

BAB 3
TINJAUAN KASUS

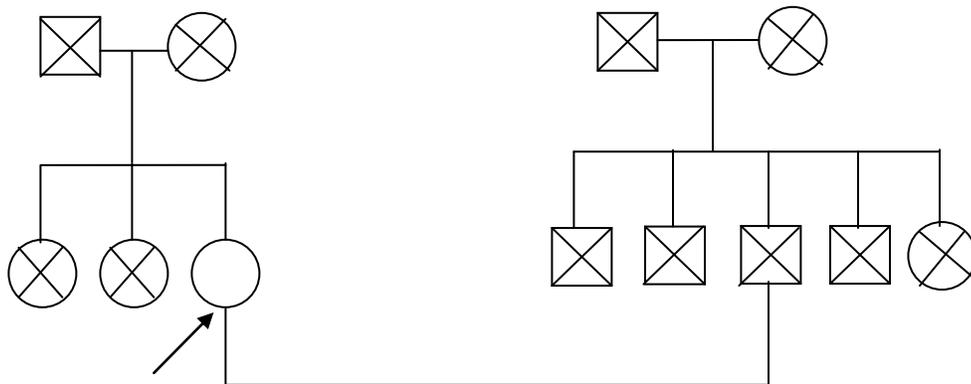
3.1 Pengkajian

Hari sabtu tanggal 3 Februari 2015 pukul 11.00 wib

3.1.1 Identitas pasien

Nama pasien Ny. R umur 85 tahun (old). Alamat jl. Raya Babat no 220 Lamongan. Pasien adalah seorang janda dan beragama islam, suku asli jawa dan pendidikan tingkat terakhir adalah tidak tamat SD, pasien sudah berada di panti selama 2.5 tahun Riwayat pekerjaannya adalah seorang tukang pijat panggilan.

3.1.2 Genogram



- Keterangan :
- ☒ : Laki-laki meninggal
 - ⊗ : Perempuan meninggal
 - : Pasien
 - ☐ : Laki-laki
 - : Perempuan

3.1.3 Riwayat Rekreasi

Hobi/Minat : Pasien mengatakan hobinya adalah mengaji

Liburan/Perjalanan : Pasien mengatakan melakukan jalan-jalan jika ada mahasiswa praktek

3.1.4 Riwayat Kesehatan

1 Keluhan yang dirasakan saat ini

Pasien mengeluhkan tidak bisa tidur dengan tenang, sulit mengawali tidurnya dan sering terbangun pada malam hari sehingga frekuensi tidurnya <4jam karena teringat keluarganya yang ada di rumah dan pasien mengatakan penglihatannya kabur pada kedua matanya

2 Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Pasien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah sulit mengawali tidur dan sering terbangun pada malam hari dan penglihatan kabur pada kedua matanya

3 Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Pasien mengatakan mengalami gangguan penglihatan mata

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

Tanda-tanda vital dan status gizi

Tekanan darah : 150/90 mmHg

Suhu/Nadi : 36°C/60x/menit

Respiratori : 20x/menit

Berat badan : 35 Kg

Tinggi badan : 141 cm

3.1.6 Pengkajian Head to Toe

1. Kepala

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

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah, sklera berwarna putih, tidak strabismus, penglihatan kabur (buta), tidak menggunakan kaca mata, ada lingkaran hitam disekitar mata, jarak pandang mata kiri $\pm 2/60$ dan jarak pandang kanan $\pm 2/60$ klien masih bisa melihat walaupun samar

3. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal

4 Mulut dan Tenggorokan

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

5 Telinga

Telinga bersih, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran telinga kanan dan kiri normal

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

7. Dada

Bentuk dada normal, tidak ada benjolan/jejas, tidak ada sura napas tambahan ronchi (-) wheezing (-)

8. Wajah

Wajah pasien tampak pucat dan kusam

9. Abdomen

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

10. Genetalia

Pasien rajin menjaga kebersihan daerah genitalianya

11. Ekstremitas

Kekuatan otot skala 5, postur tubuh tegap, tidak ada keterbatasan rentang gerak

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	+	+
Achilles	+	+

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

12. Integumen

Kulit bersih, kering, pucat, turgor kulit normal

3.1.7 Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Pasien mampu berinteraksi dan mampu bekerjasama, misalnya dalam melakukan bersih-bersih wisma

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain diluar wisma. Pasien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar wisma seperti senam bersama dibantu dengan mahasiswa

3. Kabiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Pasien tidak pernah berinteraksi ke wisma lain biasanya hanya di dalam wisma saja

4. Stabilitas emosi

Emosi pasien stabil dapat menanggapi dengan tenang ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma

