

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

1.1 Hasil

1.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pelaksanaan pengambilan data dan klien dilakukan di UPTD Pesanggrahan PMKS Majapahit Mojokerto yang berada di Kedung Maling, Sooko, Mojokerto dengan klien yang mengalami demensia dengan masalah defisit perawatan diri di UPTD Pesanggrahan PMKS Majapahit Mojokerto. Penelitian ini dilakukan pada klien Ny. S dan Ny. M di Asrama 5 dengan melakukan proses keperawatan yang dimulai pada tanggal 8 Juni 2021 – 20 Juni 2021.

1.1.2 Pengkajian

1. Identitas Pengkajian

Data Partisipan	Partisipan 1	Partisipan 2
Nama	Ny. S	Ny. M
Umur	70 Tahun	74 Tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
Pendidikan terakhir	-	-
Agama	Islam	Islam
Alamat Asal	Nglinguk, Trowulan, Mojokerto	Watesumpak, Trowulan, Mojokerto
Tanggal pengkajian	9 Juni 2021	9 Juni 2021

2. Identitas Keluarga

Data Keluarga	Keluarga Partisipan 1	Keluarga Partisipan 2
Nama	Ny. I	Ny. Y
Hubungan	Anak	Anak
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Alamat Asal	Nglinguk, Trowulan, Mojokerto	Watesumpak, Trowulan, Mojokerto

3. Status Kesehatan Sekarang

Status Kesehatan	Partisipan 1	Partisipan 2
------------------	--------------	--------------

Keluhan utama	Keluarga mengatakan lupa akan aktivitas apa saja yang akan dilakukan	Keluarga mengatakan lupa akan aktivitas apa saja yang akan dilakukan
Riwayat penyakit sekarang	Pihak penjaga wisma dan perawat mengatakan klien sering BAB BAK di sembarang tempat, tidak mandi, tidak ganti pakaian. Klien mengalami disorientasi tempat, orang, waktu. Tempat : Di rumah teman Orang : Tidak mengenali orang atau nama orang Waktu : Tidak mengetahui hari, tanggal, bulan dan tahun saat ini	Pihak penjaga wisma dan perawat mengatakan klien sering tidak mandi, BAB BAK di tempat tidur, tidak ganti pakaian. Klien mengalami disorientasi tempat, orang, waktu. Tempat : Di rumah teman Orang : Tidak mengenali orang atau nama orang Waktu : Tidak mengetahui hari, tanggal, bulan dan tahun saat ini
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi	Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Hipertensi termasuk dalam faktor resiko terjadinya demensia
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang menurun atau menahun seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan lain-lain.	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang menurun atau menahun seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan lain-lain.
Pengetahuan, usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan.	Tidak ada	Tidak ada
Obat – obatan	Amlodipine Besylate 1x3	Amlodipine Besylate 1x3

4. Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua) Fungsi Fisiologis

Pemeriksaan fisik	Partisipan 1	Partisipan 2
Kondisi Umum	Pasien mengalami kelelahan jika beraktivitas berat, tidak mengalami perubahan BB, nafsu makan, kesulitan untuk tidur dan sering terbangun, kemampuan ADL mandi dibantu, makan sendiri, berpakaian dibantu, berpindah tempat mandiri.	Pasien mengalami kelelahan ketika berjalan sedikit jauh, tidak mengalami perubahan BB, nafsu makan, kesulitan untuk tidur dan sering terbangun, kemampuan ADL mandi dibantu, makan sendiri, berpakaian dibantu, berpindah tempat mandiri.
Integumen	Pasien tidak memiliki luka/lesi maupun bekas luka, tidak mengalami priuritus, tidak terdapat perubahan pigmen, tidak memar.	Pasien tidak memiliki luka/lesi maupun bekas luka, tidak mengalami priuritus, tidak terdapat perubahan pigmen, tidak memar.
Hematopoetic	Pasien tidak memiliki perdarahan yang abnormal, tidak teraba adanya pembengkakan kelenjar limfe, tidak mengalami anemia.	Pasien tidak memiliki perdarahan yang abnormal, tidak teraba adanya pembengkakan kelenjar limfe, tidak mengalami anemia.
Kepala	Pasien tidak merasa sakit kepala, pusing, mengalami gatal pada kulit kepala, rambut beruban dan nampak kotor	Pasien merasa sedikit pusing, mengalami gatal pada kulit kepala, rambut beruban dan nampak kotor.
Mata	Pasien mengalami penurunan ketajaman penglihatan, pasien tidak memakai kacamata, tidak mengalami kekeringan mata, tidak nyeri, gatal, photobobia serta diplopia.	Pasien mengalami penurunan ketajaman penglihatan, pasien tidak memakai kacamata, tidak mengalami kekeringan mata, tidak nyeri, gatal, photobobia serta diplopia.
Telinga	Pasien tidak mengalami penurunan pendengaran, tidak	Pasien tidak mengalami penurunan

