

BAB 3
TINJAUAN KASUS

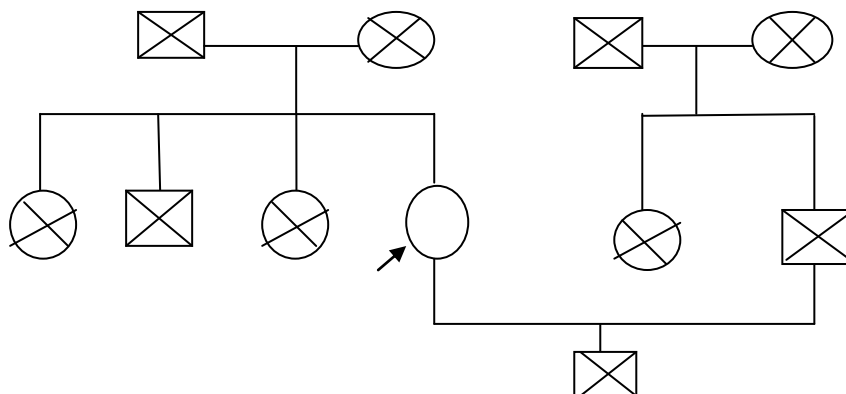
3.1 Pengkajian

Hari senin tanggal 10 Februari 2015 jam 09.00 WIB

3.1.1 Identitas Pasien

Nama klien Ny.T umur 67 tahun (Eldery), alamat Jl. Raya Babat . Pasien sudah menikah, beragama Islam, suku asli jawa , klien tidak sekolah, sudah 3 tahun pasien tinggal dipanti. Riwayat pekerjaannya adalah pernah membuka warung kecil di rumahnya.

3.1.2 Genogram



Keterangan :

□ = laki- laki hidup

⊠ = laki-laki meninggal

○ = perempuan hidup

⊗ = perempuan meninggal

➔○ = klien

— — — = tinggal bersama

Klien anak ke 4 dari 4 bersaudara, pasien sudah menikah Pernikahan sekarang ada 1 anak dari suaminya dan anaknya sudah meninggal sejak kecil.

3.1.3 Riwayat Rekreasi

Hobi: klien mengatakan sangat suka bernyanyi (tembang jawa)

3.1.4 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Klien mengatakan pandangan kabur/buram dan terbentur 3x di kamar mandi.

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Klien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah pandangannya kabur dan kadang nyeri sendi bagian kaki

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Klien mengatakan dalam 3 tahun terakhir mengalami sakit mata(katarak) dan nyeri sendi di bagian kaki.

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital dan status gizi

Tekanan darah : 130/80 mmHg

Suhu : 36,2°C

Nadi : 89x/menit

Respiratori : 21x/menit

Berat badan : 45Kg

Tinggi badan : 160 cm

3.1.6 Pemeriksaan fisik Head to Toe

1. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala agak kotor tidak ada kerontokan, warna rambut putih.

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, reflek cahaya D(+) S(-) terdapat kekeruhan lensa pada mata sebelah kanan dan kiri, mata kanan visus 3/60, mata kiri 0/60, tidak ada nyeri tekan, pasien tidak 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, D(+),S(+)

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

7. Dada

Jantung

Inpeksi : dada simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : pekak (ICS 2-5) sinistra

Auskultasi : S1,S2,S3,S4 tidak ada galop dan murmur.

Paru

Inpeksi : dada simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor ruas paru

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

8. Abdomen

Inpeksi : bentuk simetris, bentuk flat

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani kuadran 2

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

9. Genetalia

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

10. Ekstremitas

Refleks Ekstermitas atas bawah normal

Ekstremitas atas Kekuatan otot skala 5

Eksremitas bawah kekuatan otot skala 5

Postur tubuh : tegap

Rentang gerak : maksimal

Penggunaan alat bantu : tidak ada

11. Integumen

Kulit agak kotor, agak kering, pucat, keriput, turgor kulit menurun CRT > 3 detik.

3.1.7 Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Pasien mampu berinteraksi dengan teman sewisma.

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain diluar wisma.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Pasien selalu 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 Nasi, Sayur, Lauk yang telah di sediakan oleh panti.

