

## **BAB 2**

### **GAMBARAN KASUS**

Bab ini berisi tentang proses keperawatan lansia meliputi pengkajian fisik maupun pengkajian psikososial menggunakan pengkajian keperawatan gerontik, analisa data, dan diagnosis keperawatan yang muncul, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan.

#### **2.1 Pengkajian Kasus**

Klien Tn. J berusia 78 tahun bertempat tinggal di panti werdha UPT PMKS Pesanggrahan Majapahit Mojokerto sekitar 6 tahun yang lalu, klien dibawa oleh pihak Dinas Sosial ke panti werdha karena sudah tidak memiliki sanak keluarga. Klien datang dengan kondisi kaki tidak bisa diluruskan, pendengaran terganggu, dan sulit berbicara. Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Mei 2023.

Klien merupakan seorang laki-laki yang tidak memiliki sanak keluarga, karena pada saat ditemukan oleh pihak Dinas Sosial klien sudah dalam keadaan terlantar. Klien beragama islam, berasal dari Jombang dan asli suku jawa. Pendidikan klien tamatan SD. Klien saat ini tidak memiliki sumber pendapatan sama sekali, semua kebutuhan hidup hanya bergantung dari panti. Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi, kolesterol, dan stroke. Klien rutin meminum obat alpara, simvastatin, natto, dan amlodiphine.

Saat pengkajian terlihat klien berbaring di tempat tidur dengan posisi kaki ditekuk, klien tidak bisa berjalan ataupun duduk sendiri, pada saat berjemur dipagi hari, klien menggunakan kursi roda yang dibantu oleh pihak panti. Klien tidak dapat berinteraksi dengan orang sekitarnya karena kesulitan berbicara (disfasia), klien selalu tampak lesu dan diam. Klien tampak bingung pada saat melakukan komunikasi. Respon klien tidak sesuai ketika melakukan interaksi. Klien memiliki nafsu makan yang baik, terlihat dari porsi makan klien yang habis dan ketika diberikan snack tambahan juga dihabiskan. Klien tampak murung mungkin karena klien tidak dapat berinteraksi dengan orang sekitarnya.

Saat dilakukan pengkajian fisik pada status fisiologis didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu: Tekanan darah 140/90 mmHg, Suhu 36 °C, Nadi 98 x/menit, Respirasi rate 20 x/menit, Berat badan 48 kg, Tinggi badan 165 cm. Pada pengkajian Head to Toe didapatkan bagian kepala bersih, tidak ada kerontokan rambut, dan keluhan yang lain. Pada bagian mata konjungtiva normal, sklera ikterik, tidak ada peradangan, tidak ada riwayat katarak. Pada bagian hidung tampak simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal. Pada bagian mulut dan tenggorokan tampak bersih, mukosa kering, tidak ada peradangan, gigi ompong, tidak terdapat radang gusi, kesulitan dalam mengunyah makanan yang keras karena tidak memiliki gigi, tidak ada kesulitan menelan. Pada bagian telinga tampak bersih, tidak ada peradangan, tidak ada serumen, pendengaran terganggu. Pada bagian leher tidak terdapat kaku kuduk, dan pembesaran kelenjar tiroid. Pada bagian dada tampak bentuk dada simetris, retraksi dinding dada, tidak ada wheezing ataupun ronchi. Pada bagian abdomen tampak simetris, tidak terdapat nyeri tekan, tidak kembung, bising usus 8 x/menit, dan tidak ada massa. Pada bagian genitalia tampak bersih, tidak ada hemoroid, dan tidak ada hernia. Pada ekstremitas bawah skala kekuatan otot 1 dan ekstremitas atas 4. Rentang gerak terbatas, tidak ada edema pada kaki, klien menggunakan alat bantu kursi roda. Refleks biceps triceps (+) dan refleks knee achilles (-). Pada bagian integumen klien tampak bersih dan tidak pucat, namun kelembapan kulit kering.

