

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan Gerontik pada Ny. S dengan diagnosa medis DEMENSIA di Wisma MELATI PSLU Lamongan yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari s/d 23 Februari 2014.

#### 3.1 Pengkajian

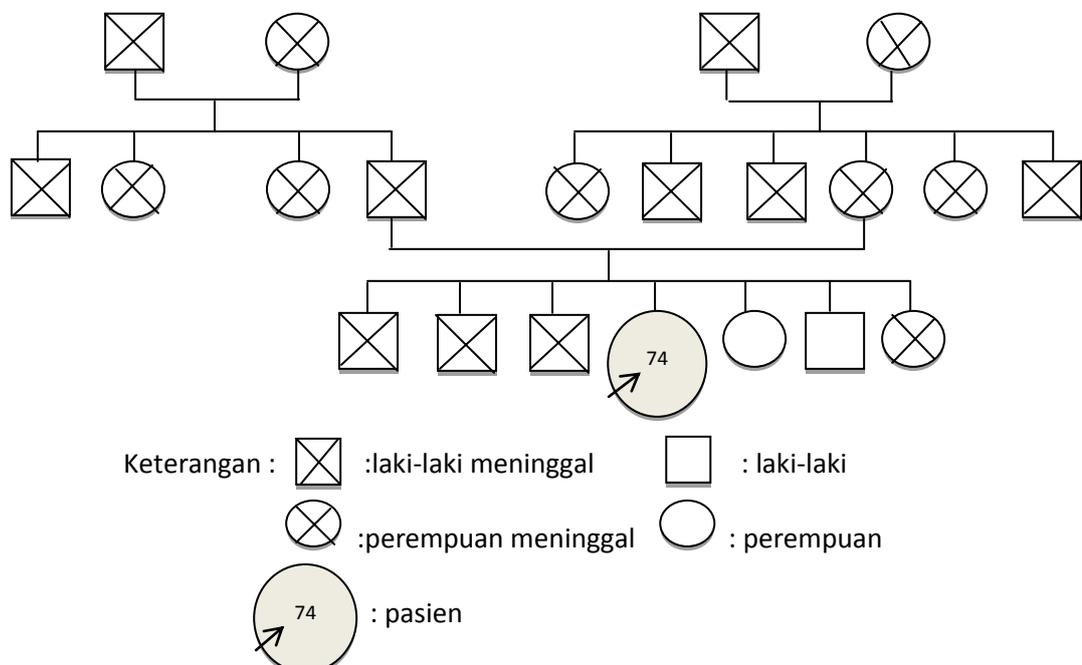
Tanggal 13 Februari 2014

##### 3.1.1 Identitas

Nama Ny. S beralamat di Sidoarjo berumur 74 tahun, Jenis Kelamin perempuan , Umur (Old), Status (Menikah), Agama (Islam), Suku (Jawa), Tingkat Pendidikan (Tidak tamat SD), Lama tinggal diPanti ( >3 Tahun), Sumber Pendapatan (Tidak Ada), Keluarga yang dapat dihubungi (Ada).  
Riwayat Pekerjaan Klien tidak pernah bekerja.

##### 3.1.2 Riwayat Keluarga

Genogram :



### 3.1.3 Riwayat Rekreasi

Klien memiliki hoby mendengarkan radio dan bernyanyi, klien mengatakan tidak pernah berlibur dan melakukan perjalanan jauh.

### 3.1.4 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Pasien mengeluh bahwa dirinya sering lupa dan tidak bisa mengingat hal yang baru saja terjadi, pasien juga mengalami kesulitan dalam berhitung dan memecahkan masalah yang ada.

