

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

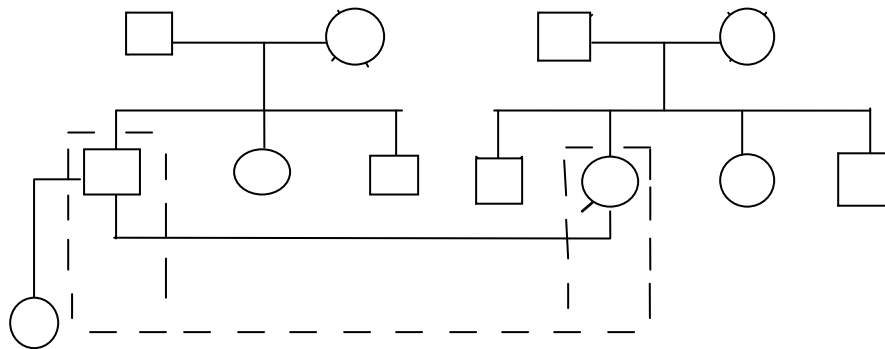
#### 3.1 Pengkajian

Hari senin tanggal 17 Februari 2014 jam 09.00 WIB

##### 3.1.1 Identitas Pasien

Nama klien Ny.R umur 80 tahun (Old), alamat Jl.raya babat 225.Klien sudah menikah, beragama Islam, suku asli Jawa , tingkat pendidikan terakhirnya tamat SD, sudah 3 bulan pasien tinggal dipanti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang penjual kue.

##### 3.1.2 Genogram



Gambar 3.1: genogram

Keterangan :

□ = laki- laki hidup

□ = laki-laki meninggal

○ = perempuan hidup

⊗ = perempuan meninggal

⤴○ = klien

- - - = tinggal bersama

Klien anak ke 2 dari 4 bersaudara, pasien. Pernikahan sekarang ada 1 anak dari suami sedangkan klien tidak memiliki anak kandung dan tidak ada penyakit yang sama pada generasi sebelumnya.

### **3.1.3 Riwayat Rekreasi**

Hobi: klien mengatakan sukanya diam saja didalam lingkungan wisma.

### **3.1.4 Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Klien mengatakan pandangan kabur/buram dan sempat jatuh 2x kemarin

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Klien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah pandangannya kabur

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Klien mengatakan dalam 3 tahun terakhir mengalami sakit mata yaitu katarak dan pernah menjalani operasi katarak pada mata sebelah kiri pada tahun 2010 dan tidak pernah mengalami cedera atau trauma pada mata sebelum menderita katarak.

### **3.1.5 Pemeriksaan Fisik**

#### **1. Tanda-tanda vital dan status gizi**

Tekanan darah : 140/90 mmHg

Suhu : 36,8°C

Nadi : 94x/menit

Respiratori : 22x/menit

Berat badan : 38Kg

Tinggi badan : 150 cm

### **3.1.6 Pemeriksaan fisik Head to Toe**

#### **1. Kepala**

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada kerontokan rambut, rambut sedikit kotor, terdapat uban.

#### **2. Mata**

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, terdapat kekeruhan lensa pada mata sebelah kanan. Dan mata kiri pernah di operasi kurang lebih 3 tahun yang lalu, mata kanan visus 6/60, mata kiri 10/60, pasien memakai kacamata

#### **3. Hidung**

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal.

#### **4. Mulut dan Tenggorokan**

Bentuk simetris, bersih, mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gigi tidak lengkap, tidak ada kesulitan mengunyah.

#### **5. Telinga**

Bersih, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran normal

#### **6. Leher**

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

#### **7. Dada**

##### **Jantung**

Inpeksi :dada simetris

Palpasi :tidak ada nyeri tekan

Perkusi :pekak

Auskultasi :S1,S2 tunggal,suara vesikuler

## **Paru**

Inpeksi :dada simetris

Palpasi :tidak ada nyeri tekan

Perkusi :sonor

Auskultasi :tidak ada suara nafas tambahan wheezing (-) dan ronkhi (-)

## **8. Abdomen**

Inpeksi :bentuk simetris, bentuk flat

Palpasi :tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi normal 20x/menit, tidak kembang

## **9. Genetalia**

Genetalia bersih, tidak terdapat luka(-) , lesi (-)

## **10. Ekstremitas**

Refleks Ekstermitas atas bawah normal (terlampir)

Ekstremitas atas Kekuatan otot skala 4

Eksremitas bawah kekuatan otot skala 4.