Pada pengkajian psikososial didapatkan pasien tampak tidak cemas, stabilitas emosi klien datar. Pada skala depresi geriatrik tidak didapatkan hasil karena klien tidak bisa menjawab pertanyaan karena kesulitan berbicara, sulit mengungkapkan kata-kata, dan sulit memahami komunikasi. Pada penilaian depresi menurut Beck At & Beck R<sub>w</sub> juga tidak didapatkan hasil. Pada skrining apgar keluarga tidak terkaji. Pada pengkajian SPMSQ didapatkan skor 10 artinya fungsi intelektual kerusakan berat. Pada pengkajian MMSE didapatkan skor 0 yang artinya gangguan kognitif berat pada klien.

Pada pengkajian perilaku kesehatan didapatkan bahwa klien tidak memiliki riwayat merokok. Makan 3 kali sehari, jumlah makanan yang dihabiskan yaitu 1

porsi habis, jika ada makanan tambahan seperti camilan juga dihabiskan. Frekuensi minum klien <3 gelas dalam sehari karena klien terbiasa minum sedikit. Jenis minuman yang diminum adalah air mineral dan teh. Pada pengkajian determinan nutrisi didapatkan hasil skor 2 yang menunjukkan bahwa nutrisi baik. Dalam memenuhi kebutuhan nutrisi klien memerlukan bantuan karena tidak dapat melakukannya secara mandiri. Klien memiliki kebiasaan tidur 4-6 jam, tidak ada gangguan tidur, waktu luang yang digunakan klien ketika tidak tidur biasanya hanya berdiam diri saja. Pola eliminasi klien menggunakan pampers, klien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, tidak ada gangguan BAB. Pola BAK klien menggunakan pampers dalam sehari ganti 2 kali, berwarna kuning jernih, tidak ada gangguan BAK. Pada pola aktivitas klien tidak melakukan kegiatan produktif apapun. Pada pemenuhan kebersihan diri klien mandi 2 kali sehari pagi dan sore menggunakan sabun, kebiasaan berganti pakaian setiap selesai mandi 2 kali sehari. Dalam melakukan perawatan diri, klien memerlukan bantuan karena tidak dapat melakukannya secara mandiri.

Pada pengkajian fungsional berdasarkan Barthel indeks didapatkan skor 30 yang artinya ketergantungan berat/ sangat tergantung. Pada indeks KATZ dengan hasil ketergantungan pada keenam fungsi tersebut. Dalam pengkajian keseimbangan lansia berdasarkan Tinetti tidak terkaji karena klien tidak dapat melakukan aktivitas hanya berbaring di tempat tidur. Hasil pengkajian TUG Test tidak didapatkan hasil karena klien tidak bisa duduk dan berdiri.

Pada pengkajian lingkungan yang ditinggali klien ditemukan bentuk bangunan yaitu asrama, jenis bangunan permanen, atap rumah genting, dinding tembok, lantai keramik dan kebersihan lantai baik, ventilasi 15% luas lantai, pencahayaan baik, penataan perabot baik dan rapi dan kelengkapan alat rumah tangga lengkap. Sanitasi pada asrama penyediaan air bersih dari sumur, penyediaan air minum beli galon aqua, pengolahan jamban kelompok jenis jamban yang digunakan cemplung terbuka, jarak dengan sumber air <10 meter, sarana pembuangan limbah di asrama lancar dan petugas sampah mengolah sampah dengan cara dibakar, polusi udara lainnya hanya dari pembakaran sampah di sore

hari. Fasilitas di asrama terdapat kolam ikan, ruang senam, taman bunga dan ruang pertemuan, tidak terdapat sarana hiburan namun terdapat sarana untuk beribadah yaitu mushola. Keamanan, komunikasi dan transportasi di panti yaitu terdapat transportasi 2 mobil ambulance, kondisi jalan masuk panti tidak rata, terdapat sarana komunikasi yaitu telepon.

