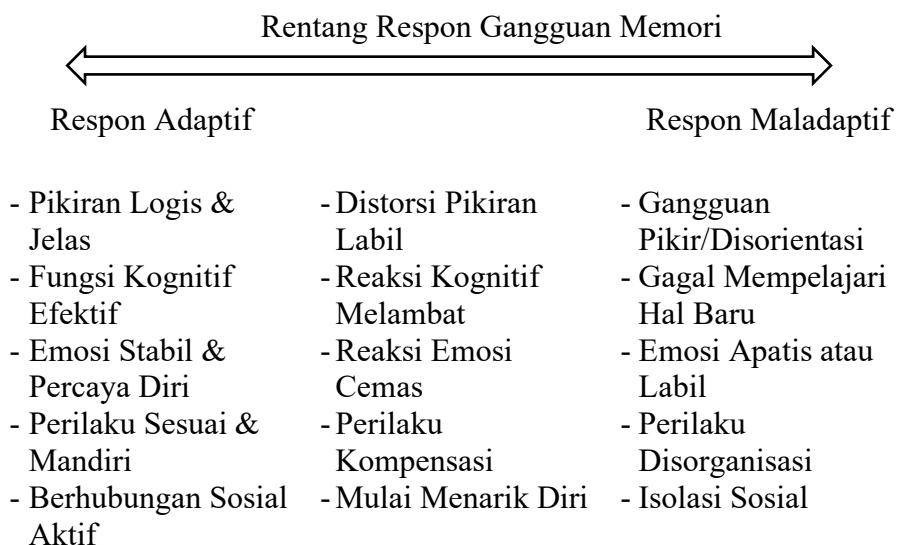
8. Mekanisme Koping

Mekanisme koping bertujuan untuk mengidentifikasi strategi kognitif dan perilaku yang digunakan pasien untuk menghadapi stresor akibat gangguan memori. Gangguan memori secara langsung memengaruhi kemampuan pasien untuk menggunakan mekanisme koping yang efektif. Strategi ini dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu adaptif (konstruktif) merupakan strategi positif yang berorientasi pada pemecahan masalah dan penyesuaian diri terhadap keterbatasan akibat gangguan memori. Secara klinis, hal ini dapat diobservasi dari upaya pasien menggunakan strategi kompensasi, seperti memanfaatkan alat bantu eksternal berupa buku catatan atau alarm untuk mengurangi beban memorinya (Chan *et al.*, 2022) dan maladaptif (destruktif) adalah strategi yang mungkin dapat mengurangi kecemasan sesaat, namun dalam jangka

panjang tidak efektif dan justru dapat menimbulkan masalah baru, data yang mungkin ditemukan pada pasien dengan gangguan memori pasien menarik diri dari lingkungan sosial, pasien mengingkari adanya masalah memori atau secara tidak sadar "mengisi" celah ingatan dengan cerita yang tidak benar (konfabulasi) (Cipriani *et al.*, 2020), Agresi dan iritabilitas serta menyalahkan orang lain.

9. Rentang Respon Gangguan Memori

Rentang respons pada gangguan memori menggambarkan spektrum perilaku dan emosi yang ditunjukkan oleh individu yang mengalami penurunan memori, serta respons dari lingkungan mereka. Rentang ini bergerak dari respons yang paling adaptif hingga yang paling maladaptif (Stuart, 2021).



Gambar 2.2 Rentang Respon Gangguan Memori

a. Respon Adaptif

Pada kondisi adaptif, seseorang menunjukkan fungsi kognitif yang optimal, yang berlandaskan pada pikiran yang koheren dan logis. Kemampuan berpikir yang jernih ini mendukung fungsi kognitif yang efektif, seperti mampu memusatkan perhatian, memproses

informasi secara akurat, dan mempertahankan memori yang utuh. Keberhasilan ini kemudian menumbuhkan emosi yang stabil dan rasa percaya diri terhadap kemampuan mentalnya. Dari fondasi internal yang kuat inilah, lahir perilaku yang mandiri, tegas, dan sesuai dengan situasi, yang pada akhirnya memungkinkan individu untuk menjalin hubungan sosial secara aktif dan bermakna dengan orang lain (Stuart, 2021).