Postur tubuh : lordosis

Rentang gerak : terbatas

Penggunaan alat bantu : tongkat

## **11. Integumen**

Kulit agak kotor, agak kering, pucat, keriput, turgor kulit menurun

### **3.1.7 Pengkajian Psikososial**

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Pasien tidak mampu bekerjasama, misalnya dalam melakukan bersih-bersih wisma pasien jarang mengikuti

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Pasien tidak pernah berinteraksi dengan orang lain diluar wisma.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Pasien jarang berinteraksi dengan lansia wisma lain.

4. Stabilitas emosi

Emosi pasien stabil pasien selalu tampak tenang, jarang marah ataupun membuat keributan di dalam panti.

5. Motivasi penghuni panti

Pasien berada dipanti atas dasar kemauan sendiri.

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Pasien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga

### **3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

1. Kebiasaan merokok

Klien tidak pernah merokok

2. Pola pemenuhan nutrisi

Nafsu makan klien baik makan 3x/hari 1 porsi sesuai menu yang telah di sediakan oleh panti.

3. Pola pemenuhan cairan

Klien minum air putih >3 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti teh dan susu.

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Klien tidur >6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, pasien menggunakan waktu luang untuk diam saja.

5. Pola eliminasi BAB

Klien BAB 2 hari sekali, konsistensi lembek, tidak ada gangguan waktu BAB

6. Pola eliminasi BAK

Klien BAK 3- 5 kali sehari, warna urin kuning jernih, bau khas urin, tidak ada gangguan waktu BAK

7. Pola aktivitas

Klien jarang melakukan aktifitas di panti dan kesulitan saat akan beraktifitas.

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Klien mandi 1 kali sehari, memakai sabun, jarang menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari, pasien takut ke kamar mandi karena penglihatannya kabur

9. Pola sensori dan kognitif

Panca indera pengelihatan kabur dan silau terhadap cahaya yang terlalu terang dan tidak bisa melihat dalam keadaan redup, pasien tahu tentang penyakit yang diderita dan akan tetapi pasien kurang mengetahui bagaimana cara.

### **3.1.9 Data Penunjang**

Obat-obatan yang dikonsumsi

Licokalk 3x1, vitamin B komplek 2x1/hari.

### **3.1.10 Pengkajian INDEKS KATZ (Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)**

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ klien 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. (hasil terlampir)

### **3.1.11 Pengkajian Kemampuan Intelektual**

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ klien dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 4 dan jawaban yang salah 6. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual kerusakan sedang. (hasil terlampir)

### **3.1.12 Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif**

#### **Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)**

Untuk aspek kognitif klien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien memiliki gangguan kognitif sedang. Pasien hanya mampu mendapatkan 18 poin dari 30 poin yang berarti interpretasi hasil 18-23 yaitu gangguan kognitif sedang. (hasil terlampir)

### **3.1.13 Pengkajian Inventaris Depresi Beck untuk mengetahui tingkat depresi lansia dari Beck & Deck (1972)**

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck klien depresi ringan. Total penilaiannya pasien dalam batas depresi ringan (5-7). (hasil terlampir)

### 3.1.14 Analisa Data

Tanggal 17 Februari 2014

#### 1. Kelompok data pertama

Data Subyektif :Pasien mengatakan pandangan kabur dan sempat jatuh 2x kemarin

Data Obyektif :Pasien memakai bantuan tongkat saat berjalan, Pasien menggunakan kacamata, Rentang gerak pasien terbatas, pasien tampak kesulitan saat beraktivitas

Masalah : resiko cidera

Kemungkinan penyebab : keterbatasan penglihatan

#### 2. Kelompok data kedua

Data Subjektif :Pasien mengatakan pandangan kabur dan tidak bisa melihat dalam keadaan yang redup

Data objektif :Terdapat kekeruhan lensa pada mata sebelah kanan, visus mata kanan visus 6/60, mata kiri 10/60, penurunan ketajaman penglihatan

Masalah :Gangguan persepsi sensori penglihatan

kemungkinan penyebab :Penurunan ketajaman penglihatan

#### 3. Kelompok data ketiga

Data subjektif :klien mengatakan mandi 1x sehari, jarang gosok



gigi, ganti pakaian 1x sehari dan takut ke kamar mandi karena penglihatan kabur

Data Objektif :rambut klien agak kotor, kulit pasien agak kotor dan kering

Masalah :defisit perawatan diri

kemungkinan penyebab :penurunan penglihatan

### **3.2 Diagnosa keperawatan**

1. Resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan
2. Gangguan persepsi sensori:penglihatan berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan di tandai dengan penglihatan kabur dan visus menurun
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan penglihatan di tandai dengan kulit agak kotor,rambut kotor dan pakaian tidak rapi