	<p>mengalami discharge, tinitus, serta vertigo, tidak memakai alat bantu dengar, tidak memiliki riwayat infeksi sebelumnya. Kebiasaan membersihkan telinga setiap 1 minggu sekali sehabis mandi terkadang tidak membersihkan telinga, kegiatan ADL seperti biasanya.</p>	<p>pendengaran, tidak mengalami discharge, tinitus, serta vertigo, tidak memakai alat bantu dengar, tidak memiliki riwayat infeksi sebelumnya. Kebiasaan membersihkan telinga setiap 1 minggu sekali, kegiatan ADL seperti biasanya.</p>
Hidung Sinus	<p>Pasien memiliki sinus dalam keadaan normal, tidak mengalami rhinorhea, discharge, epistaksis, obstruksi, snoring maupun riwayat infeksi sebelumnya.</p>	<p>Pasien memiliki sinus dalam keadaan normal, tidak mengalami rhinorhea, discharge, epistaksis, obstruksi, snoring maupun riwayat Infeksi sebelumnya.</p>
Mulut dan Tenggorokan	<p>Pasien tidak mengalami nyeri telan, bau mulut, tidak kesulitan menelan, tidak memiliki lesi maupun perdarahan gusi, caries pada bagian gigi geraham, tidak mengalami perubahan rasa, gigi palsu tidak memakai, tidak ada riwayat infeksi sebelumnya, pola sikat gigi tidak pernah sikat gigi.</p>	<p>Pasien tidak mengalami nyeri telan, bau mulut, tidak kesulitan menelan, tidak memiliki lesi maupun perdarahan gusi, Caries pada bagian gigi geraham, tidak mengalami perubahan rasa, gigi palsu tidak memakai, tidak ada riwayat infeksi sebelumnya, pola sikat gigi tidak pernah sakit gigi.</p>
Leher	<p>Pasien tidak mengalami kekakuan leher , nyeri tekan serta tidak terdapat massa.</p>	<p>Pasien tidak mengalami kekakuan leher , nyeri tekan serta tidak terdapat massa.</p>
Pernapasan	<p>Pasien tidak mengalami batuk, nafas pendek, Hemotisis, Wheezing, serta Asma.</p>	<p>Pasien tidak mengalami batuk, nafas pendek, Hemotisis, Wheezing, serta Asma.</p>

Kardiovaskuler	Pasien tidak mengalami Chaist Pain, Palpitasi, Dispnoe, Paroximal, Nocturnal, Orthopnea, Mumur serta Edema.	Pasien tidak mengalami Chaist Pain, Palpitasi, Dispnoe, Paroximal, Nocturnal, Orthopnea, Mumur serta Edema.
Gastrointestinal	Pasien tidak mengalami Disphagia, Nausea/vomiting, Hemateemesis, tidak mengalami perubahan nafsu makan, massa, serta jaundice, terjadi perubahan pola BAB yaitu BAB tidak di kamar mandi, tidak mengalami Melena serta Hemorrhoid. Pola BAB 1 – 2 hari sekali pagi hari.	Pasien tidak mengalami Disphagia, Nausea/vomiting, Hemateemesis, tidak mengalami perubahan nafsu makan, massa, serta jaundice, terjadi perubahan pola BAB yaitu BAB tidak di kamar mandi, tidak mengalami Melena serta Hemorrhoid. Pola BAB sehari 1 kali
Perkemihan	Pasien tidak mengalami Dysuria, frekuensi setiap 1-3 kali sehari, pasien tidak mengalami Hesitancy, urgensy, Hematuria. Poliuria, oliguria, nocturia, inkontinensia, serta nyeri saat berkemih, pola BAK setiap 1-2 kali sehari.	Pasien tidak mengalami Dysuria, frekuensi setiap 2-3 kali sehari, pasien tidak mengalami Hesitancy, urgensy, Hematuria. Poliuria, oliguria, nocturia, inkontinensia, serta nyeri saat berkemih, pola BAK setiap 2-3 kali sehari.
Reproduksi	Pasien tidak mempunyai lesi, Discharge, pascoital bleeding, nyeri pelvis, prolap, riwayat menstruasi, aktifitas seksual serta pap smear.	Pasien tidak mempunyai lesi, Discharge, pascoital bleeding, nyeri pelvis, prolap, riwayat menstruasi, aktifitas seksual serta pap smear.
Muskuloskeletal	Pasien tidak mengalami bengkak pada sendi, kaku sendi, deformitas, spasme, kram, kelemahan otot, masalah gaya saat	Pasien tidak mengalami bengkak pada sendi, kaku sendi, deformitas, spasme, kram, kelemahan otot pada kaki saat dibuat

	berjalan tidak terganggu, tidak mengalami nyeri punggung.	berjalan agak jauh sedikit sudah capek, masalah gaya saat berjalan tidak terganggu, tidak mengalami nyeri punggung.
Persyarafan	Pasien tidak mengalami Headhace, tidak mengalami Seizures, syncope, tic/tremor serta paralysis. Klien mengalami penurunn memori daya ingat.	Pasien mengalami Headhace, tidak mengalami Seizures, syncope, tic/tremor serta paralysis. Klien mengalami penurunn memori daya ingat.