b. Respon Transisional

Pada tahap ini, seseorang mulai menunjukkan tanda-tanda awal gangguan memori. Kondisi ini ditandai oleh distorsi pikiran yang labil, seperti kadang-kadang lupa nama atau janji, yang menimbulkan reaksi emosi cemas atau frustrasi pada individu tersebut. Secara kognitif, terjadi reaksi yang melambat, di mana seseorang membutuhkan lebih banyak waktu atau pengulangan untuk mempelajari hal baru. Hal ini dapat memicu munculnya perilaku kompensasi, seperti menjadi sangat bergantung pada catatan atau bertanya berulang kali, dan secara sosial, individu tersebut mungkin mulai menarik diri karena merasa canggung saat kehilangan alur pembicaraan (Petersen, 2023).

c. Respon Maladaptif

Pada tingkat respons maladaptif, gangguan memori menjadi sangat berat dan memenuhi kriteria diagnostik keperawatan. Kondisi ini ditandai oleh gangguan pikir atau disorientasi yang jelas, di mana individu tidak mampu mengingat peristiwa yang baru saja terjadi dan bingung terhadap waktu, tempat, atau orang. Secara fungsional, mereka gagal mempelajari hal baru, baik informasi maupun keterampilan, yang memicu emosi apatis atau labil sebagai reaksi frustrasi atau kebingungan. Kegagalan kognitif ini termanifestasi dalam perilaku yang terdisorganisasi, seperti mengulang pertanyaan yang sama atau tidak mampu melakukan tugas yang sebelumnya sudah dikuasai, yang pada akhirnya berujung pada isolasi sosial

karena ketidakmampuan untuk berinteraksi secara bermakna dengan lingkungan sekitar (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

10. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien dengan gangguan memori bukan hanya meliputi pemberian farmakoterapi untuk memperlambat progresi gejala, tetapi juga intervensi non-farmakologis. Pendekatan komprehensif ini, yang sangat memerlukan dukungan keluarga dan sosial, bertujuan untuk memaksimalkan sisa kemampuan fungsional dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Kemenkes RI, 2022; Livingston *et al.*, 2020).

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis tidak bertujuan untuk menyembuhkan, melainkan berfokus pada upaya memperlambat penurunan gangguan memori dan mengelola gejala perilaku dan psikologis pada gangguan memori (Kemenkes RI, 2022). Terapi farmakologi yang diberikan seperti Donezepil, Rivastigmine untuk penghambat kolinesterase yang bekerja dengan meningkatkan kadar asetilkolin di otak (Tricco *et al.*, 2021). Memantine digunakan sebagai terapi kombinasi untuk melindungi sel otak (Halter, 2022). Lecanemab yang bertujuan memodifikasi perjalanan penyakit dengan membersihkan plak amiloid, namun penggunaannya sangat terbatas untuk tahap awal dengan risiko efek samping yang signifikan (Cummings *et al.*, 2023).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada diagnosis gangguan memori terdapat intervensi utama yaitu orientasi realita (PPNI, 2017). Terapi modalitas yang dilakukan yaitu terapi *Brain Gym* (Putri & Hartini, 2020). Pemberian asuhan keperawatan secara holistik pada pasien gangguan memori meliputi tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1) Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis pengumpulan dan analisis data mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan, yang merupakan langkah krusial untuk menentukan diagnosis keperawatan yang akurat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut Potter *et al.*, (2017), data komprehensif ini diperoleh melalui wawancara untuk mendapatkan data subjektif serta melalui observasi dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif. Bowie & Harvey (2016) menghubungkan secara langsung antara defisit neurokognitif pada skizofrenia dengan munculnya berbagai hambatan fungsional seperti gangguan memori, defisit pengetahuan, coping individu tidak efektif, harga diri rendah kronis dan isolasi sosial.

a) Identitas

Identitas pasien merupakan data demografi dasar yang dikaji untuk mengenal pasien secara umum. Data yang dikaji meliputi nama lengkap, usia, jenis kelamin, alamat, status perkawinan, agama, pendidikan terakhir, dan pekerjaan.