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

(Tidak terkaji) pasien lupa dengan apa yang dikeluhkan dalam 3 bulan terakhir

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

(Tidak terkaji) pasien lupa dengan apa yang dikeluhkan dalam 3 tahun terakhir

### 3.1.5 Pemeriksaan Fisik

**Tanggal 13-02-2014**

Tanda-tanda vital dan status gizi

Suhu 36,5° C, Tekanan Darah 140/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, Respirasi

20x/menit, Berat Badan 40 kg, Tinggi Badan 132 cm

### 3.1.6 Pengkajian Head To Toe

Tanggal 13-02-2014

a. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, ada kerontokan rambut, rambut bersih tidak ada keluhan.

b. Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera putih, starbismus tidak ada, penglihatan kabur, tidak menggunakan kaca mata, peradangan tidak ada, Riwayat Katarak tidak ada, dan tidak ada keluhan pada mata.

c. Hidung

Hidung simetris, peradangan tidak ada, penciuman tidak terganggu, dan tidak ada masalah pada indera penciuman.

d. Mulut dan Tenggorokan

Kebersihan kurang, mukosa lembab, peradangan atau stomatitis tidak ada, gigi ompong, radang gusi tidak ada, Kesulitan mengunyah dan menelan tidak ada.

e. Telinga

Kebersihan cukup, Peradangan tidak ada, Pendengaran baik, dan tidak ada keluhan lainnya.

f. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kaku kuduk.

g. Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada Retraksi, Weezhing dan Ronchi tidak ada. Tidak ada suara jantung tambahan , S1/S2 tunggal.

h. Abdomen

Bentuk simetris tidak distended, tidak ada nyeri tekan, bisping usus normal 12x/menit.

i. Genetalia

Kebersihan cukup, tidak ada hemoroid atau hernia.

## j. Ekstremitas

Kekuatan otot : 5 (melawan gravitasi dengan kekuatan penuh)

Postur tubuh : kyphosis

Rentang gerak : terbatas (postur tubuh yang bungkuk / kyphosis)

Deformitas : ya (badan membungkuk)

Tremor : tidak ada

Tidak menggunakan alat bantu jalan.

Biceps, Triceps, Knee, Achilles semuanya dalam keadaan normal

## k. Integumen

Kebersihan baik, Warna tidak pucat, Kelembapan lembab, Gangguan pada kulit tidak ada.

### 3.1.7 Pengkajian Psikologis

#### Tanggal 13-02-2014

Klien mengatakan hanya sebatas kenal dengan teman didalam wisma dan tidak begitu mengenal orang lain diluar wisma, kebiasaan klien berinteraksi atau melakukan kegiatan bersama, teman satu wisma klien mengatakan klien jarang membersihkan kamarnya sendiri hanya bila diingatkan oleh teman satu kamarnya. Klien memiliki stabilitas emosi yang datar karena memang klien tidak suka banyak berbicara, klien tidak mampu memotivasi dirinya sendiri dan keluarganya pun tidak pernah menjenguk keadaannya di panti.

### 3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

**Tanggal 13-02-2014**

1. Kebiasaan merokok

Klien tidak pernah merokok

2. Pola pemenuhan nutrisi

Nafsu makan pasien baik, pasien makan 3 kali sehari, makanan 1 porsi habis, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur bayam. BB (tidak dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi pada saat pengkajian karena alat timbang sulit dijangkau oleh pasien) lingkaran lengan : 26cm

3. Pola pemenuhan cairan

Pasien minum air putih >3 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti kopi pada pagi hari dan teh pada sore hari.

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur >8 jam setiap hari, biasanya pasien tidur malam pada pukul 20.00 dan bangun tidur pada pukul 04.30, pasien tidur dengan nyenyak tanpa gangguan, pasien menggunakan waktu luang untuk duduk-duduk santai

5. Pola eliminasi BAB

Pasien BAB 2 kali sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan waktu BAB

6. Pola eliminasi BAK

Pasien BAK 4-6 kali sehari, warna urin kuning jernih, tidak ada gangguan waktu BAK

### 7. Pola aktivitas

Aktivitas pasien dipanti yaitu bersih-bersih wisma, mengikuti kegiatan yang ada di panti. Seperti, merapikan kamar, sholat dan mengaji bersama setiap hari selasa.

### 8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Pasien mandi 2 kali sehari, memakai sabun, rajin menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari.

### 9. Pola sensori dan kognitif

Kelima panca indera pasien normal tidak ada masalah, pasien tidak tahu tentang penyakit yang diderita dan bagaimana penanganannya. Ketika ditanya tentang penyakitnya, cara penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi pasien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab.