5. Potensi Pertumbuhan Psikososial Dan Spiritual

a. Psikososial

Keterangan	Partisipan 1	Partisipan 2
Cemas	Tidak merasa cemas dengan kondisinya saat ini.	Tidak merasa cemas dengan kondisinya saat ini.
Kesulitan Konsentrasi	Konsentrasi pasien sedikit menurun.	Konsentrasi pasien sedikit menurun.
Persepsi Tentang Kematian	Klien menganggap kematian adalah hal yang lumrah dan takdir dari Allah SWT.	Klien menganggap kematian adalah takdir dari Allah SWT, siap jika kapan pun jika ajal menghampirinya.
Dampak Pada ADL	Mandi, berpakaian, BAB dan BAK masih belum mandiri seringkali BAB dan BAK di tempat tidur.	Mandi, berpakaian, BAB dan BAK masih belum mandiri seringkali BAB dan BAK di tempat tidur, berpindah pada permukaan yang beda dari tinggi ke rendah.

b. Spiritual

Keterangan	Partisipan 1	Partisipan 2
Aktivitas Ibadah	Klien mengatakan melaksanakan shalat 5 waktu, terkadang juga	Klien mengatakan tidak pernah melaksanakan sholat

	tidak melaksanakan sholat sama sekali.	5 waktu.
Hambatan	Tidak ada hambatan tetapi klien jarang melaksanakan ibadah.	Hambatannya saat aktivitas sedikit mudah lelah.

6. Lingkungan

Keterangan	Partisipan 1	Partisipan 2
Kamar	Lantai terbuat dari keramik, kamar tertata rapi dengan ventilasi cahaya yang cukup baik.	Lantai terbuat dari keramik, kamar tertata rapi dengan ventilasi cahaya cukup baik.
Kamar Mandi	Lantai terbuat dari keramik, kamar mandi cukup bersih dan rapi, tidak ada pegangan kamar mandi serta ventilasi baik.	Lantai terbuat dari keramik kamar mandi, ruangan cukup luas, tidak ada pegangan kamar mandi, kamar mandi cukup bersih dan rapi, ventilasi baik.
Dalam Rumah	Didalam rumah cukup rapi dengan lantai keramik. Ventilasi cukup baik dengan 4 jendela dalam rumah. Ada pegangan pada ruangan.	Didalam rumah cukup bersih dan rapi pada dapur dan ruang tamu. Lantai terbuat dari keramik, ventilasi baik terdapat 4 jendela dalam rumah. Ada pegangan ruangan.
Luar Rumah	Didepan rumah terdapat lahan yang cukup luas yang ditanami bunga – bunga.	Didepan rumah terdapat lahan yang cukup luas yang ditanami bunga – bunga.

7. Negative Functional Consequences

a. Kemampuan ADL

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat	
1	Makan	5	10	10	10

2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	15	15
3	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	0	0
4	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	5	5
5	Mandi	0	5	0	0
6	Berjalan di permukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda,)	0	5	5	5
7	Naik turun tangga	5	10	10	5
8	Mengenakan pakaian	5	10	5	5
9	Kontrol bowel (BAB)	5	10	5	5
10	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	5	5
Skor				60	55

Interprestasi hasil : Skor hasil pemeriksaan kemampuan ADL yang di dapat kiln 1

Ny. S 60 dan klien 2 Ny. M 55 yaitu kategori dependen berat.

Skor 0 – 20 : Dependen total

Skor 21 – 60 : Dependen berat

Skor 61 – 90 : Dependen sedang

Skor 91 – 99 : Dependen ringan

Skor 100 : Mandiri/independen

b. Indeks Katz

Skor	Kriteria	Skor Klien 1	Skor Klien 2
------	----------	--------------	--------------

A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.	Klien tidak mandi jika tidak di suruh oleh perawat atau penjaga asrama, penampilan	Klien tidak mampu mandi sendiri, tidak rapi dalam berpakaian, kontinen di tempat tidur, ke kamar kecil dibantu (E)
B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut	klien tidak rapi, kontinen di tempat tidur (D)	
C	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan		
D	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan		
E	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan		
F	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan		

G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut		
---	--	--	--

c. Aspek Kognitif

Mini Mental Exam (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksima 1	Nilai Klien 1	Kriteria
1	Orientasi	5	0	Menyebutkan dengan benar: Tahun : 20208 Hari : Selasa Musim : Hujan Bulan : Januari Tanggal : -
2	Orientasi	5	0	Dimana sekarang kita berada? Negara: - Desa : Mojoagung Propinsi: - Kabupaten/kota : -
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1). Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5	1	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)

6	Bahasa	9	6	<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut).</p> <p>1). Meja 2). Kursi 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : Dan</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <p>4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
Score		30	13	

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksima 1	Nilai Klien 2	Kriteria
1	Orientasi	5	0	Menyebutkan dengan benar: Tahun : - Hari : Minggu Musim : Kemarau Bulan : - Tanggal : 1
2	Orientasi	5	0	Dimana sekarang kita berada? Negara: - Desa : Bacem Propinsi: - Kabupaten/kota : -

3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1). Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5	0	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	6	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut). 1). Meja 2). Kursi 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : Dan Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 

Score	30	12	
--------------	----	----	--

Interpretasi hasil : Skor hasil pemeriksaan MMSE pada klien 1 Ny. S mendapat 13 skor dan klien 2 Ny. A mendapat 12 skor termasuk dalam gangguan kognitif berat.