### **3.3 Intervensi keperawatan**

1. Diagnosa 1: Resiko cedera berhubungan dengan ketebatasan penglihatan

Tujuan :setelah di lakukan asuhan keperawatan selam 3x24 jam cedera tidak terjadi

Kriteria hasil : a. pasien tidak mengalami cedera

b. Tidak ada tanda-tanda cedera

Intervensi

1. Bantu klien dalam melakukan aktifitas

Rasional: menurunkan resiko jatuh

2. Orientasikan klien terhadap lingkungan

Rasional: pengenalan klien terhadap lingkungan membantu mengurangi cedera

3. Modifikasi lingkungan untuk menghilangkan kemungkinan bahaya

Rasional: kehilangan atau gangguan penglihatan dapat mempengaruhi resiko cedera yang berasal dari gangguan ketajaman dan kedalaman persepsi

4. Letakkan benda di mana klien dapat melihat atau meraihnya tanpa klien menjangkau terlalu jauh

Rasional: tindakan ini dapat mengurangi resiko jatuh

5. Anjurkan pendampingan pada klien saat beraktifitas

Rasional:tindakan ini dapat mengantisipasi terhadap resiko jatuh

2. Diagnosa 2: Gangguan persepsi sensori:penglihatan berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan di tandai dengan penglihatan kabur dan visus menurun

Tujuan :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat meningkatkan ketajaman penglihatan dalam batas situasi individu

Kriteria hasil :a. Mengenal gangguan sensori dan berkompensasi terhadap

perubahan.

b. Mengidentifikasi/memperbaiki potensial bahaya dalam

lingkungan.

Intervensi:

1. Kaji ketajaman pengelihatan

Rasional: mengetahui tingkat ketajaman mata

2. Orientasikan klien terhadap lingkungan

Rasional: pasien dapat mengenali lingkungannya

3. Observasi tanda-tanda disorientasi

Rasional: Terbangun dalam lingkungan yang tidak di kenal dan mengalami keterbatasan penglihatan dapat mengakibatkan kebingungan terhadap orang tua .

4. Anjurkan pasien untuk selalu memakai kacamata saat beraktifitas

Rasional: kacamata dapat membantu klien dalam pengelihatan

5. Sesuaikan lingkungan untuk optimalisasi penglihatan seperti berikan pencahayaan yang cukup

Rasional: meningkatkan kemampuan persepsi sensori

3. Diagnosa 3: defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan penglihatan di tandai dengan kulit agak kotor,rambut kotor

Tujuan :setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam klien memenuhi kebutuhan perawatan diri

Kriteria hasil : a. klien tampak bersih

b. klien tampak segar

c. klien memeragakan perilaku perawatan diri secara bertahap

## Intervensi

1. Membina hubungan saling percaya

Rasional: hubungan saling percaya dapat mendukung intervensi yang di lakukan

2. Jelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan tubuh

Rasional: klien mengetahui dan sadar akan pentingnya menjaga kebersihan tubuh

3. Bantu klien saat mandi dan berpakaian

Rasional: membantu klien agar lebih bersih

4. Anjurkan klien untuk menggunakan alat bantu seperti tongkat saat akan beraktivitas

Rasional: alat bantu dapat mendukung klien saat akan beraktifitas

5. Anjurkan klien untuk meminta bantuan kepada orang lain saat akan beraktifitas

Rasional: membantu klien dalam beraktifitas untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.

