

BAB 3
TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada Ny. R Dengan Gangguan Pola Tidur yang dilaksanakan pada tanggal 10-14 Januari 2013 di Panti Sosial Lanjut Usia (PSLU) Sejahtera – Pandaan – Pasuruan

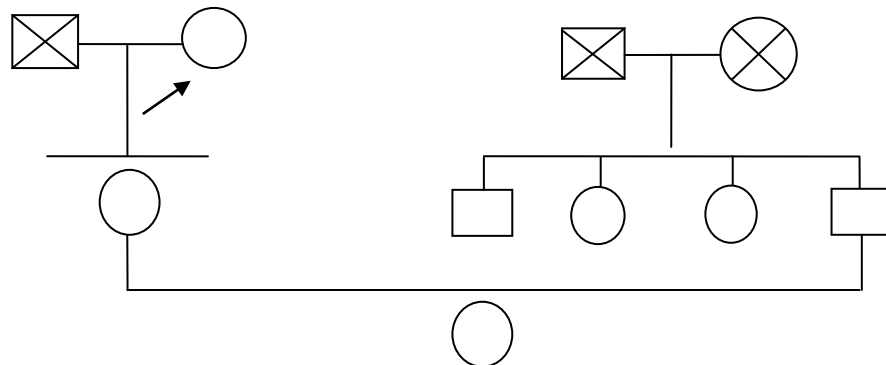
3.1 Pengkajian Keperawatan (Kamis, 10 Januari 2013 Pukul 10.00)

3.1.1 Pengumpulan Data






1. Identitas Klien

Nama pasien Ny. R, Alamat Desa Bujeng - Kabupaten Pasuruan, Umur (elderly) 65 Tahun, Jenis Kelamin Perempuan, Status Perkawinan Janda, Agama islam, suku bangsa jawa, tingkat pendidikan tidak tamat Sekolah Dasar, Lama tinggal di Panti Sosial Lanjut Usia (PSLU) Sejahtera kurang dari satu tahun, Riwayat pekerjaannya adalah seorang buruh tani.

2. Genogram



Keterangan :

- | | |
|---|---|
|  : Laki – Laki meninggal dunia |  : Laki - laki |
|  : Perempuan Meninggal dunia |  : Perempuan |
|  : Pasien | |

3. Riwayat Rekreasi

Hobi : Pasien mengatakan hobinya adalah bersih bersih Wisma yang di tinggalinya dan senang jika duduk sambil mengobrol dengan pasien lainnya

Liburan / Perjalanan : Pasien mengatakan tidak pernah melakukan perjalanan jauh.

4. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan yang dirasakan saat ini :

Pasien mengeluhkan tidak bisa tertidur dengan nyaman, sulit mengawali tidurnya, terbangun saat malam sering gelisah dengan kondisi cucunya yang ada di rumah.

b. Keluhan yang sering dirasakan dalam tiga bulan terakhir :

Pasien mengatakan keluhan pada tiga bulan terakhir ini adalah sering terbangun saat malam, dan sulit mengawali tidurnya.

c. Penyakit yang diderita dalam tiga tahun terakhir :

Pasien mengatakan dalam tiga tahun ini tidak mempunyai penyakit.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda – tanda vital dan status gizi :

- 1) Suhu : 36,5 °C
- 2) Tekanan darah : 130/80 Mmhg
- 3) Nadi : 80 x/Menit
- 4) Respirasi : 23 x/Menit
- 5) Berat badan : 80 Kg
- 6) Tinggi badan : 140 cm

b. Pengkajian Head to Toe:**1) Kepala**

Bentuk kepala simetris, wajah tampak pucat, tidak ada kerontokan rambut, rambut bersih, tidak ada keluhan.

2) Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah, mata sayu sklera berwarna putih, tidak strabismus, terdapat lingkaran hitam di sekitar mata tidak menggunakan kacamata, tidak terdapat peradangan.

3) Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman tidak terganggu

4) Mulut dan Tenggorokan

Bentuk mulut simetris, bersih, mukosa lembab, tidak terdapat peradangan atau stomatitis, gigi lengkap, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan

5) Telinga

Bersih, bentuk simetris, tidak terdapat peradangan, pendengaran normal, tidak ada keluhan

6) Leher

tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

7) Dada

Bentuk dada normal, tidak ada suara nafas tambahan wheezing maupun ronchi, bunyi jantung lub dan dub, inspeksi dan palpasi pulsasi pada area apical dan tidak ada pembesaran jantung.