5. Motivasi penghuni panti

Pasien berada dipanti atas dasar keinginan pasien atau kemauan pasien sendiri

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Pasien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga

3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

1. Kebiasaan merokok

Pasien tidak pernah mengkonsumsi rokok

2. Pola pemenuhan nutrisi

Nafsu makan pasien baik, pasien makan 3 kali sehari, makanan 1 porsi habis, dengan porsi nasi, ikan, tahu, tempe, sayur. Suka kacang-kacangan seperti kacang hijau. Berat badan saat ini 35 kg dan tinggi saat ini 141 cm

3. Pola pemenuhan cairan

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

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur <4 jam setiap hari, tidur tidak nyenyak sering terbangun, pasien menggunakan waktu luang untuk santai.

5. Pola eliminasi BAB

Pasien BAB 4 hari sekali kadang seminggu sekali dengan konsistensi keras bau khas BAB, gangguan konstipasi pada BAB

6. Pola eliminasi BAK

Pasien BAK 1-3 kali sehari, warna urin kuning jernih, tidak ada gangguan waktu BAK

7. Pola aktivitas

Aktivitas pasien hanya duduk santai bersama pasien lain karena pasien tidak bias melihat, semua aktivitas pasien dibantu orang lain

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Pasien mandi 2 kali sehari, memakai sabun, rajin menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari.

9. Pola sensori dan kognitif

Ada gangguan penglihatan pada pasien, pasien tidak tahu tentang penyakit yang diderita.dan bagaimana penanganannya.

3.1.9 Data Penunjang

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

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore **B** yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut yaitu berpindah

3.1.11 Pengkajian Kemampuan Intelektual

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Quesioner)

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

3.1.12 Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien mengalami gangguan kognitif berat. Pasien hanya dapat menjawab pertanyaan dengan skor akhir 10.

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

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien mengalami depresi sedang. Total penilaiannya pasien dapat nilai 14 yaitu dalam batas depresi depresi sedang (8-15)

3.1.14 Analisa Data

1. Data Subjektif : Pasien mengatakan sulit untuk mengawali tidurnya, sering terbangun pada malam hari karena khawatir terhadap keluarga di rumah

Data Objektif : klien mengalami penurunan perhatian, konjuktiva berwarna merah, Pasien tidur <4 jam/hari (normal 6-7 jam) sering menguap, mengantuk sepanjang hari, terdapat lingkaran hitam disekitar mata, wajah pucat, klien sering bertanya tentang keluarganya di rumah, di dapatkan Tanda-Tanda Vital,

Tekanan darah : 150/90 mmHg, Suhu : 36°, Nadi : 60x/menit, Respiratori : 20x/menit.

Masalah : Gangguan pola tidur

Kemungkinan penyebab : Cemas

2. Data Subjektif : klien mengatakan tidak bisa melihat

Data Objektif : Pasien berjalan dengan memegang pegangan yang ada di pinggir jalan dan melihat orang harus di raba-raba dahulu, tidak ada reflek untuk membuka mata jarak pandang mata kiri ± 20 cm dan jarak pandang kanan ± 20 cm

Masalah : Resiko cedera

Kemungkinan penyebab : Keterbatasan penglihatan

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan yang ditandai dengan pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena khawatir dengan keadaan keluarganya di rumah, penurunan perhatian, sering menguap, mengantuk sepanjang hari dan mengulang pertanyaan yang disampaikan perawat didapatkan Tekanan darah : 150/90 mmHg, Suhu : 36 °C, Nadi: 60x/menit, Respiratori : 20x/menit.
2. Resiko jatuh berhubungan dengan Keterbatasan penglihatan, ditandai dengan Pasien berjalan dengan memegang pegangan yang ada di pinggir jalan dan melihat orang harus di raba-raba dahulu

3.3 Intervensi Keperawatan

1. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan yang ditandai dengan pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena khawatir dengan keadaan keluarganya di rumah, penurunan perhatian, sering menguap, mengantuk sepanjang hari didapatkan Tekanan darah : 150/90 mmHg, Suhu : 36 °C, Nadi: 60x/menit, Respiratori : 20x/menit.

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat mengontrol kecemasan, tingkat kenyamanan tidur, dan pola tidur yang nyaman dan tidak khawatir lagi

Kriteria hasil : a. Jumlah jam tidur dalam batas normal (6-7 jam per hari)
 b. Pola tidur dan kualitas dalam batas normal,
 c. Perasaan fresh sesudah tidur,
 d. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur,
 e. Klien 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 kebiasaan 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 diperoleh dari aktivitas sebelum tidur.