## **3.1.9 Data Penunjang**

Tidak ada pemeriksaan penunjang yang dilakukan.

## **3.1.10 Indeks Katz**

Tanggal : 13-02-2014

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore A yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

## **3.1.11 Pengkajian Kemampuan Intelektual**

Tanggal 13-02-2014

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format **SPMSQ** pasien hanya bisa menjawab 3 pertanyaan dan

Hasil Interpretasi yang ada menunjukkan pasien mengalami : Fungsi intelektual kerusakan sedang (interpretasi salah 6 – 8).

### **3.1.12 Pengkajian Aspek Kognitif**

Tanggal 13-02-2014

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa. Pasien mampu menjawab sebagian pertanyaan dengan skor akhir 18 total nilai 30 dan Hasil Interpretasi yang ada menunjukkan pasien mengalami gangguan kognitif sedang.

### **3.1.13 Indeks Depresi Beck Untuk Mengetahui Tingkat Depresi Lansia Dari Beck dan Deck (1972).**

Tanggal 13-04-2014

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien memperoleh nilai 7.

Dan kesimpulannya pasien mengalami Depresi Ringan (penilaian 5 – 7).

### **3.1.14 Analisa Data**

Pada tanggal 13 Februari 2014

1. Diagnosa prioritas utama

Data Subyektif :

Klien mengatakan lupa kalau dirinya sudah mandi dan makan atau hal yang baru saja pasien lakukan.

Data obyektif :

a. Klien berusia 74 tahun, lama tinggal dipanti (>3tahun) dan kurang lebih mulai mengalami perubahan pola pikir dan perilaku sejak 2 tahun yang lalu.

b. Klien tampak bingung jika ditanya

c. Kehilangan konsentrasi saat diajak berdiskusi

d. SPMSQ : Fungsi intelektual kerusakan sedang

e. MMSE : Gangguan kognitif sedang

Masalah : Perubahan proses pikir

Kemungkinan penyebab : Kehilangan memory atau ingatan

2. Diagnosa prioritas kedua

Data Subyektif :

Klien mengatakan kerap kali melihat bayangan keluarganya menjenguk dia.

Data Obyektif :

a. Klien terlihat sesekali menoleh kearah kanan dan kiri

b. Klien tidak pernah mengikuti kerja bakti diluar wisma

c. Klien jarang berbicara dengan teman satu wisma

d. Klien sering menyendiri

e. Klien sering menceritakan tentang melihat ada keluarganya yang datang menjenguk (halusinasi)

f. Klien terlihat bingung bila diajak diskusi

g. Depresi Beck : klien memperoleh nilai 7 dengan kesimpulan

Depresi ringan

Masalah : Perubahan persepsi sensori (halusinasi penglihatan)

Kemungkinan penyebab : Stigma (gangguan jiwa, keterbelakangan mental).

### **3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Diagnosa prioritas pertama Perubahan proses pikir berhubungan dengan kehilangan memory atau ingatan. Ditandai dengan Hilangnya konsentrasi (distrakibilitas), Hilangnya ingatan atau memory.
2. Diagnosa prioritas kedua Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan persepsi, transmisi dan integrasi sensori (penyakit neurologis) ditandai dengan cemas, apatis, halusinasi.

### **3.3 Perencanaan**

1. Diagnosa prioritas pertama Perubahan proses pikir berhubungan dengan kehilangan memory atau ingatan ditandai dengan Hilangnya konsentrasi (distrakibilitas), Hilangnya ingatan atau memory.

Tujuan :

Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu mengenali penurunan kemampuan dalam berpikir.

Kriteria hasil :

- 1) Mampu memperlihatkan kemampuan kognitif untuk menjalani konsekuensi kejadian yang menegangkan terhadap emosi dan pikiran tentang diri.

- 2) Mampu mengembangkan strategi untuk mengatasi anggapan diri yang negative.
- 3) Mampu mengenali tingkah laku dan faktor penyebab.