3. Pola pemenuhan cairan

Klien minum air putih >3 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti teh dan susu dan kacang hijau kurang lebih 300 cc

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Klien tidur < 8 jam sehari karena sering terbangun pada malam hari.

5. Pola eliminasi BAB

Klien BAB 2 hari sekali, konsistensi agak keras, warna kuning kecoklatan tidak ada gangguan waktu BAB.

6. Pola eliminasi BAK

Klien BAK 1-3 kali sehari, warna urin kuning jernih, bau khas urin, tidak ada gangguan waktu BAK.

7. Pola aktivitas

Klien bersi-bersih, berolahraga bersama dan kadang klien merasa nyeri di kaki saat melakukan kegiatan yang diadakan oleh pihak panti.

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Klien mandi 1 kali sehari saat pagi hari, memakai sabun, menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari, pasien takut ke kamar mandi karena penglihatannya kabur.

9. Pola sensori dan kognitif

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

3.1.9 Data Penunjang

Obat-obatan yang pernah dikonsumsi:

Metronidazole, colotasin dan adem sari.

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 **B** yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari kecuali satu dari fungsi tersebut.

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 6 dan jawaban yang salah 4. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual kerusakan ringan.

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 hasil skor akhir 22 point.

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 minimal (0-4).

3.1.13 Analisa Data

Tanggal 10 Februari 2015

1. Kelompok data pertama

Data Subyektif :Pasien mengatakan pandangan kabur dan sempat terbentur 3x dikamar mandi

Data Obyektif :Pasien bepegangan benda yang ada di sekitar saat berjalan

Pasien tidak menggunakan kacamata

Rentang gerak pasien terbatas

Visus mata kanan 3/60, kiri 0/60

Masalah : Resiko cedera berulang

Kemungkinan penyebab : keterbatasan penglihatan

2. Kelompok data kedua

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

Data objektif :Terdapat kekeruhan lensa pada mata sebelah kanan visus 3/60, kiri visus 0/60

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 sedikit takut kekamar 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 berulang berhubungan dengan ketebatasan penglihatan diatandai dengan adanya lesi pada bagian tubuh dan keakutan beraktifitas.
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 rambut kotor dan pakaian tidak rapi

3.3 Intervensi keperawatan

1. Diagnosa 1: Resiko cedera berulang berhubungan dengan ketebatasan penglihatan ditandai dengan adanya lesi di bagian tubuh dan ketakutan beraktifitas

Tujuan :setelah di lakukan asuhan keperawatan selam 7x24 jam
 cedera tidak terjadi

Kriteria hasil : pasien tidak mengalami cedera

Intervensi

1. Bantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari (mandi, makan, mencuci, berolah raga dll)

Rasional: menurunkan resiko jatuh

2. Orientasikan klien terhadap lingkungan dengan mengenalkan bagian tempat yang biasa dilalui klien.

Rasional: pengenalan klien terhadap lingkungan membantu mengurangi cedera

3. Modifikasi lingkungan dengan memindahkan lemari, menggeser tempat tidur dan meja sehingga ruang gerak luas.

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

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

Rasional: tindakan ini dapat mengurangi resiko jatuh

5. Anjurkan pendampingan atau alat bantu lain pada klien saat beraktifitas

Rasional: tindakan ini dapat mengantisipasi terhadap resiko jatuh

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

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan dapat meningkatkan ketajaman penglihatan dalam batas situasi individu

Kriteria hasil : klien mampu mengenal lingkungan atau tempat yang Biasa dilalui setiap hari

Klien mamapu mengenal ada nya bahaya yang ada di sekitar.