8) Abdomen

Bentuk simetris, tidak terdapat luka, perut tidak kembung, tidak ada nyeri tekan, bising usus 18x/menit.

9) Genetalia

Pasien menjaga daerah genetalianya, tidak terdapat hemoroid maupun hernia

10) Ekstremitas

Kekuatan otot skala 5 (melawan gravitasi dengan kekuatan penuh), tidak ada keterbatasan rentang gerak, tidak tremor, tidak ada edema pada kaki dan tidak menggunakan alat bantu

Refleks :**Kanan**

| | |
|----------|-----|
| Biceps | (+) |
| Triceps | (+) |
| Knee | (+) |
| Achilles | (+) |

Kiri

| | |
|----------|-----|
| Biceps | (+) |
| Triceps | (+) |
| Knee | (+) |
| Achilles | (+) |

Keterangan:

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

11) Integumen

Kulit bersih, lembab, tidak pucat, turgor kulit normal

6. Pengkajian Psikososial

a) Hubungan dengan orang lain dalam wisma:

Mampu berinteraksi dan mampu berkerjasama, misalnya dalam bersih-bersih wisma maupun membereskan dapur.

b) Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti:

Mampu berinteraksi dan mampu kerjasama misalnya ketika akan ada pembagian susu di dapur besar dan saling mengingatkan satu sama lain.

c) Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti :

Pasien sering berinteraksi ke wisma lain maupun wisma yang bertetangga dengan wisma pasien

d) Stabilitas emosi :

Emosi pasien labil, tidak dapat menanggapi dengan tenang ketika ada masalah, pasien terlihat cemas dan gelisah, khawatir dengan keadaan cucunya yang ada di rumah, sering bertanya – tanya atau mengulang pertanyaan kepada perawat.

e) Motivasi penghuni panti :

Pasien berada di panti atas dasar dan keinginan pasien sendiri

f) Frekwensi kunjungan keluarga :

Kedatangan keluarga yang menjenguk biasanya 1 bulan sekali

7. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

a) Kebiasaan merokok

Pasien mengatakan tidak pernah merokok

b) Pola Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Nafsu makan pasien baik, pasien makan 3 kali sehari, makanan 1 porsi habis terkadang juga tidak habis, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur, makanan tambahan seperti camilan kacang maupun kue kering

c) Pola Pemenuhan Cairan

Pasien minum air putih lebih dari 3 gelas perhari sehari – hari juga minum susu tiap pagi hari menjelang sarapan, pasien juga minum minuman tambahan seperti kopi maupun teh.

d) Pola Kebiasaan Tidur

Pasien tidur kurang dari 4 jam pada malam hari, pasien sulit mengawali tidur, sering terbangun pada saat malam dan sulit untuk tertidur kembali. tidak pernah melakukan atau belum mengerti tentang ritual sebelum tidur, sering menguap, mengantuk sepanjang hari.

e) Penggunaan waktu luang

Pasien dalam waktu luangnya hanya di gunakan untuk santai di teras wisma dan jarang melakukan aktifitas maupun keterampilan.

f) Pola Eliminasi BAB

Pasien BAB 1 kali dalam sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan waktu BAB seperti diare maupun konstipas

g) Pola BAK

Frekwensi BAK 1 – 3 kali sehari, warna urine kuning jernih, tidak terdapat gangguan BAK seperti inkontensia urine maupun retensi urine.

h) Pola Aktifitas

Pasien biasanya membantu kegiatan dapur seperti mencuci piring, maupun bersih - bersih dapur

i) Pola Pemenuhan Kebersihan Diri

Pasien mandi 2 kali dalam sehari, memakai sabun mandi, pasien sikat gigi 2 kali sehari dengan menggunakan pasta gigi, pasien berganti pakaian 1 kali dalam sehari.

8. Data Penunjang

Pasien tidak pernah menggunakan obat - obatan

9. Indeks KATZ

(Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari - hari)

Dari pengkajian yang diperoleh dengan Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Sehari – hari di dapatkan bahwa pasien memperoleh skore (A) dengan kriteria ; kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian sendiri dan mandi.