## 2.2 Analisa Data

**Tabel 2.1 Analisa Data**

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :-</p> <p>DO : Pada saat dilakukan pengkajian fisik, klien memiliki riwayat penyakit stroke. Ketika dilakukan pengkajian SPMSQ dan MMSE klien tidak dapat menyebutkan nama orang, tempat, dan waktu. Ketika melakukan interaksi sosial, respon klien tampak tidak sesuai.. Klien tampak kesulitan berbicara dan mengungkapkan kata-kata (disfasia). Klien mengalami gangguan pendengaran. Serta klien tampak sulit memahami komunikasi saat melakukan interaksi sosial.</p> <p>Tanda-tanda vital :</p> <p>Tekanan darah = 140/90 mmHg</p> <p>Nadi = 98 x/menit</p> <p>Suhu = 36 °C</p> <p>Respirasi = 20 x/menit</p>	<p>Gangguan neuromuskuler</p> <p>↓</p> <p>Demensia</p> <p>↓</p> <p>Gangguan komunikasi verbal</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal</p>
2.	<p>DS :-</p> <p>DO : Klien berusia 78 tahun yang termasuk dalam golongan <i>old</i> (lansia tua). Pada saat dilakukan pengkajian SPMSQ dan MMSE klien tidak dapat menyebutkan nama orang, tempat, dan waktu. Ketika melakukan interaksi sosial, respon klien tampak tidak sesuai.</p> <p>Tanda-tanda vital :</p> <p>Tekanan darah = 140/90 mmHg</p> <p>Nadi = 98 x/menit</p> <p>Suhu = 36 °C</p> <p>Respirasi = 20 x/menit</p>	<p>Proses penuaan</p> <p>↓</p> <p>Demensia</p> <p>↓</p> <p>Gangguan persepsi sensori</p>	<p>Gangguan persepsi sensori</p>

3.	<p>DS : -  DO : Klien tampak tidak bisa makan, minum, mandi, berpakaian, dan berhias secara mandiri. Terlihat klien mengenakan pampers karena tidak dapat menerapkan toileting secara mandiri. Segala aktivitas klien harus dibantu karena klien tidak dapat melakukan apa-apa.</p> <p>Tanda-tanda vital :  Tekanan darah = 140/90 mmHg  Nadi = 98 x/menit  Suhu = 36 °C  Respirasi = 20 x/menit</p>	<p>Gangguan neuromuskular dan proses penuaan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Demensia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit perawatan diri</p>	Defisit perawatan diri
----	--	--	------------------------



## 2.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisis data hasil pengkajian yang dilakukan, dapat diidentifikasi beberapa masalah sebagai diagnosa keperawatan yaitu :

**2.3.1** Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, disfasia, sulit memahami komunikasi, respon tidak sesuai, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, tempat, waktu (D.0119).

**2.3.2** Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan usia lanjut dibuktikan dengan respon tidak sesuai, disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi (D.0085).

**2.3.3** Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ toileting/ berhias secara mandiri (D.0109).

## 2.4 Rencana Tindakan Keperawatan



**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan**

Intervensi komunikasi terapeutik BERI UANG				
Diagnosa	Rencana Intervensi	Metode	Media	Standar Prosedur Operasional
Gangguan komunikasi verbal	Komunikasi Terapeutik BERI UANG.  Komunikasi terapeutik bertujuan untuk membantu proses penyembuhan klien terhadap penyakitnya, dapat mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih positif, menjadi support system untuk klien, membina hubungan	Ceramah melalui tulisan dan permainan melalui gambar	1. kuisioner SPMSQ dan MMSE. 2. Gambar presiden 3. Gambar warna 4. Gambar buah 5. Tulisan besar	<b>1. Fase pra-interaksi</b> a. Mengumpulkan data tentang pasien. b. Mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutan diri. c. Membuat rencana pertemuan dengan pasien (kegiatan, waktu, tempat)  <b>2. Fase orientasi/ perkenalan</b> a. Memberi salam b. Memperkenalkan diri c. Menanyakan nama pasien d. Menyepakati pertemuan (kontrak) e. Menghadapi kontrak