- 24 – 30 : Tidak ada gangguan kognitif
 18 – 23 : Gangguan kognitif sedang
 0 - 17 : Gangguan kognitif berat

d. Tes Keseimbangan (Time Up Go Test)

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)	
		Klien 1	Klien 2
1.	11 Juni 2021	26 detik	18 detik
Rata-rata Waktu TUG			
Interpretasi hasil		Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan	Resiko tinggi jatuh

e. Kecemasan, GDS

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Ya	Tdk	Hasil klien 1	Hasil klien 2
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0	0
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	0	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	0	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	0	0
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0	0

8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0	0
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	0	0
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	1	1
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	1	1
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	0	0
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0	0
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	0	0
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0	0
Skor				2	2

Interpretasi : Hasil pemeriksaan GDS pada klien 1 Ny. S mendapat skor 2 dan klien 2 Ny. M mendapat skor 2 termasuk dalam kategori normal.

Normal : 0 – 4

Depresi ringan : 5 – 8

Depresi sedang : 9 – 11

Depresi berat : 12 - 15

f. Status Nutrisi

No	Indikators	Skor	Pemeriksaan klien 1	Pemeriksaan klien 2
1.	Menderita sakit atau kondisi	2	2	2

	yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi			
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	0	0
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	0	0
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	0	0
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	0	0
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0	0
7.	Lebih sering makan sendirian	1	0	0
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0	0
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	0	0
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	0	0
	Skor		2	2

Interpretasi : hasil pemeriksaan status nutrisi di dapatkan skor pada klien 1 Ny. S mendapat skor 2 dan klien 2 Ny. M mendapat skor 2 yaitu termasuk dalam kategori good.

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

g. Pemeriksaan Diagnostik

No	Jenis pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1.	TTV	10 Juni 2021	Klien 1 : TD = 140/70 mmHg Nadi = 88x/menit RR = 19x/menit Suhu = 36,5 °C
2.	TTV	10 Juni 2021	Klien 2 : TD = 160/80 mmHg Nadi = 90x/menit RR = 18x/menit Suhu = 36,7 °C

h. Fungsi Sosial Lansia

APGAR KELUARGA

NO	Uraian	Fungssi	Skor klien 1	Skor klien 2
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	1	1
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	2	1
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)	GROWTH	2	2

	saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru			
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	1	1
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	2	2
Kategori Skor: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skor 2 . 3). Kadang-kadang : 1 3). Hampir tidak pernah : skor 0 Intepretasi: < 3 = Disfungsi berat 4 – 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik Kesimpulan : Hasil pemeriksaan fungsi sosial lansia terdapat skor pada klien 1 Ny. S yaitu 8 skor dan klien 2 Ny. M yaitu 7 skor, kedua klien tersebut termasuk dalam kategori fungsi baik.		TOTAL	8	7

1.1.3 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
Klien 1 Data Subjektif : 1. Klien mengatakan lupa rutinitas apa yang ia lakukan sebelumnya 2. Klien mengatakan	Penurunan kognitif	Defisit Perawatan Diri

tidak mau mandi,
ganti pakaian

3. Pihak penjaga
wisma maupun
perawat mengatakan
klien seringkali
BAB/BAK di
sembarang tempat
terkadang di tempat
tidur

Data Objektif :

1. Minat melakukan
perawatan diri
kurang
2. Tidak mampu
mandi/toilet/berhias
secara mandiri.
3. Klien tampak lusuh
4. Penampilan klien
tidak rapi
5. Hasil skor MMSE
13 (gangguan
kognitif berat)
6. Hasil skor indeks
barthel 60 (dependen
berat)
7. Hasil indeks katz
kategori D (Klien
tidak mandi jika
tidak di suruh oleh
perawat atau penjaga
asrama, penampilan
klien tidak rapi,

<p>kontinen di tempat tidur)</p> <p>8. TTV</p> <p>TD : 140/70 mmHg</p> <p>Nadi : 88x/menit</p> <p>RR : 19x/menit</p> <p>Suhu : 36,5 °C</p>		
<p>Klien 2</p> <p>Data Subjektif</p> <p>- Klien mengatakan menolak untuk mandi</p> <p>- Perawat wisma mengatakan klien BAB/BAK sering di tempat tidur, enggan mandi, ganti baju</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri. 2. Rambut klien tampak kotor, bau mulut, bau ban, gigi kuning 3. Klien tampak lusuh 4. Penampilan klien tidak rapi 5. Hasil skor MMSE 	<p>Penurunan kognitif</p>	<p>Defisit perawatan diri</p>