10. Pengkajian Kemampuan Intelektual

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Quesioner)

Setelah di ajukan beberapa pertanyaan pada format (SPMSQ) dengan jumlah pertanyaan sebanyak 10, pasien dapat menjawab 9 pertanyaan dan satu pertanyaan yang tidak diketahui oleh pasien. Dapat di ambil kesimpulan bahwa fungsi intelektual pasien baik.

11. Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk pengkajian aspek kognitif yang terdiri dari Orientasi, Registrasi, Perhatian dan Kalkulasi, Mengingat dan Bahasa pasien tidak mengalami gangguan kognitif.

Pasien mampu menjawab semua pertanyaan dengan Skore 30.

12. Inventaris Depresi Beck

Untuk Mengetahui Tingkat Depresi Lansia Dari Beck & Deck (1972)

(dalam Stanley, Mickley 2007)

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien tidak depresi atau minimal. Total penilaiannya pasien dapat nilai 3 yaitu dalam batas depresi tidak ada atau minimal (0-4).

3.1.2 Analisa Data

Dari data yang telah dikumpulkan dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut :

1. (Tanggal 10 Januari 2013)

a. Data Subyektif :

Pasien mengatakan sulit untuk mengawali tidurnya, sering terbangun pada malam hari karena khawatir terhadap keadaan cucunya yang ada dirumah.

b. Data Objektif :

- 1) Penurunan perhatian
- 2) Konjungtiva berwarna merah
- 3) Mengulang pertanyaan
- 4) Pasien tidur \pm 4 Jam/ hari (normal 6-7 jam)

- 5) Sering menguap
- 6) Mengantuk sepanjang hari
- 7) Terdapat Lingkaran hitam disekitar mata
- 8) Wajah pucat

c. Masalah :

Gangguan pola tidur

d. Kemungkinan Penyebab

Kecemasan

3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan 1 : Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan yang ditandai dengan pasien mengatakan sulit untuk mengawali tidurnya, sering terbangun pada malam hari karena khawatir dengan keadaan cucunya yang ada dirumah, penurunan perhatian, sering menguap ,pasien tidur \pm 4 Jam/ hari, mengantuk sepanjang hari dan mengulang pertanyaan yang disampaikan perawat.

3.3 Perencanaan Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan 1 :

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan yang ditandai dengan pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena khawatir dengan keadaan cucunya yang ada dirumah, penurunan perhatian, sering menguap , pasien tidur \pm 4 Jam/ hari, mengantuk sepanjang hari dan mengulang pertanyaan yang disampaikan perawat.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan kecemasan klien berkurang dan tidak mengganggu tidurnya.

Kriteria Hasil : jumlah jam tidur dalam batas normal (6-7 jam) , pola tidur dan kualitas dalam batas normal, perasaan fresh sesudah tidur atau istirahat, mampu mengidentifikasi hal – hal yang meningkatkan tidur, pasien dapat mengurangi jumlah tidur pada siang hari.

Intervensi : 1) Pantau pola tidur dan mencatat keadaan fisik atau psikologis pasien yang mengganggu tidur.

Rasional : Mengidentifikasi pola tidur dan keadaan fisik klien untuk intervensi yang tepat

2) Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur seperti mandi, minum susu, makan makanan ringan.

Rasional : mengetahui peningkatan efek relaksasi yang di peroleh dari aktivitas sebelum tidur

3) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.

Rasional : untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang dapat menimbulkan kecemasan

4) Ciptakan lingkungan yang nyaman

Rasional : Untuk memberikan rasa nyaman pada saat tidur

5) Awali / melakukan tindakan untuk mendapatkan rasa nyaman seperti masase dan mengatur posisi yang nyaman
 Rasional : untuk memberikan rasa nyaman dan mengurangi perasaan cemas

6) Dorong pasien untuk menyatakan perasaan.
 Rasional : membuat hubungan terapeutik, membantu pasien dalam mengidentifikasi masalah

7) Temani atau atur supaya ada seseorang bersama pasien
 Rasional : dukungan yang terus menerus membantu mengurangi ansietas/ rasa takut

8) Dukung kelanjutan kebiasaan ritual sebelum tidur
 Rasional : Meningkatkan relaksasi dan kesiapan untuk tidur