	<p>antara perawat dan klien sehingga dapat melegakan yang membuat klien merasa nyaman, serta memberikan ketenangan batin pada klien, dengan menerapkan hubungan terapeutik menurut (Nabilah, 2016) yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Empati</li> <li>2. Respek</li> <li>3. Genuinness</li> <li>4. Pengungkapan diri</li> <li>5. Keterpaduan dan kekhususan</li> <li>6. Kedekatan hubungan</li> <li>7. Ekplorasi diri klien</li> </ol> <p><b>BERI UANG</b> merupakan gabungan huruf dari intervensi kemas menurut Standart Intervensi Keperawatan Indonesia, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan dukungan psikologis.</li> <li>2. Identifikasi metode komunikasi yang disukai klien (mis. lisan, tulisan, gerakan bibir, gambar, dan bahasa isyarat).</li> <li>3. Ulangi apa yang disampaikan klien.</li> <li>4. Anjurkan bicara pelan-pelan.</li> <li>5. Gunakan bahasa yang sederhana.</li> </ol> <p>I.13492 dan I.13493</p>			<p>f. Memulai percakapan awal g. Menyepakati masalah pasien h. Mengakhiri perkenalan</p> <p><b>3. Fase kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan dirinya, perilakunya, perasaannya, pikirannya. Tujuan ini sering disebut tujuan kognitif.</li> <li>b. Mengembangkan, mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pasien secara mandiri menyelesaikan masalah yang dihadapi. Tujuan ini sering disebut tujuan afektif atau psikomotor</li> <li>c. melaksanakan terapi/teknikal keperawatan</li> <li>d. Melaksanakan pendidikan kesehatan</li> <li>e. Melaksanakan kolaborasi</li> <li>f. Melaksanakan observasi dan monitoring</li> </ol> <p><b>4. Fase terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyimpulkan hasil kegiatan; evaluasi proses dan hasil</li> <li>b. Memberikan reinforcement positif</li> <li>c. Merencanakan tindak lanjut dengan pasien</li> <li>d. Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya (waktu, tempat, topik)</li> <li>e. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik</li> </ol>
--	--	--	--	---



## 2.5 Implementasi Keperawatan

**Tabel 2.3 Implementasi Keperawatan**

Klien Tn. J dengan Diagnosa Keperawatan Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler (D.0119)						TTD
Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	
	30 Mei 2023		31 Mei 2023		01 Juni 2023	
08.00	<p>1. Mengucapkan salam pada saat masuk ke dalam ruangan klien. Hasil: klien tidak menjawab</p> <p>2. Memperkenalkan diri kepada klien. Hasil: klien hanya melihat dan diam</p> <p>3. Menyampaikan maksud dan tujuan penulis kepada klien. Hasil: klien hanya melihat dan diam</p>	08.00	<p>1. Mengucapkan salam pada saat masuk ke dalam ruangan klien. Hasil: klien tampak tersenyum</p> <p>2. Memperkenalkan diri kepada klien. Hasil: klien tampak tersenyum</p>	08.00	<p>1. Mengucapkan salam pada saat masuk ke dalam ruangan klien. Hasil: klien tampak tersenyum</p> <p>2. Memperkenalkan diri kepada klien. Hasil: klien tampak tersenyum</p>	 Anggi
08.10	<p>4. Mengidentifikasi komunikasi yang disukai klien (Mis. lisan, tulisan, gambar, bahasa isyarat) Hasil: klien tampak menyukai komunikasi menggunakan tulisan dan gambar.</p> <p>5. Gunakan bahasa yang sederhana Hasil: penulis menggunakan bahasa yang sederhana agar memudahkan klien dalam memahami komunikasi antara klien dan penulis</p>	08.10	<p>3. Gunakan bahasa yang sederhana Hasil: penulis menggunakan bahasa yang sederhana agar memudahkan klien dalam memahami komunikasi antara klien dan penulis</p> <p>4. Membina hubungan saling percaya dengan klien. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>5. Memberikan dukungan</p>	08.10	<p>3. Gunakan bahasa yang sederhana Hasil: penulis menggunakan bahasa yang sederhana agar memudahkan klien dalam memahami komunikasi antara klien dan penulis</p> <p>4. Membina hubungan saling percaya dengan klien. Hasil: klien tampak Memperhatikan dan tersenyum</p> <p>5. Memberikan dukungan</p>	 Anggi