Intervensi:

1. Kaji ketajaman pengelihatan meliputi visus mata

Rasional: mengetahui tingkat ketajaman mata

2. Orientasikan klien terhadap lingkungan megenalan tempat yang biasa di lalui klien.

Rasional: pasien dapat mengenali lingkungannya

3. Observasi tanda-tanda disorientasi

Rasional: mengetahui ada tidaknya disorientasi pada pasien

4. Anjurkan pasien untuk selalu memakai kacamata atau lat bantu lain 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 5x24 jam klien memenuhi kebutuhan perawatan diri

Kriteria hasil :klien tampak bersih

Tingkat ketergantungan klien sedang +3

klien memeragakan perilaku perawatan diri secara bertahap

Intervensi

1. Melakukan salam terapeutik

Rasional: komunikasi yang erat dapat mendukung intervensi yang dilakukan

2. Memberi motivasi untuk mempertahankan personal hygiene dengan benar

Rasional: klien mengetahui dan sadar akan pentingnya menjaga kebersihan tubuh

3. Membantu dan mendampingi klien saat melakukan personal hygiene (mandi, berpakaian dll)

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 beraktivitas

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

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

3.4 Pelaksanaan

Diagnosa 1:

Cidera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan ditandai dengan lesi di bagian tubuh dan ketakutan beraktivitas.

Tanggal 10-02-2015

1. Jam 08.30 wib.

Melakukan pengkajian kepada klien meliputi visus mata, aktivitas,dll.

Respon: klien mengungkapkan apa yang dirasakannya, padangan tidak jelas dan
Sering terbentur saat beraktifitas.

2. Jam 10.30 wib.

Membantu klien dalam beraktivitas sehari-hari dalam kegiatan panti.

Respon: klien merasa terbantu dalam beraktivitas dip anti.

3. Jam 11.30 wib.

Mengorentasikan klien terhadap kamar dengan lingkungan wisma.

Respon: klien tampak mengerti dengan yang dijelaskan.

4. Jam 13.30 wib.

Menganjurkan kepada klien untuk di damping saat beraktivitas.

Respon: klien mengikuti apa yang telah disarankan.

5. Jam 14.15 wib.

Mengendalikan lingkungan klien, dengan mendekatkan barang-barang supaya
mudah digapai klien dan hindarkan lantai yang licin.

Respon: klien terlihat lebih nyaman dengan lingkungan yang baru.

Tanggal 11-02-1015

1. Jam 07.30 wib.

Mengajak klien senam lansia bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam lansia bersama.

2. Jam 09.00 wib.

Mengenalkan lingkungan klien, dekatkan barang-barang supaya mudah digapai klien dan hindarkan lantai yang licin.

Respon: klien terlihat lebih nyaman dengan lingkungan yang baru.

3. Jam 09.30 wib

Memberikan health education (HE) tentang penggunaan alat bantu apabila beraktivitas.

Respon: klien kooperatif dan klien mau mendengarkan dengan baik.

4. Jam 12.00 wib.

Mendampingi klien saat akan melakukan kegiatan sholat dhuhur.

Respon: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

5. Jam 13.00 wib.

Mengevaluasi keadaan klien.

Respon: klien mengatakan pandangan kabur dan terbentur 1x dikamar mandi.

Tanggal 12-02-2015

1. Jam 07.30 wib.

Mengajak klien senam lansia bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam lansia bersama.

2. Jam 08.45 wib.

Mengendalikan lingkungan klien, dekatkan barang-barang supaya mudah digapai klien dan hindarkan lantai yang licin.

Respon: klien terlihat lebih nyaman dengan lingkungan yang baru.

3. Jam 09.15 wib

Membersihkan wisma klien dengan menyapu ,mengepel lantai, merapikan tempat tidur klien.

Respon: klien merasa senang dan terbantu , mengucapkan terima kasih bnayak.

4. Jam 12.00 wib.

Mendampingi klien saat akan melakukan kegiatan sholat dhuhur.

Respon: klien mau mealkukan sholat dengan baik.

5. Jam 13.00 wib.

Mengevaluasi kembali keadaan klien.

Respon: klien mengatakan pandangan kabur dan tidak terpelest lagi.

Tanggal 13-02-2015

1. Jam 07.30 wib.

Mengajak klien senam lansia bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam lansia bersama.

2. Jam 08.35 wib.

Mengendalikan lingkungan klien, dekatkan barang-barang supaya mudah digapai klien dan hindarkan lantai yang licin.

Respon: klien terlihat lebih nyaman dengan lingkungan yang baru.

3. Jam 09.45 wib

Memberikan healt education (HE) tentang penggunaan alat bantu apabila beraktivitas.

Respon: klien kooperatif dan klien mau mendengarkan dengan baik.

4. Jam 11.45 wib.

Mendampingi klien saat akan melakukan kegiatan sholat dhuhur.