b) Alasan Masuk

Biasanya pasien dibawa oleh keluarga karena mulai menunjukkan perilaku seperti menarik diri, berbicara sendiri, dan sering melamun. Kondisi tersebut diperparah dengan keluhan utama terkait penurunan daya ingat yang signifikan, di mana pasien sering lupa apakah sudah makan atau belum, berulang kali menanyakan hal yang sama, dan tidak mampu mengikuti instruksi sederhana (Stuart, 2016).

c) Faktor Predisposisi

Pengkajian faktor predisposisi secara komprehensif bertujuan untuk mengidentifikasi riwayat dan kerentanan

pasien yang berkontribusi terhadap kondisi saat ini. Hal ini mencakup penelusuran riwayat gangguan jiwa di masa lalu, termasuk frekuensi perawatan serta efektivitas pengobatan sebelumnya. Pada pasien dengan gangguan memori, sering ditemukan data riwayat perawatan yang berulang (*revolving door*) yang disebabkan oleh ketidakpatuhan pengobatan akibat lupa. Selain itu, dikaji pula adanya paparan terhadap pengalaman traumatis seperti kekerasan atau penolakan, riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, serta pengalaman hidup merugikan lainnya.

d) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab organik dari gangguan memori, seperti cedera kepala atau kondisi neurologis lainnya (Halter, 2018). Komponen ini mencakup pengukuran tanda-tanda vital (TTV) secara akurat, yang meliputi tekanan darah (TD), frekuensi nadi (N), suhu (S), frekuensi pernapasan (P), pengukuran berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) pasien.

e) Psikososial

Pengkajian psikososial terbagi menjadi: Genogram : buat silsilah keluarga pasien minimal tiga generasi, tujuannya untuk mengungkap adanya riwayat gangguan jiwa herediter yang mungkin menjadi dasar biologis dari munculnya skizofrenia dan gejala gangguan memori yang menyertainya. Konsep Diri : pengkajian konsep diri bertujuan untuk memahami pandangan pasien terhadap dirinya sendiri, yang diuraikan ke dalam lima komponen: citra tubuh, identitas diri, peran, ideal diri, dan harga diri. Gangguan pada salah satu komponen ini dapat memengaruhi kesehatan jiwa secara keseluruhan, dan pada pasien dengan gangguan memori, komponen-komponen ini

sangat rentan terganggu akibat kegagalan mengingat pengalaman yang membentuk diri mereka (Stuart, 2016).

Hubungan Sosial : pengkajian hubungan sosial bertujuan untuk mengidentifikasi sistem pendukung pasien (orang yang berarti, partisipasi kelompok) dan hambatan dalam berinteraksi. Gangguan memori secara signifikan menjadi hambatan utama dalam hubungan sosial, karena kesulitan mengingat nama dan mengikuti alur diskusi dapat menyebabkan pasien menarik diri dari lingkungan, yang pada akhirnya memperburuk masalah keperawatan seperti isolasi sosial. Spiritual : domain spiritual mengkaji tentang nilai, keyakinan, dan kegiatan ibadah yang menjadi sumber kekuatan dan makna bagi pasien. Perawat mengkaji pandangan pasien terhadap kondisinya sesuai norma agama dan budaya yang dianut. Pasien dengan gangguan memori mungkin lupa untuk menjalankan kegiatan ibadah rutin yang sebelumnya menjadi sumber ketenangan baginya.

f) Status Mental

Pengkajian status mental meliputi : Penampilan : Mengobservasi penampilan pasien secara keseluruhan, meliputi kebersihan diri, kerapian, serta kesesuaian cara berpakaian. Pasien dengan gangguan memori mungkin lupa untuk melakukan aktivitas perawatan diri rutin seperti mandi atau mengganti pakaian, sehingga penampilannya tampak tidak rapi. Mereka juga bisa lupa cara berpakaian yang benar, yang mengarah pada penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Pembicaraan : Menilai aspek mekanis dari cara pasien berbicara, seperti kecepatan, volume, kelancaran (misalnya gagap), dan adanya inkohärensi (kalimat tidak terhubung secara logis). Gangguan pada memori kerja (*working memory*) dapat menyebabkan pasien mengalami