	<p>6. Membina hubungan saling percaya dengan klien. Hasil: klien tampak memperhatikan</p> <p>7. Memberikan dukungan psikologis kepada klien. Hasil: klien tampak memperhatikan</p>		<p>psikologis kepada klien. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p>		<p>psikologis kepada klien. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p>	
08.20	<p>8. Mengulangi apa yang disampaikan klien. Hasil: penulis mencoba menyebutkan nama klien dan nama tempat, kemudian penulis menanyakan kembali siapa nama klien kepada klien dan nama tempat, namun klien masih belum bisa untuk menjawab</p> <p>9. Anjurkan klien berbicara pelan-pelan. Hasil: klien tampak kebingungan</p>	08.20	<p>6. Mengulangi apa yang disampaikan klien. Hasil: penulis mencoba menyebutkan kembali nama klien dan nama tempat, kemudian penulis menanyakan kembali siapa nama klien dan nama tempat kepada klien, klien tampak berusaha dan akhirnya klien bisa menjawab namun hanya menyebutkan namanya saja dengan suara yang lirih, kemudian penulis mengulangi kembali jawaban klien ternyata benar klien memberi jawaban tersebut dengan cara tersenyum.</p> <p>7. Anjurkan klien berbicara pelan-pelan. Hasil: klien tampak mengerti dan berusaha</p>	08.20	<p>6. Mengulangi apa yang disampaikan klien. Hasil: penulis mencoba menyebutkan kembali nama klien dan nama tempat, kemudian penulis menanyakan kembali siapa nama klien dan nama tempat kepada klien, klien tampak berusaha dan akhirnya klien bisa menjawab dua-duanya, menyebutkan namanya dan nama tempat saat ini dengan suara yang lirih, kemudian penulis mengulangi kembali jawaban klien ternyata benar klien memberi jawaban tersebut dengan cara tersenyum.</p> <p>7. Anjurkan klien berbicara pelan-pelan.</p>	 Anggi


					Hasil: klien tampak mengerti dan berusaha	
08.30	<p>10. Observasi Quesioner SPMSQ dan MMSE. Hasil: SPMSQ mendapatkan skor 10 poin yang artinya fungsi intelektual kerusakan berat dan MMSE mendapatkan skor 0 yang artinya gangguan kognitif berat.</p> <p>11. Observasi TTV Tekanan Darah : 140/90 mmHg Nadi : 98 x/ menit Suhu : 36 °C Respirasi : 20 x/ menit</p>	08.30	<p>8. Observasi Quesioner SPMSQ dan MMSE. Hasil: SPMSQ mendapatkan skor 9 poin yang artinya fungsi intelektual kerusakan berat dan MMSE mendapatkan skor 1 yang artinya gangguan kognitif berat.</p> <p>9. Observasi TTV Tekanan Darah : 140/80 mmHg Nadi : 96 x/ menit Suhu : 36 °C Respirasi : 20 x/ menit</p>	08.30	<p>8. Observasi Quesioner SPMSQ dan MMSE. Hasil: SPMSQ mendapatkan skor 8 poin yang artinya fungsi intelektual kerusakan sedang dan MMSE mendapatkan skor 3 yang artinya gangguan kognitif berat.</p> <p>9. Observasi TTV Tekanan Darah : 130/80 mmHg Nadi : 98 x/ menit Suhu : 36,2 °C Respirasi : 20 x/ menit</p>	 Anggi
08.45	<p>12. Merencanakan tindakan intervensi selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan</p> <p>13. Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan</p> <p>14. Akhiri kegiatan dengan berpamitan dan mengucapkan salam. Hasil: klien tampak memperhatikan</p>	08.45	<p>10. Merencanakan tindakan intervensi selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>11. Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>12. Akhiri kegiatan dengan berpamitan dan mengucapkan salam. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p>	08.45	<p>10. Akhiri kegiatan dengan berpamitan dan mengucapkan salam. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p>	 Anggi