### 3.4 Implementasi

1. Diagnosa 1: Resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan pengelihatn

Tabel 3.1 : Implementasi 1

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
17-02-2014	Jam 09.00	1. Melakukan pengkajian kepada klien	1. klien mengungkapkan apa yang di rasakan saat ini
	Jam 10.30	2. Membantu klien dalam beraktifitas dalam kegiatan panti	2. klien merasa terbantu dalam beraktifitas di panti
	Jam 12.30	3. Mengoretasikan klien terhadap kamar dan lingkungan wisma	3. klien tampak mengerti dengan yang di jelaskan
	Jam 14.00	4. Menganjurkan kepada klien untuk di dampingi saat beraktifitas	4. klien mengikuti apa yang telah di sarankan
	Jam 14.15	5. Memodifikasi lingkungan klien menjauhkan barang-barang yang berbahaya bagi klien	5. Klien terlihat lebih nyaman dengan lingkungan yang baru
18-02-2014	Jam 08.00	1. Memodifikasi lingkungan klien menjauhkan barang-barang yang berbahaya bagi klien	1. Klien terlihat lebih nyaman dengan lingkungan yang baru
	Jam 10.00	2. Meletakkan benda lebih dekat dengan klien sehingga klien tidak harus menjangkau jauh saat akan meraihnya	2. klien lebih terbantu dengan lingkungan barunya
	Jam	3. Mengoretasikan kembali	3. klien tampak

	10.40	klien dengan lingkungan yang telah di modifikasi.	mengerti dengan lingkungan yang telah di kenalkan
	Jam 11.30	4. Mendampingi klien saat akan sholat dhuhur	4. klien tampak melakukan sholat dengan baik
	Jam 12.00	5. Mengevaluasi keadaan klien	5. klien mengatakan pandangannya kabur dan hampir jatuh hari ini
19-02-2014	Jam 07.00	1. Mendampingi klien untuk ikut senam pagi	1. pasien mengikuti senam tapi hanya sebentar
	Jam 09.00	2. Mengajarkan kepada klien untuk selalu di dampingi dalam beraktifitas	2. klien mengerti dengan yang di jelaskan
	Jam 11.00	3. Mengevaluasi keadaan klien	3. klien mengatakan tidak cidera/jatuh hari ini

2. Diagnosa 2: Gangguan persepsi sensori: penglihatan berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan di tandai dengan penglihatan kabur dan visus menurun

Implementasi

Tabel 3.2 : Implementasi 2

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
17-02-2014	Jam 09.15	1. Kaji ketajaman mata klien	1. mata kanan visus 6/60, mata kiri 10/60

	Jam 12.30	2. Mengorentasikan klien terhadap lingkungan	2. klien tampak memahami lingkungan sekitarnya
	Jam 12.45	3. Berikan pencahayaan yang cukup pada ruangan	3. pengelihatn klien tampak lebih jelas
	Jam 12.30	4. Mengobservasi tanda-tanda disorientasi pada klien	4. klien tidak mengalami disorientasi
	Jam 12.45	5. Menganjurkan klien selalu memakai kacamata	5. klien tampak selalu mengenakan kacamata saat beraktifitas
	Jam 13.00	6. Mengevaluasi keadaan klien	6. klien mengatakan pandangannya masih kabur/buram
18-02-2014	Jam 09.00	1. Menyesuaikan lingkungan dengan keadaan klien dengan mempertahankan cahaya yang cukup dalam wisma	1. klien lebih jelas pengelihatannya saat cahaya dalam ruangan cukup
	Jam 10.40	2. Mengorentasikan kembali lingkungan kepada klien	2. klien memahami lingkungan di sekitarnya
	Jam 13.00	3. Mengevaluasi keadaan klien	3. klien mengatakan pandangannya masih kabur tetapi lebih jelas dengan bantuan kacamata.

19-02-2014	Jam 10.40	1. Mengoretasikan kembali lingkungan kepada klien	1. klien memahami lingkungan di sekitarnya
	Jam 13.00	2. Menganjurkan klien selalu memakai kacamata	2. klien tampak selalu mengenakan kacamata saat beraktifitas
	Jam 13.15	3. menyesuaikan lingkungan untuk optimalisasi pengelihatan seperti berikan pencahayaan yang cukup	3. klien lebih jelas pengelihatanya saat cahaya dalam ruangan cukup
	Jam 14.00	4. Mengevaluasi keadaan klien	4. klien mengatakan pandanganya sedikit membaik lebih jelas dengan bantuan kacamata

3.Diagnosa 3: defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan pengelihatan di tandai dengan kulit agak kotor,rambut kotor

Implementasi

Tabel 3.3 : Implementasi 3

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
17-02-2014	Jam 07.00	1. Membina hubungan saling percaya	1. klien tampak kooperatif dan mau terbuka
	Jam 07.15	2. Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan tubuh	2. klien tampak mengerti dengan yang di jelaskan
	Jam 07.30	3. Membantu klien saat mandi dan berpakaian	3. klien mandi dengan baik dan