Respon: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

5. Jam 13.00 wib.

Mengevaluasi keadaan klien kembali.

Respon: klien mengatakan pandangan kabur dan terpeleset hari ini.

Tanggal 14-02-2015

1. Jam 07.30 wib.

Memebantu klien untuk bersih diri, mandi, mengambilkan baju dll.

Respon: klien bersyukur ada yang membantu nya.

2. Jam 08.00 wib.

Mengendalikan lingkungan klien, dekatkan barang-barang supaya mudah digapai klien dan bersihkan kamar klien hindarkan lantai yang licin.

Respon: klien terlihat lebih nyaman dan aman.

3. Jam 10.15 wib

Memberikan healt education (HE) tentang penyakit mata yang diderita (katarak).

Respon: klien kooperatif dan klien mau mendengarkan dengan baik.

4. Jam 12.00 wib.`

Mendampingi klien saat akan melakukan kegiatan sholat dhuhur.

Respon: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

5. Jam 13.00 wib.

Mengevaluasi keadaan klien.

Respon: klien mengatakan pandangan kabur dan tersandung tapi tidak terjatuh saat berjalan.

Tanggal 15-02-2015

1. Jam 07.30 wib.

Mendampingi klien untuk senam pagi.

Respon: klien mengikuti senam tapi hanya sebentar.

2. Jam 08.30 wib.

Memberikan makan pada klien.

Respon: klien mau makan dan porsi makan habis.

3. Jam 10.00 wib.

Memberikan health education (HE) tentang penggunaan alat bantu apabila beraktivitas.

Respon: klien kooperatif dan klien mau mendengarkan dengan baik.

4. Jam 12.00 wib.

Mendampingi klien saat akan melakukan kegiatan sholat dhuhur.

Respon: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

5. Jam 13.00 wib.

Mengevaluasi keadaan klien kembali.

Respon: klien mengatakan pandangan kabur dan hampir jatuh hari ini.

Tanggal 16-02-2015

1. Jam 07.00 wib.

Membantu klien membersihkan wisma klien dengan menyapu, mengepel lantai, merapikan tempat tidur dll.

Respon: klien merasa senang dan terbantu.

2. Jam 08.00 wib.

Menyiapkan makanan pada klien.

Respon: klien mau makan dan porsi makan habis.

3. Jam 09.30 wib.

Mengkaji klien dengan bercerita dan member solusi tentang keluhan klien.

Respon: klien kooperatif dan klien mau mendengarkan dengan baik.

4. Jam 11.45 wib.

Mendampingi klien saat akan melakukan persiapan sholat dhuhur.

Respon: klien kooperatif dan melakukan sholat dengan baik.

5. Jam 13.00 wib.

Mengevaluasi keadaan klien.

Respon: klien mengatakan pandangan kabur dan tidak terpelest saat beraktifitas.

Diagnosa 2:

Gangguan persepsi sensori (penglihatan berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan). Ditandai dengan penglihatan kabur dan visus menurun.

Tanggal 10-02-2015

1. Jam 09.00 wib.

Kaji ketajaman penglihatan mata klien dengan finger test.

Respon: mata kanan visus 3/60, dan mata kiri 0/60.

2. Jam 10.00 wib.

Mengorientasikan klien terhadap lingkungan.

Respon: klien tampak memahami lingkungan sekitarnya.

3. Jam 10.30 wib.

Memberikan pencahayaan yang cukup pada ruangan.

Respon: penglihatan klien tampak agak jelas.

4. Jam 11.00 wib.

Mengobservasi tanda-tanda disorientasi pada klien terhadap ruangan.

Respon: klien tidak mengalami disorientasi.

5. Jam 12.00 wib.

Mendampingi klien saat melakukan sholat dhuhur.

Respon klien: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

6. Jam 12.30 wib.

Menganjurkan selalu memakai kacamata atau alat bantu lain.

Respon: klien tampak selalu memegang benda sekitar saat beraktivitas.

7. Jam 13.00 wib.

Mengevaluasi kembali keadaan klien.

Respon: klien mengatakan pandangannya masih kabur atau buram.