thought blocking (pembicaraan berhenti tiba-tiba) karena lupa akan alur kalimat yang sedang diucapkannya. Aktifitas Motorik : Mengobservasi perilaku motorik pasien untuk mengidentifikasi adanya perlambatan (lesu), ketegangan, kegelisahan, atau gerakan-gerakan repetitif yang tidak bertujuan (kompulsif). Meskipun tidak secara langsung, gangguan kognitif yang parah termasuk masalah memori dapat bermanifestasi sebagai perlambatan psikomotor atau pasien tampak lesu dan bingung harus melakukan apa. Afek dan Emosi : Menilai kesesuaian antara ekspresi emosi yang dapat diobservasi (afek) dengan suasana perasaan yang dilaporkan pasien (emosi/mood). Jenis afek yang dikaji meliputi datar, tumpul, labil, atau tidak sesuai. Pasien mungkin menunjukkan afek datar atau tumpul sebagai respons terhadap frustrasi karena ketidakmampuannya untuk mengingat. Rasa malu atau marah karena terus-menerus lupa juga dapat memengaruhi dan menyebabkan perubahan pada alam perasaan. Interaksi Selama Wawancara : Mengobservasi sikap pasien terhadap perawat selama proses wawancara, seperti apakah pasien bersikap kooperatif, curiga, defensif, atau mudah tersinggung. Pasien dengan gangguan memori mungkin tampak tidak kooperatif karena ia tidak dapat mengingat pertanyaan yang diajukan. Ia juga bisa menjadi defensif atau mudah tersinggung sebagai cara untuk menutupi rasa malu atau kebingungannya akibat tidak mampu mengingat. Persepsi dan Sensori : Mengkaji adanya gangguan persepsi seperti halusinasi (persepsi tanpa stimulus nyata) atau ilusi (kesalahan interpretasi terhadap stimulus nyata). Dalam kasus yang berat, disorganisasi kognitif yang berakar dari kegagalan memori dapat berkontribusi pada kesalahan

interpretasi lingkungan, meskipun hubungan langsungnya tidak sekuat pada diagnosis lain. Proses Pikir : Pengkajian proses pikir bertujuan untuk menilai alur atau cara pasien menghubungkan gagasan-gagasan saat berbicara. Gangguan pada area ini dapat mengindikasikan disorganisasi kognitif. Hal yang dikaji meliputi adanya *blocking* (pembicaraan terhenti tiba-tiba), kehilangan asosiasi (tidak ada hubungan logis antar kalimat), tangensial, atau sirkumstansial. Tingkat Kesadaran : Menilai tingkat kesadaran pasien (misalnya bingung, sedasi, stupor) dan orientasinya terhadap waktu, tempat, dan orang. Gangguan memori, khususnya pada daya ingat jangka pendek dan saat ini, secara langsung menyebabkan disorientasi terhadap waktu ("hari apa ini?") dan terkadang tempat ("saya sedang di mana?"). Memori : Pengkajian memori merupakan inti untuk menegakkan diagnosis, meliputi evaluasi daya ingat jangka panjang, jangka pendek, dan saat ini. Poin ini adalah fokus utama. Data yang ditemukan di sini (misalnya, pasien tidak mampu mengingat nama perawat setelah 5 menit diperkenalkan) akan menjadi data mayor yang paling kuat untuk diagnosis gangguan memori. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung : Menilai kemampuan pasien untuk memusatkan perhatian dan melakukan kalkulasi sederhana. Kemampuan Penilaian: Biasanya pasien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan. Daya Tilik Diri (*Insight*) : Mengkaji sejauh mana pasien menyadari dan memahami bahwa dirinya memiliki masalah atau penyakit. Pasien dengan gangguan memori mungkin secara tulus mengingkari penyakit yang diderita karena ia benar-benar tidak dapat mengingat episode-episode perilaku

anehnya atau peristiwa yang menyebabkannya dirawat di rumah sakit.

g) Kebutuhan Perencanaan Pulang

Pengkajian kebutuhan perencanaan pulang secara komprehensif mengevaluasi kesiapan fungsional pasien, yang mencakup kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri dasar (ADL), mengelola kebutuhan yang lebih kompleks seperti manajemen pengobatan dan pengambilan keputusan, serta mengidentifikasi ketersediaan sistem pendukung sosial. Pada pasien dengan gangguan memori, kemampuan untuk melakukan semua aspek tersebut secara signifikan terhambat. Defisit daya ingat dapat merusak kemandirian pasien dalam perawatan diri, menghalangi keterlibatannya dalam aktivitas produktif atau hobi, dan yang terpenting, menimbulkan risiko ketidakpatuhan terhadap terapi, sehingga peran sistem pendukung keluarga menjadi sangat krusial.