	Jam 11.00	4. Menganjurkan klien untuk menggunakan alat bantu seperti tongkat saat akan beraktivitas	menggunakan pakaian rapi  4. klien menggunakan tongkat saat beraktivitas
	Jam 15.00	5. Menganjurkan klien untuk meminta bantuan kepada orang lain saat akan beraktivitas dalam memenuhi perawatan diri seperti mandi dan berpakaian	5. klien mengerti dan mengikuti saran yang di berikan
	Jam 15.30	6. Mengevaluasi keadaan klien	6. klien mengatakan mandi 1x sehari dan tidak gosok gigi, dan klien tampak tidak
18-02-2014	Jam 07.30	1. Membantu klien saat mandi dan berpakaian	1. klien mandi dengan baik dan menggunakan pakaian rapi
	Jam 10.30	2. Menganjurkan klien untuk menggunakan alat bantu seperti tongkat saat akan beraktivitas	2. klien menggunakan tongkat saat beraktivitas
	Jam 14.00	3. Menganjurkan klien untuk meminta bantuan kepada orang lain saat akan beraktivitas dalam memenuhi perawatan diri seperti mandi dan berpakaian	3. klien mengerti dan mengikuti saran yang di berikan
	Jam 15.30	4. Mengevaluasi keadaan klien	4. klien mengatakan mandi 2x sehari dan

			gosok gigi, dan ganti pakaian 2x sehari, klien tampak lebih bersih dan rapi
19-02-2014	07.30	1. Membantu klien saat mandi dan berpakaian	1. klien mandi dengan baik dan menggunakan pakaian rapi
	10.00	2. Menganjurkan klien untuk menggunakan alat bantu seperti tongkat saat akan beraktivitas	2. klien menggunakan tongkat saat beraktivitas
	10.15	3. Menganjurkan klien untuk meminta bantuan kepada orang lain saat akan beraktivitas dalam memenuhi perawatan diri seperti mandi dan berpakaian	3. klien mengerti dan mengikuti saran yang di berikan
	12.00	4. Mengevaluasi keadaan klien	4. klien mengatakan mandi secara teratur 2x sehari dan klien terlihat bersih, segar dan rapi.

### 3.5 Evaluasi

#### 1. Diagnosa 1

##### a. Tanggal 17 Februari 2014

Subyektif :Klien mengatakan jatuh 2x kemarin karena pandangannya kabur

Obyektif :Klien memakai bantuan tongkat saat berjalan, Klien menggunakan kacamata, Rentang gerak klien terbatas,Klien kesulitan saat beraktifitas

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 18 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan pandangan kabur dan hampir terjatuh

Obyektif :Pasien memakai bantuan tongkat saat berjalan, Rentang gerak pasien terbatas, tidak ada tanda-tanda cidera

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

c. Tanggal 19 Februari 2013

Subyektif : klien mengatakan tidak mengalami cidera/jatuh

Obyektif : klien menggunakan tongkat saat aktifitas  
tidak ada tanda-tanda cidera/jatuh

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan.

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 17 Februari 2014

Subyektif :Pasien mengatakan pandangan kabur

Obyektif :Terdapat kekeruhan lensa pada mata sebelah kanan, visus mata kanan 6/60, mata kiri 10/60, penurunan ketajaman pengelihatn

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 18 Februari 2014

Subjektif :Pasien mengatakan pandangan masih kabur tapi agak sedikit jelas dengan bantuan kacamata

Objektif : klien tampak mampu mengenali lingkungannya  
visus mata kanan 6/60, mata kiri 10/60

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 19 febuari 2014

Subjektif :Klien mengatakan pandangannya sedikit membaik lebih jelas dengan bantuan kacamata

Objektif :Klien tampak mampu mengenali lingkungannya, tidak ada tanda-tanda disorientasi, visus mata kanan 6/60, mata kiri 10/60

Assesment :Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning :Intervensi di pertahankan

3. Diagnosa 3

a. Tanggal 17 Februari 2014

Subjektif : Klien mengatakan mandi 1x sehari, jarang gosok gigi, ganti pakaian 1x sehari dan takut ke kamar mandi karena pengelihatn kabur

Objektif : klien tampak tidak rapi, kulit kering

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi di lanjutkan

b. Tanggal 18 febuari 2014

Subjektif :klien mengatakan mandi 2x sehari dan gosok gigi, dan berganti pakaian 2x sehari

Objektif : klien tampak lebih bersih dan rapi

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 19 febuari 2014

Subjektif : klien mengatakan mandi secara teratur 2x sehari.

Objektif : klien tampak bersih, segar dan rapi

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi di hentikan