Tanggal 11-02-2015

1. Jam 09.00 wib.

Mengkaji ketajaman penglihatan mata klien dengan finger test.

Respon: mata kanan visus 3/60, dan mata kiri 0/60.

2. Jam 10.00 wib.

Mengorientasikan klien terhadap lingkungan dengan mendekatkan barang yang sering di gunakan.

Respon: klien tampak memahami lingkungan sekitarnya.

3. Jam 10.30 wib.

Memberikan pencahayaan yang cukup pada ruangan.

Respon: penglihatan klien tampak jelas.

4. Jam 11.00 wib.

Mengobservasi tanda-tanda disorientasi pada klien terhadap ruangan.

Respon: klien tidak mengalami disorientasi.

5. Jam 12.00 wib.

Mendampingi klien saat melakukan sholat dhuhur.

Respon klien: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

6. Jam 12.30 wib.

Menganjurkan selalu memakai kaca mata atau alat bantu lain.

Respon: klien tampak selalu memegang benda sekitar saat beraktivitas.

7. Jam 13.00 wib.

Mengevaluasi keadaan klien.

Respon: klien mengatakan pandangannya masih kabur atau buram.

Tanggal 12-02-2015

1. Jam 08.00 wib.

mengkaji ketajaman penglihatan mata klien dengan finger test.

Respon: mata kanan visus 3/60, dan mata kiri 0/60.

2. Jam 09.00 wib.

Mengorientasikan klien terhadap lingkungan.

Respon: klien tampak memahami lingkungan sekitarnya.

3. Jam 10.00 wib.

Memberikan HE tentang penyakit yang diderita klien.

Respon: klien kooperatif dan mendengarkan dengan baik.

4. Jam 11.00 wib.

Mengobservasi tanda-tanda disorientasi pada klien terhadap ruangan.

Respon: klien tidak mengalami disorientasi.

5. Jam 12.00 wib.

Mendampingi klien saat melakukan sholat dhuhur.

Respon klien: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

6. Jam 12.30 wib.

Menganjurkan selalu memakai kacamata atau alat bantu lain.

Respon: klien tampak selalu saat beraktivitas.

7. Jam 14.00 wib.

Mengevaluasi keadaan klien.

Respon: klien mengatakan pandangannya masih kabur atau buram.

Tanggal 13-02-2015

1. Jam 08.00 wib

Memodifikasi lingkungan dengan keadaan klien dengan mempertahankan cahaya yang cukup dalam kamar / wisma klien.

Respon : Klien lebih jelas penglihatannya saat cahaya dalam ruangan cukup

2. Jam 09.00 wib

Mengorentasikan kembali lingkungan kepada klien

Respon : Klien memahami lingkungan di sekitar

3. jam 12.00 wib

Mendampingi klien saat melakukan sholat dhuhur.

Respon klien: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

4. jam 14.00 wib

Mengevaluasi keadaan klien

Respon : Klien mengatakan pandangannya sedikit lebih jelas jika cahaya (sinar matahari).

Tanggal 14-02-2015

1. Jam 08.00 wib

Memodifikasi lingkungan dengan keadaan klien dengan mempertahankan cahaya yang cukup dalam kamar / wisma klien.

Respon : Klien lebih jelas penglihatannya saat cahaya dalam ruangan cukup

2. Jam 09.00 wib

Mengorentasikan kembali lingkungan kepada klien

Respon : Klien memahami lingkungan di sekitar

3. jam 12.15 wib

Mendampingi klien saat melakukan sholat dhuhur.

Respon klien: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

4. jam 14.00 wib

Mengevaluasi keadaan klien

Respon : Klien mengatakan pandangannya lebih jelas jika ada sinar matahari.

Tanggal 15-02-2015

1. Jam 08.00 wib

Memodifikasi lingkungan dengan keadaan klien dengan mempertahankan cahaya yang cukup dalam kamar / wisma klien.

Respon : Klien lebih jelas penglihatannya saat cahaya dalam ruangan cukup

2. Jam 09.30 wib

Mengorentasikan kembali lingkungan kepada klien

Respon : Klien memahami lingkungan di sekitar

3. jam 12.00 wib

Mendampingi klien saat melakukan sholat dhuhur.