h) Mekanisme Koping

Pengkajian mekanisme koping bertujuan untuk mengidentifikasi strategi kognitif dan perilaku yang digunakan pasien dalam menghadapi masalah atau stresor. Koping Adaptif : Merupakan strategi yang bersifat konstruktif dan positif dalam menyelesaikan masalah. Koping Maladaptif : Merupakan strategi yang bersifat destruktif atau tidak efektif, yang sering kali justru menimbulkan masalah baru. Gangguan memori secara langsung memengaruhi kemampuan pasien untuk menggunakan mekanisme koping yang efektif.

i) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Bagian ini bertujuan untuk mengidentifikasi stresor eksternal atau masalah yang berasal dari lingkungan sosial

pasien yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan jiwanya. Gangguan memori sering kali menjadi akar penyebab yang menciptakan atau memperburuk masalah psikososial dan lingkungan. Identifikasi masalah pada area ini sangat penting, karena stresor lingkungan yang tidak teratasi dapat memperberat beban kognitif pasien dan menghambat efektivitas intervensi yang diberikan.

j) Pengetahuan

Bagian ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya kesenjangan pemahaman pasien mengenai kondisi kesehatannya, khususnya terkait penyakit atau gangguan jiwa yang dialaminya. Gangguan memori sering kali menjadi penyebab atau etiologi langsung dari masalah keperawatan defisit pengetahuan. Pasien tidak memiliki pengetahuan bukan karena tidak pernah diajarkan, melainkan karena ia secara fisiologis tidak mampu mengingat apa yang telah diajarkan.

k) Aspek Medis

Pengkajian aspek medis bertujuan untuk mendokumentasikan diagnosis medis formal dan tatalaksana farmakologis yang sedang diterima oleh pasien, sebagaimana yang ditetapkan oleh dokter.

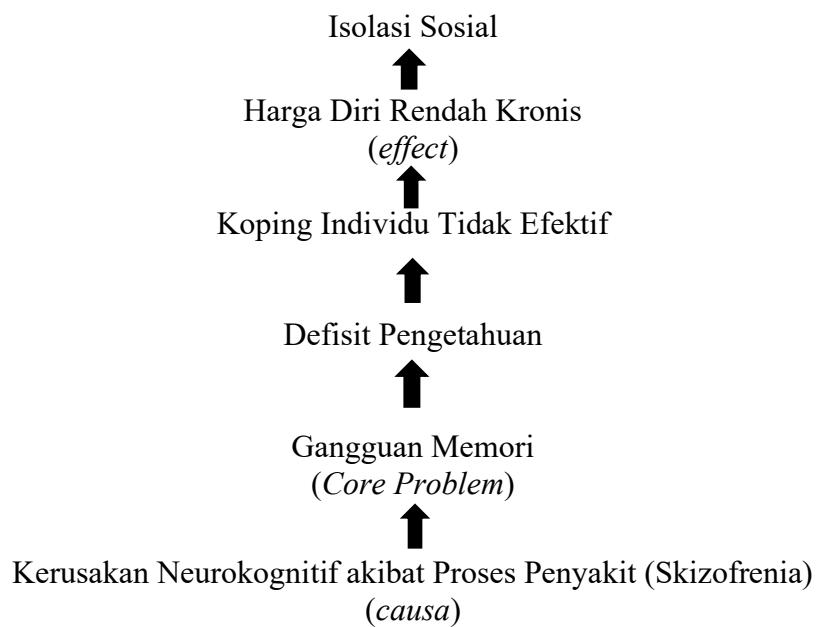
l) Daftar Masalah Keperawatan

Daftar ini merupakan rangkuman dari semua masalah keperawatan yang berhasil diidentifikasi dari data subjektif dan objektif. Daftar masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan memori yaitu:

- 1) Defisit Pengetahuan
- 2) Harga Diri Rendah Kronis
- 3) Koping Individu Tidak Efektif
- 4) Isolasi Sosial

m) Pohon Masalah

Pohon masalah adalah hasil dari analisis dan penalaran klinis yang telah dilakukan perawat (Keliat & Akemat, 2019). Bowie & Harvey (2016) didalam bukunya *Neuropsychiatric Disease and Treatment* menyebutkan defisit neurokognitif pada skizofrenia, khususnya pada domain memori dan fungsi eksekutif, merupakan prediktor utama yang menyebabkan berbagai hambatan fungsional. Kesulitan dalam memproses informasi sosial dapat memicu penarikan diri (isolasi sosial). Kegagalan berulang dalam aktivitas sehari-hari dan pekerjaan berkontribusi pada pandangan diri yang negatif (harga diri rendah kronis). Selain itu, ketidakmampuan untuk mengelola stresor secara efektif (koping individu tidak efektif) dan kesulitan dalam mempelajari informasi baru mengenai penyakitnya (defisit pengetahuan) juga merupakan dampak langsung dari gangguan kognitif tersebut. Berdasarkan teori diatas maka pohon masalah pada gangguan memori sebagai berikut:



Gambar 2.3 Pohon Masalah Gangguan Memori

**Pengkajian *Backward Digit Span Test*
(mengukur *working memory verbal*)**

Level	Angka	Trial 1	Trial 2	Skor
1	825			
2	7392			
3	46108			
4	275349			
5	5836201			
6	39478562			
7	842930175			

Tabel 2.1 Pengkajian *Backward Digit Span Test*

Sumber : Pearson, 2024

Keterangan :

Isi 1 jika pasien dapat mengulangi angka yang disebutkan dan isi 0 jika pasien tidak dapat mengulangi.

Kategori skor

- ≤ 4 = Sangat rendah (Defisit signifikan)
- 5-6 = Rendah (Kinerja menurun, mendekati subnormatif)
- 7-13 = Rata-rata (Sesuai standar populasi umum)
- ≥ 14 = Tinggi (Kinerja *working memory* di atas rata-rata)

2) Diagnosa Keperawatan

Dalam kerangka Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), sebuah diagnosis seperti gangguan memori ditegakkan setelah perawat menganalisis data pengkajian. Data ini kemudian dicocokkan dengan kriteria diagnostik yang terdiri dari gejala dan tanda mayor (sebagai penentu utama) dan minor (sebagai pendukung), yang mencakup keluhan subjektif dari pasien maupun temuan objektif hasil observasi perawat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan penyerta

yang mungkin muncul pada diagnosa utama gangguan memori sebagai berikut :

a) Defisit Pengetahuan

Proses belajar sangat bergantung pada kemampuan memori untuk menyandikan (*encoding*) dan menyimpan (*storage*) informasi baru. Oleh karena itu, gangguan memori merupakan faktor etiologi yang signifikan untuk defisit pengetahuan, karena pasien tidak mampu mengingat edukasi kesehatan yang telah diberikan mengenai penyakit, pengobatan, atau cara perawatannya (Potter *et al.*, 2017).

b) Koping Individu Tidak Efektif

Ketidakmampuan menilai stresor, memilih respons, serta menggunakan sumber daya yang tersedia untuk menyelesaikan masalah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Koping yang efektif membutuhkan kemampuan untuk menilai stresor, mengingat strategi penyelesaian masalah yang berhasil di masa lalu, dan menerapkannya pada situasi saat ini. Gangguan memori secara langsung merusak proses ini, menyebabkan pasien kesulitan untuk menerapkan koping adaptifnya. Akibatnya, pasien cenderung menggunakan respons maladaptif yang lebih sederhana seperti menghindar atau menunjukkan reaksi lambat, yang pada akhirnya mengarah pada diagnosis koping individu tidak efektif.

c) Harga Diri Rendah Kronis

Kegagalan berulang dalam menjalankan fungsi sehari-hari akibat gangguan memori dapat menimbulkan perasaan malu, tidak mampu, dan menjadi beban. Akumulasi dari perasaan negatif dan evaluasi diri yang negatif ini secara langsung berkontribusi pada perkembangan harga diri rendah kronis (Stuart, 2016)

d) Isolasi Sosial

Interaksi sosial yang efektif membutuhkan kemampuan untuk mengingat nama, wajah, dan alur percakapan. Gangguan memori dapat membuat pasien kesulitan dalam berpartisipasi dalam dialog sosial, yang dapat menyebabkan penarikan diri baik oleh pasien sendiri maupun oleh lingkungannya, dan pada akhirnya mengarah pada isolasi sosial (Halter, 2018).