Intervensi :

- 1) Memilih tempat yang nyaman dan aman untuk mendukung terjalinnya hubungan klien-perawat yang terapeutik.

Rasional : Mengurangi kecemasan dan emosional.

- 2) Menciptakan lingkungan yang menyenangkan dan tenang.

Rasional : Kebisingan merupakan sensori berlebihan yang meningkatkan gangguan neuron.

- 3) Mengajak klien untuk mengumpulkan benda yang aman, berharga yang dimiliki dan barang yang dia perlukan dalam kehidupan sehari-hari.

Rasioanal : Memelihara keamanan dan keseimbangan kehilangan.

- 4) Membantu klien menemukan adanya kesalahan dalam penempatan barang.

Rasional : Menurunkan defensif jika klien menyadari kesalahan.

- 5) Memberi penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami dan suara yang rendah.

Rasioanal : Meningkatkan pemahaman. Ucapan tinggi dan keras menimbulkan stress yg mencetuskan konfrontasi dan respon marah.

2. Diagnosa prioritas kedua Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan persepsi, transmisi dan integrasi sensori (penyakit neurologis) ditandai dengan cemas, apatis, halusinasi.

Tujuan :

Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perubahan persepsi sensori klien dapat berkurang atau terkontrol.

Kriteria hasil :

- 1) Mengalami penurunan halusinasi.
- 2) Mengembangkan strategi psikososial untuk mengurangi stress.
- 3) Mendemonstrasikan respons yang sesuai stimulasi.

Intervensi :

1. Memilih tempat yang nyaman dan aman mendukung terjalinnya hubungan klien-perawat yang terapeutik.

Rasional : Meningkatkan kenyamanan dan menurunkan kecemasan pada klien.

2. Membantu klien untuk memahami halusinasi.

Rasional : Meningkatkan coping dan menurunkan halusinasi.

3. Mengkaji seberapa sering halusinasi itu muncul dan bagaimana hal tersebut berpengaruh dalam kehidupan sehari-hari.

Rasional : Keterlibatan otak memperlihatkan masalah yang bersifat asimetris menyebabkan klien kehilangan kemampuan pada salah satu sisi tubuh.

4. Mengajarkan klien teknik menolak halusinasi dan teknik untuk mengurangi stress.

Rasional : Untuk menurunkan kebutuhan akan halusinasi.

5. Mengajak klien jalan-jalan keliling wisma

Rasional : Piknik menunjukkan realita dan memberikan stimulasi sensori yang menurunkan perasaan curiga dan halusinasi yang disebabkan perasaan terkekang.

### **3.4 Pelaksanaan**

- a. Diagnosa satu

Perubahan proses pikir berhubungan dengan kehilangan memory atau ingatan ditandai dengan Hilangnya konsentrasi (distrakibilitas), Hilangnya ingatan atau memory.

Tanggal 13-02-2014

Pukul 10.00 WIB

1. Melakukan pendekatan pada klien (Bina hubungan saling percaya).

Respon : pasien menerima kita dengan baik dan cukup kooperatif ketika diajak berbicara.

2. Mencari tempat yang tenang dan nyaman untuk mendukung terjalinnya hubungan klien-perawat yang terapeutik dalam melakukan tanya jawab dengan pasien.

Respon : pasien sangat antusias untuk menunjungi tempat yang nyaman untuk mengobrol.

3. Mengajak klien untuk mengumpulkan benda-benda yang aman dan berharga yang dimiliki.

Respon : pasien mampu mengumpulkan barang berharga yang dimilikinya.

4. Mengajak klien untuk mencari barang yang dia perlukan dalam kehidupan sehari-hari.

Respon : pasien menunjukkan barang yang dipergunakan dalam kehidupan sehari-hari.

5. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami dan suara yang rendah.

Respon : pasien mendengarkan dan kooperatif bertanya tentang penyakitnya.

Pukul 15.00 WIB

1. Mengajak klien untuk mencari barang yang dia perlukan dalam kehidupan sehari-hari.

Respon : pasien menunjukkan barang yang dipergunakan dalam kehidupan sehari-hari.

2. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami.