3) Jelaskan pentingnya tidur adekuat

Rasional : untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang dapat menimbulkan kecemasan.

4) Bantu pasien membatasi tidur siang dengan melakukan aktifitas yang membuat pasien terjaga.

Rasional : untuk menambah waktu tidur pada malam hari dan meningkatkan tidur pada malam hari.

5) Ciptakan lingkungan yang nyaman,

Rasional : untuk memberikan rasa nyaman saat tidur.

- 6) Awali atau melakukan tindakan untuk mendapatkan rasa nyaman seperti masase, mengatur posisi dan sentuhan efektif.

Rasional : memberikan rasa nyaman dan mengurangi perasaan cemas.

- 7) Dukung kelanjutan kebiasaan ritual sebelum tidur.

Rasional : meningkatkan relaksasi dan kesiapan untuk tidur.

2. Resiko jatuh berhubungan dengan Keterbatasan penglihatan, ditandai dengan Pasien berjalan dengan memegang pegangan yang ada di pinggir jalan dan melihat orang harus di raba-raba dulu

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien tidak mengalami resiko cedera

Kriteria hasil : pasien tidak mengalami cedera

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien menggunakan teknik komunikasi terapeutik

Rasional : BHSP dapat mempermudah dalam melaksanakan tindakan keperawatan

2. Orientasi pasien pada lingkungan disekitar

Rasional : Untuk pengenalan pasien dengan lingkungan disekitar

3. Memodifikasi lingkungan untuk menghilangkan kemungkinan bahaya

Rasional : Gangguan penglihatan juga dapat mempengaruhi resiko cedera

4. Dekatkan benda-benda yang sering dibutuhkan pasien

Rasional : Untuk menanggulangi resiko cedera pada pasien

5. Bantu pasien mengevaluasi lingkungan untuk kemungkinan bahaya

Rasional : Untuk mempertahankan lingkungan yang aman

3.4 Implementasi

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan yang ditandai dengan pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena khawatir dengan keadaan keluarganya di rumah, penurunan perhatian, sering menguap, mengantuk sepanjang hari dan mengulang pertanyaan yang disampaikan perawat

1. Tanggal 5 Februari 2015

1) 08.00

Memantau pola tidur dan mencatat keadaan fisik atau psikologis yang mengganggu tidur.

Respon : mendorong pasien mengutarakan atau mengemukakan penyebab dari gangguan tidurnya yaitu kekhawatiran terhadap keluarga di rumah

2) 08.30

Mendorong pasien untuk menyatakan cemasnya

Respon : mendorong pasien agar dapat menyatakan keluhannya

3) 09.00

Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat

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

4) 11.00

Menemani atau atur supaya ada seorang bersama pasien

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

5) 11.30

Mengawali melakukan tindakan untuk mendapatkan rasa nyaman

Respon : membantu pasien merapikan tempat tidur

6) 13.00

Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur

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

7) 14.00

Menciptakan lingkungan yang nyaman dengan cara membersihkan tempat tidur

Respon : membantu pasien membersihkan tempat tidur

2. Tanggal 6 Februari 2015

1) 07.00

Membagi makanan kepada klien

Respon : mendorong pasien untuk menghabiskan makanan pada pagi hari

2) 08.00

Memantau keadaan klien

Respon : untuk melihat kegiatan klien di panti

3) 09.00

Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat

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

4) 10.00

Menemani pasien agar pasien dapat berinteraksi

5) 11.00

Mengobservasi tanda-tanda vital sign

Respon : suhu 36,5°C, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 65x-menit, respiratory 21 x/menit

6) 12.00

Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur

Respon : mendorong pasien untuk membaca doa sebelum tidur dan meminum teh

7) 13.00

Menciptakan lingkungan yang nyaman

Respon : membantu pasien membersihkan tempat tidur

3. Tanggal 7 Februari 2015

1) 08.00

Membantu pasien membersihkan ruangan di wisma

Respon : membantu pasien menyapu maupun mengepel ruang wisma

2) 09.00

Mendorong pasien untuk menyatakan perasaan cemasnya

Respon : mendorong pasien agar menyatakan kecemasannya pada keluarga di rumah

3) 10.00

Mengobservasi tanda-tanda vital sign

Respon : suhu 36,5°C, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 65x/menit, respiratory 21 x/menit