3.4 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan 1 : Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan yang ditandai dengan pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena khawatir dengan keadaan cucunya yang ada dirumah, penurunan perhatian, pandangan tidak fokus, sering menguap , mengantuk sepanjang hari dan mengulang pertanyaan yang disampaikan perawat,

1. tanggal 10 Januari 2013

1) 08.00 Pantau pola tidur dan mencatat keadaan fisik atau psikologis pasien yang mengganggu tidur
 Respon : mendorong pasien mengutarakan atau mengemukakan penyebab dari gangguan tidurnya yaitu kekhawatiran terhadap

cucunya yang ada dirumah.

- 2) 10.00 Mendorong pasien untuk menyatakan perasaan cemasnya

Respon : mendorong pasien agar dapat menyatakan keluhannya.

- 3) 12.00 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat

Respon : menjelaskan kepada pasien tentang manfaat tidur yang adekuat tanpa gangguan, pasien mengaku belum mengerti.

- 4) 19.00 Temani atau atur supaya ada seseorang bersama pasien

Rasional : memotivasi pasien atau mengajak teman sewisma untuk bersama pasien, pasien mengatakan tenang bila di ajak berbincang-bincang atau ada yang menemani mengobrol.

- 5) 20.00 Awali melakukan tindakan untuk mendapatkan rasa nyaman seperti

masase dan mengatur posisi yang nyaman.

Respon : mengajarkan pada pasien tentang masase pada lutut ataupun kakinya dengan minyak kayu putih, pasien mengatakan sedikit nyaman.

- 6) 20.30 Memfasilitasi untuk mempertahankan aktifitas sebelum tidur seperti

mandi, minum susu, makan – makanan ringan dan membaca doa sebelum tidur.

Respon : memotivasi pasien agar membaca doa sebelum tidur dan pasien mengatakan merasakan tenang.

- 7) 21.00 Menciptakan lingkungan yang nyaman

Respon : membantu pasien membersihkan tempat tidur dan menutup kamar tidur.

2. tanggal 11 Januari 2013

1) 07.00 Membagikan makanan kepada klien

Respon : mendorong pasien untuk menghabiskan makanan pada pagi hari

2) 09.00 Mendorong pasien untuk menyatakan perasaan cemasnya

Respon : memotivasi pasien agar dapat menyatakan perasaan cemasnya terhadap cucunya.

3) 09.30 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat

Respon : menjelaskan kepada pasien tentang manfaat tidur yang adekuat tanpa gangguan.

4) 10.00 Menemani pasien atau mengatur agar pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

Respon : memotivasi agar pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.

5) 11.00 Mengobservasi Tanda Tanda Vital

Respon : Suhu : 36,5 °C, Tekanan darah : 130/80 MmHg, Nadi: 80 x/Menit Respirasi : 23 x/Menit

6) 20.00 Memfasilitasi untuk mempertahankan aktifitas sebelum tidur seperti mandi, minum susu, makan – makanan ringan dan membaca doa sebelum tidur.

Respon : mendorong pasien untuk membaca doa sebelum tidur dan minum susu.

7) 20.30 Menciptakan lingkungan yang nyaman

Respon : membantu pasien untuk membersihkan kamar tidurnya

3. tanggal 12 Januari 2013

1) 08.00 Membantu pasien membersihkan ruangan di wisma

Respon : Membantu pasien menyapu maupun mengepel ruang tamu wisma, pasien merasa terbantu dengan adanya perawat.

2) 09.00 Mendorong pasien untuk menyatakan perasaannya

Respon : memotivasi pasien agar dapat mengungkapkan perasaan cemasnya.

3) 11.00 Mengobservasi Tanda Tanda Vital

Respon : Suhu : 36,5 °C, Tekanan darah : 130/80 MmHg, Nadi: 80 x/Menit Respirasi : 23 x/Menit

4) 12.00 Temani atau atur supaya ada seseorang bersama pasien

Rasional : mendorong agar pasien dapat berinteraksi dengan teman sesama wisma

5) 20.00 Dukung kelanjutan kebiasaan ritual sebelum tidur

Rasional : mendorong atau mendukung pasien untuk membaca doa sebelum tidur maupun mandi sebelum tidur.