Pada diagnosa gangguan persepsi sensori, intervensi juga dilakukan selama panti. Penulis mengawali dengan mengidentifikasi pola aktivitas klien, mengidentifikasi riwayat fisik, sosial, dan psikologis klien, mengorientasikan waktu, tempat, dan orang, memfasilitasi orientasi dengan gambar-gambar atau simbol. Intervensi keperawatan untuk gangguan persepsi sensori meliputi mengkaji riwayat fisik, sosial, dan psikologis klien agar penulis mampu mengenal lebih dalam tentang keadaan klien. Mengkaji pola aktivitas klien untuk menilai kemampuan klien dalam melakukan kehidupan sehari-hari. Mengorientasikan waktu, tempat, dan orang untuk melatih daya ingat klien. Memfasilitasi orientasi dengan gambar-gambar atau simbol untuk menarik minat klien untuk berinteraksi.

Pada diagnosa defisit perawatan diri juga sama dilakukan selama di panti. Intervensi tersebut yaitu memberikan bantuan saat makan/ minum sesuai tingkat kemandirian. Dan memberikan bantuan saat mandi sesuai dengan tingkat kemandirian. Intervensi keperawatan untuk defisit perawatan diri meliputi membantu klien untuk makan/ minum agar klien tidak mengalami kesulitan. Dan membantu klien untuk mandi karena klien mempunyai keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga klien bergantung kepada teman sekamarnya dan pengurus panti.


## 2.6 Evaluasi Keperawatan

**Tabel 2.4 Evaluasi Keperawatan**

Klien Tn. J			
Diagnosa Keperawatan	Jam/ Tanggal	Intervensi (S-O-A-P)	TTD
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler	09.00 30 Mei 2023	<p><b>S</b> : -</p> <p><b>O</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam pada saat masuk ke dalam ruangan klien. Hasil: klien tidak menjawab</li> <li>2. Memperkenalkan diri kepada klien. Hasil: klien hanya melihat dan diam</li> <li>3. Menyampaikan maksud dan tujuan penulis kepada klien. Hasil: klien hanya melihat dan diam</li> <li>4. Mengidentifikasi komunikasi yang disukai klien (Mis. lisan, tulisan, gambar, bahasa isyarat) Hasil: klien tampak menyukai komunikasi menggunakan tulisan dan gambar.</li> <li>5. Gunakan bahasa yang sederhana Hasil: penulis menggunakan bahasa yang sederhana agar memudahkan klien dalam memahami komunikasi antara klien dan penulis</li> <li>6. Membina hubungan saling percaya dengan klien. Hasil: klien tampak memperhatikan</li> <li>7. Memberikan dukungan psikologis kepada klien. Hasil: klien tampak memperhatikan</li> <li>8. Mengulangi apa yang disampaikan klien. Hasil: penulis mencoba menyebutkan nama klien dan nama tempat, kemudian penulis menanyakan kembali siapa nama klien kepada klien dan nama tempat, namun klien masih belum bisa untuk menjawab</li> </ol>	 Anggi

		<p>9. Anjurkan klien berbicara pelan-pelan. Hasil: klien tampak kebingungan</p> <p>10. Observasi Quesioner SPMSQ dan MMSE. Hasil: SPMSQ mendapatkan skor 10 poin yang artinya fungsi intelektual kerusakan berat dan MMSE mendapatkan skor 0 yang artinya gangguan kognitif berat.</p> <p>11. Observasi TTV Tekanan Darah : 140/90 mmHg Nadi : 98 x/ menit Suhu : 36 °C Respirasi : 20 x/ menit</p> <p>12. Merencanakan tindakan intervensi selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan</p> <p>13. Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan</p> <p>14. Akhiri kegiatan dengan berpamitan dan mengucapkan salam. Hasil: klien tampak memperhatikan</p> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>09.00 31 Mei 2023</p>	<p><b>S</b> : - <b>O</b> :</p> <p>1. Mengucapkan salam pada saat masuk ke dalam ruangan klien. Hasil: klien tampak tersenyum</p> <p>2. Memperkenalkan diri kepada klien. Hasil: klien tampak tersenyum</p> <p>3. Gunakan bahasa yang sederhana Hasil: penulis menggunakan bahasa yang sederhana agar memudahkan klien dalam memahami komunikasi antara klien dan penulis</p>	<p> Anggi</p>