4) 11.00

Menemani atau atur supaya ada seorang bersama pasien

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

5) 12.00

Dukung kelanjutan kebiasaan ritual sebelum tidur

Respon : mendorong untuk mendukung pasien untuk membaca doa sebelum tidur

6) 13.00

Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur

Respon : mendorong pasien untuk membaca doa dan meminum teh sebelum tidur

7) 14.00

Menciptakan lingkungan yang nyaman

Respon : membantu pasien untuk membersihkan tempat tidur

Diagnosa keperawatan 2 : Resiko jatuh berhubungan dengan keterbatasan penglihatan, ditandai dengan pasien berjalan dengan memegang pegangan yang ada di pinggir jalan dan melihat orang harus di raba-raba dahulu

1. Tanggal 5 Februari 2015

1) 08.00

Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan teknik traupetik

Respon : klien kooperatif dan klien memperkenalkan namanya

2) 08.30

Orientasi pasien pada lingkungan disekitar panti

Respon : pasien kooperatif dan pasien sangat antusias

3) 09.00

Memodifikasi pasien terhadap lingkungan

Respon : pasien terlihat bingung dengan benda-benda yang ada disekitar

4) 10.30

Menjauhkan benda-benda yang bahaya

Respon : pasien mengucapkan terima kasih

5) 11.00

Mendekatkan benda-benda yang sering dibutuhkan

Respon : pasien mengucapkan terimakasih dan tampak senang

2. Tanggal 6 Februari 2015

1) 07.00

Membagi makanan kepada klien

Respon : mendorong pasien untuk menghabiskan makanan pada pagi hari

2) 08.45

Orientasi pasien pada lingkungan disekitar panti

Respon : pasien kooperatif dan sangat antusia

3) 09.15

Membantu kegiatan klien

Respon : untuk meminimalisir resiko jatuh

4) 10.15

Menjauhkan benda-benda yang berbahaya

Respon : pasien mengucapkan terima kasih

5) 11.00

Mengobservasi tanda-tanda vital sign

Respon ; Respon : suhu 36,5°C, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi
65x/menit, respiratory 21 x/menit

6) 11.15

Mendekatkan benda-benda yang sering dibutuhkan

Respon : pasien mengucapkan terima kasih dan tampak senang

3. Tanggal 7 Februari 2015

1) 09.45

Mendekatkan benda-benda yang sering dibutuhkan

Respon : pasien mengucapkan terima kasih dan tampak senang

2) 10.00

Observasi tanda-tanda vital sign

Respon ; Respon : suhu 36,5°C, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 65x/menit, respiratory 21 x/menit

3.5 Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan : Gangguan pola tidur berhubungan dengan kecemasan

Tanggal 5 pebruari 2015

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

Objektif : Sering menguap pada siang hari, wajah tampak pucat, terdapat lingkaran hitam di sekitar mata, pasien masih sering bertanya tentang keadaan keluarganya tidurnya <4jam

Assesment : Masalah belum teratasi.

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

Tanggal 6 pebruari 2015

Subjektif : pasien mengatakan masih menghawatirkan keadaan keluarganya dirumah, pasien juga mengatakan masih sering terbangun saat malam hari dan sulit untuk mengawali tidurnya.

Objektif : pasien sering menguap, mengantuk sepanjang hari, wajah pucat, terdapat lingkaran hitam disekitar mata, sering bertanya.

Assesment : masalah belum teratasi.

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

Tanggal 7 Februari 2015

Subjektif : Pasien mengatakan bangun pada waktu malam hari sudah berkurang.

Objektif : Wajah rileks, dapat tidur dengan nyaman, mata tidak sayu.

Assesment : Masalah teratasi dengan kriteria hasil jumlah jam tidur dalam batas normal (6-7jam) pola tidur dan kualitas dalam batas normal, perasaan fresh sesudah tidur, pasien dapat mengurangi jumlah tidur pada siang hari.

Planning : Intervensi dihentikan.

2. Diagnosa Keperawatan : Resiko jatuh berhubungan dengan keterbatasan penglihatan.

Tanggal 5 pebruari 2015

Subjektif : Pasien mengatakan penglihatannya kabur

Objektif : klien berjalan memegang pegangan yang ada di pinggir jalan, melihat orang harus meraba terlebih dahulu

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Intervensi nomor 1,2,3,4,5 dilanjutkan

Tanggal 6 Februari 2015

Subjektif : Pasien mengatakan penglihatannya kabur

Objektif : klien berjalan memegang pegangan yang ada di pinggir jalan, klien mengambil air minum di atas lemari harus meraba-raba dahulu, melihat orang harus meraba terlebih dahulu

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Intervensi nomor 2,3,4,5 dilanjutkan

Tanggal 7 pebruari 2015

Subjektif : Pasien mengatakan penglihatnnya kabur.

Objektif : Klien berjalan memegang pegangan yang ada di pinggir jalan,
melihat orang harus meraba terlebih dahulu

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi nomor 4 dan 5 dilanjutkan.