3) Analisa Data

Analisa data adalah langkah kritis dalam proses keperawatan di mana perawat menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk secara sengaja meninjau dan menginterpretasikan data yang telah dikumpulkan selama pengkajian. Proses ini melibatkan pengelompokan data atau petunjuk (*cues*), identifikasi pola-pola yang bermakna, dan membandingkannya dengan standar normatif untuk sampai pada kesimpulan klinis atau diagnosis keperawatan (Potter *et al.*, 2017).

4) Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah setiap perlakuan (*treatment*), yang didasarkan pada penilaian dan pengetahuan klinis, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan luaran (*outcome*) pada pasien/pasien. Intervensi ini mencakup tindakan yang dilakukan perawat secara mandiri maupun secara kolaborasi (Bulechek *et al.*, 2018).

5) Implementasi

Implementasi keperawatan menurut Ackley *et al* (2017) adalah tahap di mana perawat melaksanakan intervensi yang telah dipilih untuk pasien dan keluarganya. Tahap ini berfokus pada tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mencapai luaran (*outcome*) pasien, di mana setiap intervensi harus didasarkan

pada bukti ilmiah (*evidence-based*) dan memiliki rasional yang jelas.

6) Evaluasi

Evaluasi didalam buku Konsep Dasar Keperawatan adalah suatu proses penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan untuk menentukan apakah tujuan telah tercapai, perlu dimodifikasi, atau dihentikan (Budiono, 2016). Evaluasi dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan evaluasi formatif dan sumatif.

c. Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah pendekatan terapeutik dalam keperawatan jiwa yang menggunakan berbagai macam metode atau intervensi terstruktur baik secara individual maupun kelompok untuk membantu memperbaiki kondisi fisik, psikologis, dan sosial pasien, termasuk di antaranya menstimulasi fungsi kognitif dan memberikan dukungan psikologis (Stuart, 2021). Pendekatan yang lebih terstruktur mencakup terapi stimulasi kognitif, rehabilitasi kognitif yang berfokus pada tujuan fungsional, pelatihan memori dengan teknik-teknik spesifik, serta psikoterapi suportif untuk membantu pasien dan keluarga mengelola dampak emosional dari penurunan memori (Livingston *et al.*, 2020).

Selain itu, terdapat intervensi praktis seperti senam otak (*brain gym*). Terapi ini menjadi pilihan yang populer karena gerakannya mudah diikuti, tidak memerlukan tempat khusus, dan dapat dilakukan kapan saja. Karakteristik ini membuatnya sangat ideal untuk diajarkan kepada keluarga agar dapat dilanjutkan secara rutin di rumah. Keterlibatan aktif keluarga dalam melakukan senam otak diharapkan dapat membantu menjaga fungsi kognitif pasien dan memberikan hasil yang lebih optimal (Sari & Yanti, 2021).

C. Konsep Senam Otak (*Brain Gym*)

Pada bagian ini akan membahas konsep teoritis mengenai senam otak (*brain gym*).

1. Pengertian

Senam otak atau lebih dikenal dengan *brain gym* adalah serangkaian gerakan sederhana yang dilakukan untuk merangsang kerja dan fungsi otak secara maksimal (Gunadi, 2019). Senam otak adalah serangkaian gerak sederhana yang dapat menyeimbangkan setiap bagian-bagian otak, dapat menarik keluar tingkat konsentrasi otak, dan juga sebagai jalan keluar bagi bagian otak yang terhambat agar dapat berfungsi maksimal (Surahmat & Novitalia, 2017).

