

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan Gerontik pada Tn. B dengan diagnosa medis DEMENSIA di Wisma KEMUNING PSLU Pasuruan yang dilaksanakan pada tanggal 8 januari s/d 10 januari 2013.

3.1 Pengkajian

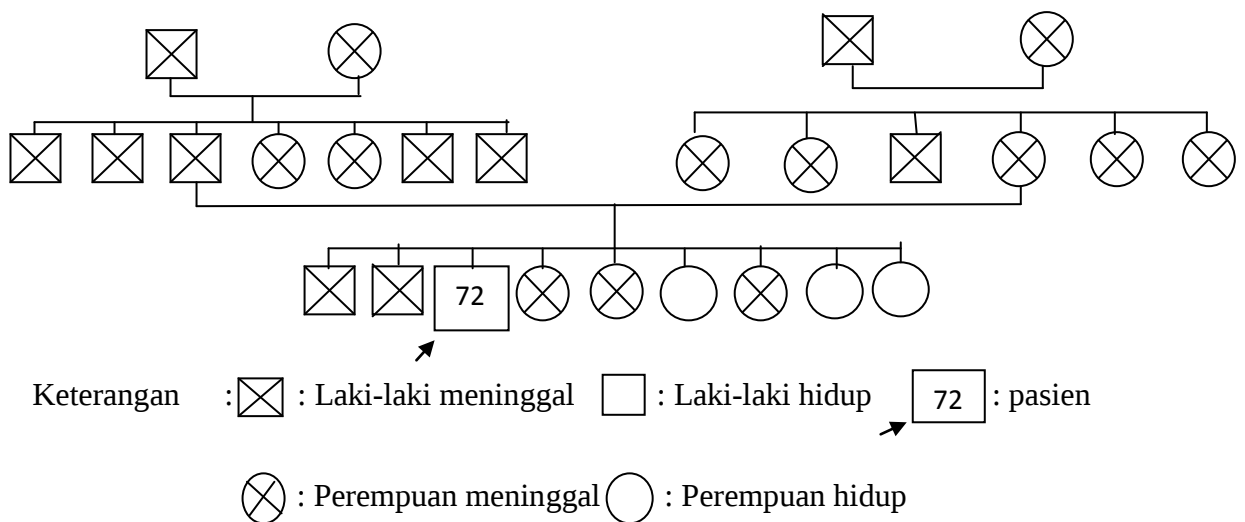
Tanggal 8 januari 2013

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Tn. B beralamat di Sidoarjo berumur 72 tahun, Jenis Kelamin laki-laki, Umur (Old), Status (Menikah), Agama (Protestan), Suku (Jawa), Tingkat Pendidikan (Tamat SD), Lama tinggal diPanti (1-3 Tahun), Sumber Pendapatan (Tidak Ada), Keluarga yang dapat dihubungi (Tidak Ada). Riwayat Pekerjaan Klien pernah bekerja sebagai Kondaktur BUS.

3.1.2 Riwayat Keluarga

Genogram :



3.1.3 Riwayat Rekreasi

Klien memiliki hoby mendengarkan radio dan minat sebagai ahli elektronik, keanggotaan organisasi klien belum pernah mengikuti kegiatan yang bersifat organisasi, liburan atau perjalanan klien tidak pernah berlibur hanya saja klien pernah ikut perjalanan jauh dikarenakan klien sebagai Kondaktur BUS.

3.3.4 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)

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

(Tidak terkaji)

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

Tanggal 08-01-2013

1. Tanda-tanda vital dan status gizi

Suhu 36,5° C, Tekanan Darah 100/70 mmHg, Nadi 88 x/menit, Respirasi 22x/menit, Berat Badan 53 kg, Tinggi Badan 168 cm

3.1.6 Pengkajian Head to Toe

Tanggal 08-01-2013

a. Kepala

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

b. Mata

Konjungtiva tidak anemis, Sklera putih, Starbismus tidak ada, Pengelihan kabur, Penggunaan Kaca Mata tidak, 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 tidak, dan tidak ada kesulitan menelan.

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.

h. Abdomen

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

i. Genetalia

Kebersihan cukup, tidak ada hemoroid atau hernia.

j. Ekstremitas

Kekuatan otot : 5 (melawan grafitasi dengan kekuatan penuh)

Postur tubuh : Normal (tegap)

Rentang gerak : maksimal

Deformitas : tidak ada

Tremor : tidak ada, dan

Tidak menggunakan alat bantu jalan.

Biceps, Triceps, Knee, Achilles semuanya dalam keadaan normal

k. Integumen

- l. Kebersihan baik, Warna tidak pucat, Kelembapan lembab, Gangngguan pada kulit tidak ada.

3.1.7 Pengkajian Psikologis

Tanggal 08-01-2013

Klien mengatakan hanya sebatas kenal dengan teman didalam wisma dan tidak mengenal orang lain diluar wisma, kebiasaan klien berinteraksi atau melakukan kegiatan bersama teman satu wisma klien mengatakan tidak jarang hanya saja membersihkan kamarnya sendiri 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 08-01-2013

1. Kebiasaan merokok

Pasien mengkonsumsi rokok >3 batang setiap hari

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.

Pasien suka makan jeroan waktu sebelum di panti, kacang-kacangan seperti kacang hijau. BB (tidak dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan).

3. Pola pemenuhan cairan

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

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur >6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, pasien menggunakan waktu luang untuk 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

Aktifitas pasien dipanti yaitu berkebun, bersih-bersih wisma, pergi ke warung pada pagi hari, mengikuti kegiatan yang ada di panti.

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. Kecuali cek GDA oleh mahasiswa.