Respon : pasien mengatakan bahwa masih belum tau penyebab dirinya menjadi pelupa.

Tanggal 14-02-2014

Pukul 12.00 WIB

1. Mencari tempat yang tenang dan nyaman untuk melakukan tanya jawab dengan pasien.

Respon : pasien sangat antusias untuk mengunjungi tempat yang nyaman untuk mengobrol.

2. Mengajak klien untuk mencari barang yang dia perlukan dalam kehidupan sehari-hari.

Respon : pasien menunjukkan barang yang dipergunakan dalam kehidupan sehari-hari.

3. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami.

Respon : pasien mengatakan kalau mengobrol ditempat yang tenang seperti ini pasien merasa lebih bisa berkonsentrasi.

Pukul 16.00 WIB

1. Mengajak klien untuk mencari barang yang dia perlukan dalam kehidupan sehari-hari.

Respon : pasien menunjukkan barang yang dipergunakan dalam kehidupan sehari-hari.

2. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami.

Respon : pasien menjawab sebab terjadinya pulupa pada dirinya namun tetap perlu bantuan untuk mengingat sedikit-sedikit.

Tanggal 15-02-2014

Pukul 09.00 WIB

1. Mengajak klien untuk mengumpulkan benda-benda yang berharga yang dimiliki.

Respon : pasien mampu mengumpulkan barang berharga yang dimilikinya.

2. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami.

Respon : pasien mengatakan masih bingung kenapa dia bisa pelupa seperti ini.

Pukul 12.00 WIB

1. Mengajak klien untuk mengumpulkan benda-benda yang berharga yang dimiliki.

Respon : pasien mampu mengumpulkan barang berharga yang dimilikinya.

2. Memberi penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami.

Respon : pasien mengatakan masih bingung kenapa dia bisa pelupa seperti ini.

b. Diagnosa kedua

Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan persepsi, transmisi atau integrasi sensori (penyakit neurologis) ditandai dengan cemas, apatis,

Tanggal 13-02-2014

Pukul 11.00 WIB

1. Mencari tempat yang tenang dan nyaman untuk mendukung terjalinnya hubungan klien-perawat yang terapeutik dalam melakukan tanya jawab dengan pasien.

Respon : pasien sangat antusias untuk mencari tempat yang nyaman untuk mengobrol.

2. Menanyakan seberapa sering bayangan keluarga hadir dikeseharian pasien dan memberi tau tentang keadaan itu hanyalah halusinasi sesaat.

Respon : pasien mengatakan bayangan tersebut kerap menghantuinya.

3. Menanyakan pada pasien tentang bagaimana pengalaman masa lalu pasien dan siapa orang yang sangat berarti dalam kehidupan pasien saat itu.

Respon : pasien mengatakan bahwa pengalaman masa lalunya, dia sering bernyanyi bersama suami.

4. Mengajarkan teknik menolak bahwa yang dilihat bayangan keluarganya itu hanya halusinasi dan mengajarkan teknik untuk mengurangi stres.

Respon : pasien mempragakan apa yang kita ajarkan.

5. Mengajak pasien jalan-jalan keliling wisma.

Respon : pasien mengatakan sering melihat bayangan keluarganya menjenguknya. halusinasi.

Pukul 13.00 WIB

1. Menanyakan seberapa sering bayangan keluarga hadir dikeseharian pasien dan memberi tau tentang keadaan itu hanyalah halusinasi sesaat.

Respon : pasien mengatakan bayangan tersebut kerap menghantuinya.

2. Menanyakan pada pasien tentang bagaimana pengalaman masa lalu pasien dan siapa orang yang sangat berarti dalam kehidupan pasien saat itu.

Respon : pasien bercerita kerap kali bayangan keluarganya menjenguknya.

Tanggal 14-02-2014

Pukul 10.00 WIB

1. Menanyakan seberapa sering bayangan keluarga hadir dikeseharian pasien dan memberi tau tentang keadaan itu hanyalah halusinasi sesaat.

Respon : pasien mengatakan bayangan tersebut sering menghampirinya.