<p>12 (gangguan kognitif berat)</p> <p>6. Hasil skor indeks barthel 55 (dependen berat)</p> <p>7. Hasil indeks katz kategori E (Klien tidak mampu mandi sendiri, tidak rapi dalam berpakaian, kontinen di tempat tidur, ke kamar kecil dibantu)</p> <p>8. TTV TD : 160/80 mmHg Nadi : 90x/menit RR : 21x/menit Suhu : 36,7 °C</p>		
---	--	--

1.1.4 Diagnosa Keperawatan

Data	Diagnosa Keperawatan
Partisipan 1	Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif ditandai dengan klien nampak lusuh, rambut kotor, indeks barthel kategori dependen berat skor 60
Partisipan 2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif ditandai dengan rambut klien tampak kotor, klien nampak lusuh, pakaian tidak rapi, skor indeks barthel 55 dalam kategori dependen berat

1.1.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif	<p>Luaran utama : Dukungan perawatan diri, Dukungan perawatan diri : BAB/BAK, Berhias, Berpakaian, Makan/Minum, Mandi.</p> <p>Luaran tambahan : Fungsi sensori, koordinasi pergerakan, mobilitas fisik, motivasi, status kognitif, status neurologi, tingkat delirium, tingkat demensia, tingkat keletihan, tingkat kenyamanan, tingkat nyeri.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan selama ...x24 jam diharapkan perawatan diri klien meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan mandi meningkat Kemampuan mengenakan pakaian meningkat Kemampuan makan meningkat Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat Minat melakukan perawatan diri meningkat Mempertahankan 	<p>Dukungan Perawatan Diri <i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia (mis. apa sudah mandi, ganti pakaian yang bersih, gosok gigi, memotong kuku) Monitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. lantai yang tidak licin) Sediakan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi, sampo) Tempatkan barang didekat lansia Ajarkan dalam melakukan perawatan diri (mis. cara menyisir rambut yang benar, cara berpakaian, cara sikat gigi yang benar Dampingi dalam melakukan perawatan diri 	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri oleh lansia Mengetahui seberapa tingkat kemandirian klien Membantu klien mengetahui untuk mengingat alat apa saja yang dibutuhkan saat perawatan diri Agar pasien merasa aman dan nyaman di lingkungannya sendiri

		kebersihan diri meningkat g. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	<ul style="list-style-type: none"> • Buat jadwal rutinitas perawatan diri (mis. dari mulai bangun sampai dengan tidur). <i>Edukasi :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	5. Memberikan penjelasan ketika dalam hal perawatan diri apakah klien termasuk dalam tingkat mandiri, sedang atau dengan bantuan 6. Penjadwalan yang bertujuan agar klien ingat atau konsisten dalam hal perawatan diri.
--	--	---	---	---

1.1.6 Implementasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tanggal	Jam	Implementasi
Klien 1			
Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif	Hari ke 1 14 Juni 2021	08:00	Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia Hasil : Klien mengatakan lupa belum mandi, gosok gigi, belum ganti baju serta tidak berhias. 2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien mengatakan segala aktivitas dibantu oleh perawat

			<p>kecuali makan, berpindah tempat, skor = 60</p> <p>3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Hasil : Klien mengatakan untuk mandi alat yang dibutuhkan (sabun, sikat gigi, shampo), berpakaian (baju, rok/celana), berhias (sisir, bedak), makan (sendok, piring)</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (lantai yang tidak licin) Hasil : Klien merasa nyaman ketika berjalan tidak terpeleket.</p> <p>5. Menyediakan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, dan sabun mandi). Hasil : Klien memakai peralatannya sendiri</p> <p>6. Menempatkan barang di dekat lansia Hasil : Klien tidak bersusah payah untuk mencari barang terlebih dahulu.</p> <p>7. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri (berhias, berpakaian yang rapi). Hasil : Klien kooperatif, klien mau menirukan apa yang diajarkan</p> <p>8. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya</p> <p>9. Membuat jadwal rutinitas perawatan diri Hasil : Membiasakan agar klien mau melakukan rutinitas sesuai jadwal yang sudah dibuat.</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Klien mau melakukan apa yang sudah dianjurkan</p>
--	--	--	---

	<p>Hari ke 2 15 Juni 2021</p>	<p>08:00</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. Hasil : Klien mau mandi sendiri. 2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien sudah bisa mandi sendiri meski terkadang lupa tidak menggosok gigi, skor = 70 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri Hasil : Klien mampu mandi sendiri 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya
	<p>Hari ke 3 17 Juni 2021</p>	<p>08:30</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. Hasil : Klien sudah bisa berhias dan berdandan. 2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien mandiri dalam berhias dan berdandan, skor = 80 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri Hasil : Klien mampu melakukan berhias dan berdandan 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya
	<p>Hari ke 4 18 Juni 2021</p>	<p>08:00</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. Hasil : Klien sudah bisa BAB/BAK ke toilet meski sempat BAK di tempat tidur 2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien sudah bisa mandiri ke toilet, skor = 90 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri

			<p>Hasil : Klien mampu melakukannya</p> <p>4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri.</p> <p>Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya</p>
	Hari ke 5 20 Juni 2021	08.00	<p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. Hasil : Klien mengatakan mandi,ganti pakaian, dandan sudah bisa sendiri, BAB/BAK ke toilet meski terkadang masih harus diingatkan kembali.</p> <p>2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien sudah bisa melakukannya sendiri tanpa bantuan perawat, skor = 100</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri Hasil : Klien mampu melakukannya sendiri</p> <p>4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya</p>

Diagnosa keperawatan	Tanggal	Jam	Implementasi
Klien 2			
Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif	Hari ke 1 14 Juni 2021	08:00	<p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia Hasil : Klien mengatakan lupa belum mandi, gosok gigi, belum ganti baju serta tidak berhias.</p> <p>2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien mengatakan segala aktivitas dibantu oleh perawat kecuali makan, berpindah tempat, skor = 55</p> <p>3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Hasil : Klien mengatakan untuk</p>

			<p>mandi alat yang dibutuhkan (sabun, sikat gigi, shampo), berpakaian (baju, rok/celana), berhias (sisir, bedak), makan (sendok, piring)</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (lantai yang tidak licin) Hasil : Klien merasa nyaman ketika berjalan tidak terpeleset.</p> <p>5. Menyediakan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, dan sabun mandi). Hasil : Klien memakai peralatannya sendiri</p> <p>6. Menempatkan barang di dekat lansia Hasil : Klien tidak bersusah payah untuk mencari barang terlebih dahulu.</p> <p>7. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri (berhias, berpakaian yang rapi). Hasil : Klien kooperatif, klien mau menirukan apa yang diajarkan</p> <p>8. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya</p> <p>9. Membuat jadwal rutinitas perawatan diri Hasil : Membiasakan agar klien mau melakukan rutinitas sesuai jadwal yang sudah dibuat.</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Klien mau melakukan apa yang sudah dianjurkan</p>
	Hari ke 2 15 Juni 2021	08:00	<p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. Hasil : Klien mau mandi</p> <p>2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien masih dibantu oleh perawat atau penjaga wisma</p>

			<p>saat ke kamar kecil ketika akan mandi dan mandi masih membutuhkan bantuan, skor 60.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri Hasil : Klien mau melakukannya 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya
	Hari ke 3 17 Juni 2021	08:30	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. Hasil : Klien mau berhias berdandan 2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien sudah bisa sendiri untuk berdandan, skor 70 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri Hasil : Klien mampu melakukannya sendiri 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya
	Hari ke 4 18 Juni 2021	08:00	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. Hasil : Keinginan klien BAB/BAK ke toilet sedikit meningkat 2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien masih dibantu oleh perawat atau penjaga wisma saat ke toilet, skor = 90 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri Hasil : Klien mau melakukannya 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya

	Hari ke 5 20 Juni 2021	08.00	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. Hasil : Klien sudah mandi, makan, berdandan, serta BAB/Bak di toilet 2. Memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel Hasil : Klien masih dibantu oleh perawat atau penjaga wisma saat ke kamar kecil, skor = 90 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan dalam melakukan perawatan diri Hasil : Klien tampak sudah bisa melakukannya dengan sendiri baik mandi, makan, berdandan dan ganti pakaian 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri. Hasil : Klien kooperatif mampu melakukannya sesuai dengan kemampuannya tetapi masih membutuhkan pegangan
--	------------------------------	-------	--

1.1.7 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Tanggal	Klien 1	Klien 2
	Hari ke 1 14 Juni 2021	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak mau mandi, ganti pakaian, berhias, BAB/BAK ke toilet - Klien mengatakan bersedia melakukan apa yang sudah dianjurkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien makan secara mandiri tanpa harus diingatkan - Klien tampak kooperatif - Kemampuan makan meningkat - Kemampuan mengganti pakaian meningkat - Klien ganti baju sendiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menolak melakukan perawatan diri - Klien mengatakan bersedia melakukan apa yang dianjurkan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengganti pakaian meningkat - Klien mau ganti pakaian sendiri - Kemampuan makan meningkat - Klien makan secara mandiri <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p>