		<p>4. Membina hubungan saling percaya dengan klien. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>5. Memberikan dukungan psikologis kepada klien. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>6. Mengulangi apa yang disampaikan klien. Hasil: penulis mencoba menyebutkan kembali nama klien dan nama tempat, kemudian penulis menanyakan kembali siapa nama klien dan nama tempat kepada klien, klien tampak berusaha dan akhirnya klien bisa menjawab namun hanya menyebutkan namanya saja dengan suara yang lirih, kemudian penulis mengulangi kembali jawaban klien ternyata benar klien memberi jawaban tersebut dengan cara tersenyum.</p> <p>7. Anjurkan klien berbicara pelan-pelan. Hasil: klien tampak mengerti dan berusaha</p> <p>8. Observasi Quesioner SPMSQ dan MMSE. Hasil: SPMSQ mendapatkan skor 9 poin yang artinya fungsi intelektual kerusakan berat dan MMSE mendapatkan skor 1 yang artinya gangguan kognitif berat.</p> <p>9. Observasi TTV Tekanan Darah : 140/80 mmHg Nadi : 96 x/ menit Suhu : 36 °C Respirasi : 20 x/ menit</p> <p>10. Merencanakan tindakan intervensi selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>11. Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p>	
--	--	---	--

		<p>12. Akhiri kegiatan dengan berpamitan dan mengucapkan salam.          Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum.</p> <p><b>A</b> : Masalah sebagian teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>09.00 01 Juni 2023</p>	<p><b>S</b> : -</p> <p><b>O</b> :</p> <p>1. Mengucapkan salam pada saat masuk ke dalam ruangan klien.          Hasil: klien tampak tersenyum</p> <p>2. Memperkenalkan diri kepada klien.          Hasil: klien tampak tersenyum</p> <p>3. Gunakan bahasa yang sederhana          Hasil: penulis menggunakan bahasa yang sederhana agar memudahkan klien dalam memahami komunikasi antara klien dan penulis</p> <p>4. Membina hubungan saling percaya dengan klien.          Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>5. Memberikan dukungan psikologis kepada klien.          Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>6. Mengulangi apa yang disampaikan klien.          Hasil: penulis mencoba menyebutkan kembali nama klien dan nama tempat, kemudian penulis menanyakan kembali siapa nama klien dan nama tempat kepada klien, klien tampak berusaha dan akhirnya klien bisa menjawab dua-duanya, menyebutkan namanya dan nama tempat saat ini dengan suara yang lirih , kemudian penulis mengulangi kembali jawaban klien ternyata benar klien memberi jawaban tersebut dengan cara tersenyum.</p> <p>7. Anjurkan klien berbicara pelan-pelan.          Hasil: klien tampak mengerti dan berusaha</p>	 Anggi

		<p>8. Observasi Quesioner SPMSQ dan MMSE. Hasil: SPMSQ mendapatkan skor 8 poin yang artinya fungsi intelektual kerusakan sedang dan MMSE mendapatkan skor 4 yang artinya gangguan kognitif berat.</p> <p>9. Observasi TTV Tekanan Darah : 130/80 mmHg Nadi : 98 x/ menit Suhu : 36,2 °C Respirasi : 20 x/ menit</p> <p>10. Merencanakan tindakan intervensi selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>11. Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p>12. Akhiri kegiatan dengan berpamitan dan mengucapkan salam. Hasil: klien tampak memperhatikan dan tersenyum</p> <p><b>A</b> : Masalah sebagian teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--