6) 20.30 Memfasilitasi untuk mempertahankan aktifitas sebelum tidur seperti

mandi, minum susu, makan – makanan ringan dan membaca doa sebelum tidur.

Respon : memotivasi pasien agar membaca doa sebelum tidur dan menganjurkan pasien untuk minum susu.

7) 21.00 Menciptakan lingkungan yang nyaman

Respon : membantu pasien membersihkan tempat tidurnya dan menutup pintu kamarnya

4. Tanggal 13 Januari 2013

1) 08.00 Membantu pasien membersihkan ruangan di wisma

Respon : Membantu pasien menyapu maupun mengepel ruang tamu wisma, pasien merasa terbantu dengan adanya perawat.

2) 10.00 Mengobservasi Tanda Tanda Vital

Respon : Suhu : 36,5 °C, Tekanan darah : 130/80 MmHg, Nadi: 80x/Menit

Respirasi : 23 x/Menit

3) 11.00 Menemani pasien atau mengatur agar pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

Respon : mendorong pasien agar dapat berinteraksi dengan teman satu wisma.

4) 20.00 Dukung kelanjutan kebiasaan ritual sebelum tidur

Respon : memotivasi klien untuk membaca doa dan meminum segelas susu.

5. Tanggal 14 Januari 2013

1) 10.00 Mengobservasi tanda tanda vital

Respon : : TD : 130/80, Nadi : 86x/Menit, RR 18x/menit

2) 20.00 Dukung kelanjutan kebiasaan ritual sebelum tidur

Respon : mendukung klien membaca doa dan meminum segelas susu

3.5 Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa keperawatan: Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan

Tanggal 10 Januari 2013

Subjektif : Pasien mengatakan khawatir terhadap cucunya yang ada dirumah , dan masih sering terbangun dimalam hari

Objektif : Sering menguap pada siang hari, wajah tampak pucat, terdapat lengkungan hitam di sekitar mata, pasien masih sering bertanya tanya tentang keadaan cucunya

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7 dilanjutkan.

Tanggal 11 Januari 2013

Subjektif : Pasien mengatakan masih khawatir dengan keadaan cucunya di rumah, pasien juga mengatakan masih sering terbangun saat malam dan sulit untuk mengawali tidurnya

Objektif : Sering menguap, Mengantuk sepanjang hari, Wajah pucat, terdapat lengkungan hitam disekitar mata ,pandangan tidak fokus, sering bertanya

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6 dan 7

Intervensi nomer 1 sudah teratasi di ganti dengan membagikan makanan kepada klien dan intervensi nomer 5 di ganti dengan observasi tanda – tanda vital.

Tanggal 12 Januari 2013

Subjektif : Pasien mengatakan kekhawatiran akan cucunya sudah berkurang dan terbangun pada malam hari sudah berkurang.

Objektif : Wajah masih pucat, pandangan tidak focus, penurunan perhatian masih sering menguap, mata sayu

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi 1,2,3, 4, 5, 6 dan 7

Intervensi nomer 1 mengalami perubahan yaitu membagikan makanan kepada klien dengan membantu pasien membersihkan ruangan di wisma , Intervensi nomer 3 mengalami perubahan karena masalah sudah teratasi dengan observasi tanda – tanda vital dan intervensi nomer 5 di ubah dengan mendukung kelanjutan ritual sebelum tidur karena intervensi sebelumnya sudah teratasi.

Tanggal 13 Januari 2013

Subjektif : Pasien mengatakan sudah rileks tentang kecemasan terhadap cucunya,

Objektif : mata sayu, sering menguap

Assasment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1,3 dan 4

Intervensi nomer 2, 5, 6 dan 7 di hentikan karena masalah sudah teratasi

Tanggal 14 Januari 2013

Subjektif : Pasien mengatakan bangun pada waktu malam sudah
berkurang

Objektif : Wajah rileks, dapat tidur dengan Nyaman, mata tidak sayu

Assesment : Masalah teratasi dengan kriteria hasil jumlah jam tidur
dalam batas normal (6-7 jam) , pola tidur dan kualitas
dalam batas normal, perasaan fresh sesudah tidur/istirahat,
mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur,
pasien dapat mengurangi jumlah tidur pada siang hari

Planning : Intervensi dihentikan.