		<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 1,2,7,8,10</p>	<p>P : Intervensi dilanjutkan dengan nomer 1,2,7,8,10</p>
	Hari ke 2 15 Juni 2021	<p>S : Klien mengatakan mau mandi sendiri tanpa dibantu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi sedikit meningkat - Klien tampak bersih - minat melakukan perawatan diri sedikit meningkat <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan nomer 1,2,7,8</p>	<p>S : Klien mengatakan tidak mau mandi sendiri, klien mengatakan kemarin malam ngompol di tempat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi sedikit meningkat - Klien tampak segar tidak lusuh - Rambut tampak bersih dan wangi - Minat melakukan perawatan diri sedikit meningkat <p>A : Masalah teratasi sebagian dengan</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan nomer 1,2,7,8</p>
	Hari ke 3 17 Juni 2021	<p>S : Klien mengatakan berhias berdandan setelah mandi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak segar - Bau klien harum - Minat melakukan perawatan diri meningkat <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dengan nomer 1,2,7,8</p>	<p>S : klien mengatakan berdandan sendiri sehabis mandi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minat melakukan perawatan diri meningkat - Klien tampak segar - Bau klien harum <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dengan nomer 1,2,7,8</p>
	Hari ke 4 18 Juni 2021	<p>S : klien mengatakan BAB/BAK di toilet mandiri tetapi sempat kemarin masih ngompol di tempat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan ke toilet untuk BAB/BAK sedikit meningkat 	<p>S : klien mengatakan sudah BAB/BAK di toilet tapi dengan pegangan tetapi meski sempat kemarin ingin BAK belum sampai toilet sudah keluar.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan ke toilet

		A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan nomer 1,2,7,8	untuk BAB/BAK sedikit meningkat A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan nomer 1,2,7,8
	Hari ke 5 20 Juni 2021	S : klien mengatakan mandi sudah mandiri tanpa harus diperintah oleh penjaga wisma, BAB/BAK ke toilet, makan, berhias berdandan sendiri. O : - Kemampuan ke toilet untuk BAB/BAK meningkat - Minat melakukan perawatan diri meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan dilanjutkan dengan memberikan HE menganjurkan klien agar tetap konsisten untuk melakukan perawatan diri	S : klien mengatakan, makan, berhias berdandan sendiri tetapi untuk mandi dan ke kamar kecil klien masih butuh pegangan/dampingan. O : - Minat melakukan perawatan diri meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan ke toilet untuk BAB/BAK meningkat A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan dilanjutkan dengan memberikan HE menganjurkan klien agar tetap konsisten untuk melakukan perawatan diri

1.2 Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan kasus, sehingga dari kesenjangan itu dapat dicari pemecahan masalah untuk memperbaiki dan meningkatkan asuhan keperawatan baik dari pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Yang dilaksanakan pada kedua partisipan dengan uraian sebagai berikut :

1.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dalam pengumpulan data dengan permasalahan yang dialami partisipan. Hasil pengkajian pada studi kasus ini dilakukan dengan cara pengambilan 2 partisipan Ny. S usia 70 tahun dan Ny. M usia 74 tahun dengan jenis kelamin perempuan yang mengalami masalah defisit perawatan diri. Pada pengkajian ini didapatkan dari data subyektif dan data obyektif.

Hasil dari pengkajian keluhan utama mudah lupa akan aktivitas apa saja yang harus ia lakukan. Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu partisipan 1 dan 2 menunjukkan partisipan 1 memiliki riwayat penyakit dahulu yaitu hipertensi. Pada partisipan 2 memiliki riwayat penyakit dahulu yaitu hipertensi sekitar 5 tahun yang lalu. Pada pengkajian Riwayat Kesehatan keluarga kedua partisipan mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit menahun atau menurun.

Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) . Pada pengkajian Indeks Barthel didapati hasil skor indeks barthel klien 1 yaitu 60 sedangkan klien 2 didapatkan hasil skor 55, keduanya termasuk dalam kategori dependen berat. Sedangkan pada Indeks Katz didapatkan pada klien 1 skornya termasuk dalam kategori D (Klien tidak mandi jika tidak di suruh oleh perawat atau penjaga asrama, penampilan klien tidak rapi, kontinen di tempat tidur atau tidak pada tempatnya). Pada klien 2 hasil indeks katz termasuk dalam kategori E (Klien tidak mampu mandi sendiri, tidak rapi dalam berpakaian, kontinen di tempat tidur, ke kamar kecil dibantu). Hasil skor MMSE pada klien 1 yaitu 13 sedangkan klien 2 skornya 12. Keduanya termasuk dalam kategori gangguan kognitif berat.

1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh peneliti, keduanya terdapat diagnosa yang sesuai dengan penyebab. Diagnosa keperawatan kedua klien adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif ditandai dengan indeks barthel dependen berat, bau badan, rambut kotor, penampilan tidak rapi.

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri dengan gejala dan tanda mayor menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang (PPNI, 2016). Pada partisipan 1 hasil skor indeks barthel 60 kategori dependen berat sedangkan pada partisipan 2 hasil skor indeks barthel 55 kategori depende berat. Pada studi kasus ini defisit perawatan diri sudah sangat sesuai dalam penegakan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2.

Pada lansia terjadi demensia disebabkan karena kerusakan sel-sel otak dimana sistem saraf tidak lagi bisa membawa informasi ke dalam otak. Sel-sel otak akan mati secara bertahap seiring dengan bertambahnya usia. Namun, sel-sel otak penderita demensia akan mati dengan cepat dan volume otak mereka akan menyusut, menyebabkan kerusakan parah terhadap fungsi otak sehingga membuat kemunduran pada daya ingat, keterampilan secara progresif, gangguan emosi, dan perubahan perilaku, dan fungsi dalam kehidupan sehari-hari sehingga terjadinya defisit perawatan diri karena itu dalam kesehariannya masih bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya terkait dengan perawatan diri mereka masih membutuhkan bantuan orang lain (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Hasil pengkajian dari data subyektif dan obyektif digunakan untuk menentukan diagnosa, dan partisipan yang mengalami demensia akan mengalami

defisit perawatan diri karena terjadinya kemunduran pada daya ingat yang mempengaruhi perubahan perilaku dan fungsi dalam kehidupan sehari-hari sehingga terjadinya defisit perawatan diri. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara fakta dengan teori.