2. Manfaat Senam Otak (*Brain Gym*)

Manfaat yang bisa diperoleh dengan melakukan senam otak, seperti meningkatkan kemampuan kognitif, kewaspadaan, konsentrasi, kecepatan, persepsi, pemecahan masalah dan kreativitas. Dengan melakukan senam otak ini, memudahkan berkonsentrasi dalam melaksanakan tugas maupun berpikir secara tepat akan situasi tertentu, serta kemampuan memecahkan masalah situasi tersebut (Yosef, 2016). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa senam otak memiliki sejumlah manfaat baik secara fisiologis maupun psikologis. Beberapa manfaat utama antara lain:

a. Meningkatkan Fungsi Kognitif

Senam otak dapat membantu meningkatkan fokus, konsentrasi, kecepatan berpikir, serta daya ingat, terutama pada anak-anak dengan gangguan belajar maupun lansia dengan penurunan daya kognitif (Zheng *et al.*, 2020).

b. Mengurangi Stres dan Kecemasan

Gerakan dalam senam otak dapat merangsang pelepasan endorfin dan membantu menurunkan hormon stres seperti kortisol, yang pada

- pasangannya dapat menurunkan kecemasan dan memperbaiki suasana hati (Rahmadani & Wulandari, 2021).
- c. Meningkatkan Koordinasi Motorik dan Postur Tubuh
Senam otak juga bermanfaat dalam meningkatkan keseimbangan dan koordinasi motorik kasar maupun halus, terutama pada anak-anak dan pasien stroke ringan (Setiawan *et al.*, 2021).
 - d. Memfasilitasi Pembelajaran dan Perkembangan
Dalam dunia pendidikan, senam otak telah digunakan untuk membantu siswa lebih mudah dalam menerima pelajaran, meningkatkan kreativitas, dan membentuk perilaku positif (Prasetyo, 2020).

3. Gerakan Senam Otak (*Brain gym*)

Pelaksanaan senam otak praktis, karena bisa dilakukan dimana saja, kapan saja dan oleh siapa saja. Senam otak ini melatih otak bekerja dengan melakukan gerakan pembaruan (*repatteing*) dan aktivitas *brain gym*. Latihan ini membuka bagian-bagian otak yang sebelumnya tertutup atau terhambat, disamping itu senam otak tidak hanya memperlancar aliran darah dan oksigen ke otak juga merangsang kedua belah otak secara bersamaan (Dennison, 2019). Latihan senam otak terdiri dari 4 gerakan inti yaitu *cross crawl*, *double doodle*, *lazy eight* dan *brain buttons* (Sularyo & Handryastuti, 2016).

a. *Cross crawl*

Menggerakkan secara bergantian pasangan kaki dan tangan yang berlawanan seperti gerak jalan di tempat. Kemudian tangan menyentuh kaki berlawanan lewat belakang tubuh. Masing-masing sebanyak 2 x 8 hitungan. Manfaat dari gerakan ini adalah meningkatkan koordinasi antara otak kiri dan kanan, serta memperbaiki keseimbangan dan koordinasi motorik.

b. *Double doodle*

Menggambar dengan kedua tangan pada saat yang sama seperti kearah dalam, ke luar, ke atas dan ke bawah. Coretan ganda dalam bentuk nyata seperti lingkaran, segitiga, bintang, hati dll. Manfaat dari geakan ini untuk melatih kesadaran akan kiri dan kanan, melatih kesadaran akan koordinasi tubuh serta keterampilan lhusus tangan dan mata.

c. *Lazy Eight*

Pasien berdiri tegak menghadap satu titik yang terletak pada satu titik setinggi mata. Kemudian dengan menggunakan tangan kiri menggenggam membuat angka 8 tidur dimana titik tadi merupakan titik tengah dari angka 8 tidur yang dibuat. Kemudian lakukan hal yang sama dengan tangan kanan dan mata mengikuti gerakan tangan. Masing-masing tangan melakukan sebanyak 3 kali. Manfaat dari gerakan ini adalah meningkatkan koordinasi mata-tangan, memperbaiki keterampilan membaca dan menulis, serta meningkatkan kemampuan visual-motorik.

d. *Brain Buttons*

Tangan *kanan* memijat dua titik dibawah tulang klavikula dan tangan yang satu menekan area pusar atau umbilikus. Pasien melakukan gerakan tersebut sambil membayangkan menggambar kupu-kupu 8 dengan kepala tetap menatap ke depan. Gerakan ini dilakukan selama 8 hitungan, dapat dilakukan dengan tangan sebaliknya. Manfaat dari gerakan ini adalah meningkatkan aliran darah ke otak, sehingga membantu dalam meningkatkan konsentrasi dan kewaspadaan.