2. Menanyakan pada pasien tentang bagaimana pengalaman masa lalu pasien dan siapa orang yang sangat berarti dalam kehidupan pasien saat itu.

Respon : pasien bercerita kerap kali bayangan keluarganya menjenguknya.

3. Mengajarkan teknik menolak bahwa yang dilihat bayangan keluarganya itu hanya halusinasi.

Respon : pasien menceritakan tentang dirinya yang telah gagal sebagai orang tua bagi anaknya.

Pukul 13.00 WIB

1. Mengajarkan teknik menolak bahwa yang dilihat bayangan keluarganya itu hanya halusinasi.

Respon : pasien mampu memperagakan cara menolak bayangan itu datang.

2. Mengajak pasien jalan-jalan keliling wisma.

Respon : pasien mengatakan sangat senang bisa jalan keliling wisma sambil mengobrol.

Tanggal 15-02-2014

Pukul 11.00 WIB

1. Menanyakan seberapa sering bayangan keluarga hadir dikeseharian pasien dan memberi tau tentang keadaan itu hanyalah halusinasi sesaat.

Respon : pasien mengatakan bayangan itu kerap kali datang.

2. Menanyakan pada pasien tentang bagaimana pengalaman masa lalu pasien dan siapa orang yang sangat berarti dalam kehidupan pasien saat itu.

Respon : pasien mengatakan sering melihat bayangan anak dan istrinya menjenguknya.

Pukul 16.00 WIB

1. Menanyakan seberapa sering bayangan keluarga hadir dikeseharian pasien dan memberi tau tentang keadaan itu hanyalah halusinasi sesaat.

Respon : pasien mengatakan bahwa bayangan itu kerap kali datang menghampirinya.

2. Menanyakan pada pasien tentang bagaimana pengalaman masa lalu pasien dan siapa orang yang sangat berarti dalam kehidupan pasien saat itu.

Respon : pasien mengatakan sering kali bayangan itu menghampirinya dan menyapa.

### 3.5 Evaluasi

a. Diagnosa pertama

Tanggal 13-02-2014

S : pasien mengatakan bahwa dirinya lupa akan kejadian yang baru saja terjadi dan pasien menceritakan tentang masa lalunya.

O : pasien terlihat bingung mengatakan akan kejadian yang baru saja terjadi, pasien dapat menceritakan kehidupan dimasa lalunya.

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi 2,3,5 dilanjutkan

Tanggal 14-02-2014

S : pasien mengatakan belum mengetahui sebab mengapa dirinya menjadi sering pelupa akan kejadian yang baru saja terjadi.

O : pasien masih terlihat bingung ketika akan menceritakan kejadian yang baru saja terjadi.

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi 2,3 dilanjutkan

Tanggal 15-02-2014

S : pasien masih belum mengerti kenapa dirinya menjadi pelupa

O : pasien masih terlihat bingung

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dihentikan

b. Diagnosa kedua

Tanggal 13-02-2014

S : pasien mengatakan terkadang dalam satu hari dua kali pasien terbayang-bayang keluarganya berada diwisma, pasien mengatakan pengalaman masa lalunya

O : pasien dapat menceritakan masa lalunya dengan baik, pasien sesekali terlihat menoleh kearah lain karena melihat bayangan keluarganya menjenguk.

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi 2,3,4 dilanjutkan

Tanggal 14-02-2014

S : pasien mengatakan terkadang dalam satu hari dua kali pasien terbayang-bayang keluarganya berada diwisma, pasien mengatakan pengalaman masa lalunya.

O : pasien dapat menceritakan masa lalunya dengan baik, pasien sesekali terlihat menoleh kearah lain karena melihat bayangan keluarganya menjenguk.

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi 1,2 dilanjut

Tanggal 15-02-2014

S : pasien mengatakan terkadang dalam satu hari dua kali pasien terbayang-bayang keluarganya berada diwisma, pasien mengatakan pengalaman masa lalunya.

O : pasien dapat menceritakan masa lalunya dengan baik, pasien sesekali terlihat menoleh kearah lain karena melihat bayangan keluarganya menjenguk.

A : masalah tidak teratasi

P : intervensi dihentikan