1.2.3 Perencanaan

Pada tahap ini intervensi keperawatan dilakukan sesuai dengan teori dari (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) tentang dukungan perawatan diri (I.11348) dengan definisi yaitu memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri yang meliputi tiga tahap yaitu *Observasi* : identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan. *Terapeutik* : sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. lantai tidak licin), sediakan keperluan pribadi (mis. parfum, sabun mandi, shampo), tempatkan barang didekat lansia, orientasikan dalam melakukan perawatan diri, dampingi dalam melakukan perawatan diri, buat jadwal rutinitas perawatan diri. *Edukasi* : anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisiten sesuai kemampuan.

Tujuan dilakukannya intervensi ini adalah setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan klien akan menyatakan minat dalam melakukan perawatan diri meningkat, kemampuan mandi meningkat, kemampuan ganti pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat.

Rencana keperawatan dalam studi kasus di atas sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan masalah defisit perawatan diri sehingga disini ada kesesuaian dari intervensi pada partisipan 1 dengan partisipan 2 yaitu dengan mengidentifikasi kebiasaan aktivitas

perawatan diri sesuai usia (misalnya apa saja yaktivitas perawatan diri yang sudah dilakukan), monitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan, menyediakan lingkungan yang terapeutik (misalnya lantai yang tidak licin agar pasien merasa aman dan nyaman), menyediakan keperluan pribadi (misalnya parfum, sabun mandi, shampo), menempatkan barang didekat lansia, mengajarkan dalam melakukan perawatan diri, mendampingi dalam melakukan perawatan diri, buat jadwal rutinitas perawatan diri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisiten sesuai kemampuan. Pada tindakan keperawatan yang dilakukan pada partisipan 1 dan 2 telah disesuaikan dengan teori.

1.2.4 Implementasi

Tahap ini merupakan tahapan lanjutan setelah tahap perencanaan dari masalah keperawatan yang muncul pada partisipan 1 dan partisipan 2. Tindakan secara umum dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi yang sudah dilakukan oleh peneliti pada hari pertama sampai ke-5 sebagai berikut :

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis dalam asuhan keperawatan pada klien yang mengalami demensia dengan masalah defisit perawatan diri tetap berfokus pada intervensi yang telah disusun dan yang dilakukan implementasi atau tindakan dalam asuhan keperawatan pada Ny. S dan Ny. M klien demensia dengan masalah defisit perawatan diri yaitu mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, memonitor tingkat kemandirian dengan indeks barthel, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, berhias dan makan, menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. lantai tidak licin), sediakan keperluan pribadi (mis. parfum, sabun

mandi, shampo), menempatkan barang didekat lansia, mengajarkan dalam melakukan perawatan diri, mendampingi dalam melakukan perawatan diri, membuat jadwal rutinitas perawatan diri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

1.2.5 Evaluasi

Evaluasi dilakukan setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama jangka waktu yang telah ditentukan dalam perencanaan. Dari studi kasus setelah dilakukan tindakan 5x24 jam didapatkan hasil evaluasi pada partisipan 1 pada hari ke 5 yaitu klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri seperti keinginan untuk melakukan mandi meningkat, makan, keinginan untuk BAB/BAK di toilet, berhias berdandan secara mandiri sesuai tingkat kemampuannya meski terkadang harus mengingatkan kembali jadwal rutinitasnya.

Sedangkan pada klien 2 mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri sesuai kemampuan tanpa harus diperintah terlebih dahulu seperti makan secara mandiri, berpakaian, berhias/berdandan sendiri tetapi saat mandi dan ke kamar kecil klien masih harus membutuhkan bantuan mengingat hasil klien 2 pada Indeks Katz klien 2 didapati skor E dan pada indeks bathel didapati skor 50 .

Perbedaan yang terjadi pada partisipan 1 dan 2 adalah skor barthel indeks dan indeks KATZ, dimana partisipan 2 hasil indeks KATZ kategori E dan skor bathel indeks 55 (dependen berat). Faktor yang mempengaruhi disebabkan karena terjadinya gangguan kognitif terbukti dari hasil MMSE pada kedua partisipan dalam kategori berat. Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 5x24 jam dimana ada peningkatan dalam kemampnan ADL pada partisipan 1 didapati sudah bisa melakukan aktivitasnya sendiri dengan skor 100 sedangkan pada partisipan 2 terdapat peningkatan kemampuan dengan skor 90 dependen sedang. Hal ini

menunjukkan bahwa intervensi pada klien 1 dan 2 tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.