Hasil : 104 g/dl

3.1.10 Indeks Katz (Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)

Tanggal : 08-01-2013

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 08-01-2013

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format **SPMSQ** pasien hanya bisa menjawab 5 pertanyaan dan Hasil Interpretasi yang ada menunjukan pasien mengalami : Fungsi intelektual kerusakan ringan.

3.1.12 Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif

Tanggal 08-01-2013

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien mengalami gangguan kognitif sedang. Pasien mampu menjawab sebagian pertanyaan dengan skor akhir 20 total nilai 30.

3.1.13 Inventaris Depresi Beck Untuk Mengetahui Tingkat Depresi Lansia Dari Beck dan Deck (1972).

Tanggal 08-01-2013

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien memperoleh nilai 13. Dan kesimpulannya pasien mengalami Depresi Sedang.

3.1.14 Analisa Data

Pada tanggal 8 januari 2013

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 tampak bingung jika ditanya
- b. Kehilangan konsentrasi saat diajak berdiskusi
- c. SPMSQ : Fungsi intelektual kerusakan ringan
- d. 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. Depresi Beck : klien memperoleh nilai 13 dengan kesimpulan

Depresi sedang

masalah :

Perubahan persepsi sensori

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 konsentrsi (distrakabilitas), Hilangnya ingatan atau memory, Tidak mampu membuat keputusan, menghitung, mengumpulkan gagasan, melakukan abstraksi atau konseptualisasi, dan memecahkan masalah.
2. Diagnosa prioritas kedua Perubabahan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan persepsi, transdan integrasi sensori (penyakit/defisit neurologis).

3.3 Perencanaan

1. Diagnosa prioritas pertama Perubahan proses pikir berhubungan dengan kehilangan memory atau ingatan ditandai dengan Hilangnya konsentrsi (distrakabilitas), Hilangnya ingatan atau memory, Tidak mampu membuat keputusan, menghitung, mengumpulkan gagasan, melakukan abstraksi atau konseptualisasi, dan memecahkan masalah.

Tujuan :

Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu mengenali perubahan 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) mengembangkan lingkungan yang mendukung dan hubungan klien-perawat yang terapeutik.

Rasional : Mengurangi kecemasan dan emosional.

- 2) Pertahankan lingkungan yang menyenangkan dan tenang.

Rasional : Kebisingan merupakan sensori berlebihan yang meningkatkan gangguan neuron.

- 3) mengizinkan klien untuk mengumpulkan benda yang aman.

Rasioanal : Memelihara keamanan dan keseimbangan kehilangan.

- 4) membantu klien menemukan hal yang salah dalam penempatan.

Rasional : Menurunkan defensif jika klien menyadari kesalahan.

- 5) Menggunakan suara yang agak rendah dan berbicara dengan perlahan pada klien.

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, transdan integrasi sensori (penyakit/defisit neurologis).

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. mengembangkan lingkungan yang suportif dan hubungan perawat-klien yang terapeutik.

Rasional : Meningkatkan kenyamanan dan menurunkan kecemasan pada klien.

2. Membantu klien untuk memahami halusinasi.

Rasional : Meningkatkan coping dan menurunkan halusinasi.

3. Mengkaji derajat sensori atau gangguan persepsi dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi klien termasuk penurunan penglihatan atau pendengaran.

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

4. Mengajarkan strategi untuk mengurangi stress.

Rasional : Untuk menurunkan kebutuhan akan halusinasi.

5. Mengajak piknik sederhana, jalan-jalan keliling rumah sakit. Pantau aktivitas.

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 konsentrsi (distrakabilitas), Hilangnya ingatan atau memory, Tidak mampu membuat keputusan, menghitung, mengumpulkan gagasan, melakukan abstraksi atau konseptualisasi, dan memecahkan masalah.

Tanggal 08-01-2013

Pukul 11.00 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 melakukan tanya jawab dengan pasien.

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

3. Mengajak klien untuk mengumpulkan benda-benda yang 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 menunjukan barang yang dipergunakan dalam kehidupan sehari-hari.

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

Respon : pasien mendengarkan dan kooperatif bertanya tentang penyakitnya.

Pukul 16.00 WIB

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

Respon : pasien menunjukan 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 09-01-2013

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 menunjukan 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 menunjukan 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 10-01-2013

Pukul 10.00 WIB

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

Respon : pasien mampu mengumpulkan barang berharga yang dimilikinya.

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

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

Pukul 12.00

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

Respon : pasien mampu mengumpulkan barang berharga yang dimilikinya.

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

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

b. Diagnosa kedua

Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan persepsi, transmisi atau integrasi sensori (penyakit neurologis, tidak mampu berkomunikasi, gangguan tidur, nyeri) ditandai dengan cemas, apatis, gelisah, halusinasi.

Tanggal 08-01-2013

Pukul 09.00 WIB

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

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

2. Menanyakan seberapa sering bayangan keluarga hadir di keseharian 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 sebagai konduktor bus.

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

Respon : pasien memperagakan apa yang kita ajarkan.

5. Mengajak pasien jalan-jalan keliling wisma.

Respon : pasien mengatakan sering melihat bayangan keluarganya menjenguknya.

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 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 09-01-2013

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 12.00 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 10-01-2013

Pukul 11.00 WIB

1. Menanyakan seberapa sering bayangan keluarga hadir dikeharian 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 Atau Catatan Perkembangan

- a. Diagnosa pertama

Tanggal 08-01-2013

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 09-01-2013

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 10-01-2013

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 08-01-2013

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 09-01-2013

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 10-01-2013

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 teratsi

P : intervensi dihentikan