Respon klien: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

4. jam 13.00 wib

Mengevaluasi keadaan klien

Respon : Klien mengatakan pandangannya lebih jelas dengan bantuan cahaya matahari.

Tanggal 16-02-2015

1. Jam 09.00 wib

Menganjurkan klien selalu memakai kacamata/alat bantu lainnya.

Respon : Klien tampak selalu berpegangan pada benda sekitar saat beraktivitas

2. Jam 10.00 wib

Mendampingi klien dalam beraktivitas

Respon : Klien kooperatif dan sangat senang bisa di bantu

3. jam 11.00 wib

Menyesuaikan lingkungan untuk optimalisasi pengelihatannya seperti berikan pencahayaan yang cukup

Respon : Klien lebih jelas penglihatannya saat cahaya dalam ruangan yang cukup

4. jam 12.00 wib

Mendampingi klien saat melakukan sholat dhuhur.

Respon klien: klien tampak melakukan sholat dengan baik.

5. jam 13.00 wib

Mengevaluasi keadaan klien

Respon : Klien mengatakan pandangannya lebih jelas jika banyak pencahayaan.

Diagnosa 3 :

Deficit perawatan diri berhubungan dengan penurunan penglihatan di tandai dengan kulit agak kotor, rambut kotor

Implementasi

Tanggal 10-02-2015

1. jam 08.00 wib

Membina hubungan dengan komunikasi terapeutik

Respon : Klien tampak kooperatif dan mau terbuka

2. jam 09.30 wib

Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan tubuh

Respon : Klien tampak mengerti dengan yang di jelaskan

3. jam 10.00 wib

Membantu klien saat mandi dan berpakaian

Respon : Klien mandi dengan baik dan menggunakan pakaian rapi

4. jam 11.00 wib

Menganjurkan klien untuk menggunakan alat bantu seperti tongkat/berpegangan benda sekitar saat akan beraktivitas

Respon : Klien berpegangan pada sekitar saat beraktivitas.

5. jam 11.45 wib

menganjurkan klien untuk meminta bantuan kepada orang lain saat akan beraktivitas dalam memenuhi perawatan diri seperti mandi dan berpakaian

Respon : Klien mengerti dan mengikuti saran yang di berikan.

6. jam 13.00 wib

Mengevaluasi keadaan klien

Respon : Klien mengatakan mandi 1x/hari dan gosok gigi, dan klien tampak kurang rapi

Tanggal 11-02-2015

1. jam 07.50 wib

Membina hubungan dengan komunikasi terapeutik

Respon : Klien tampak kooperatif dan mau terbuka

2. jam 08.30 wib

Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan

Respon : Klien tampak mengerti dengan yang di jelaskan

3. jam 09.30 wib

Membantu klien saat mandi dan memilih pakaian

Respon : Klien mandi dengan baik dan menggunakan pakaian rapi

4. jam 11.00 wib

Menganjurkan klien untuk menggunakan alat bantu seperti tongkat saat akan beraktivitas

Respon : Klien berpegangan benda sekitar saat beraktivitas.

5. jam 12.50 wib

menganjurkan klien untuk meminta bantuan kepada orang lain saat akan beraktivitas dalam memenuhi perawatan diri seperti mandi dan berpakaian

Respon : Klien mengerti dan mengikuti saran yang di berikan

6. jam 13.00 wib

Mengevaluasi keadaan klien

Respon : Klien mengatakan mandi 1x/hari saja karna merasa dingin jika sore hari.

Tanggal 12-02-2015

1. jam 08.00 wib

Membina hubungan dengan komunikasi terapeutik

Respon : Klien tampak kooperatif dan menceritakan keluhan kesahnyanya

2. jam 09.00 wib

Menjelaskan kepada klien pentingnya menjaga kebersihan tubuh

Respon : Klien tampak mengerti dengan yang di jelaskan

3. jam 09.15 wib

Membantu klien saat mandi dan berpakaian

Respon : Klien mandi dengan baik dan menggunakan pakaian rapi

4. jam 10.00 wib

Menganjurkan klien untuk menggunakan alat bantu seperti tongkat saat akan beraktivitas

Respon : Klien berpegangan benda sekitar saat beraktivitas.

5. jam 12.00 wib

menganjurkan klien untuk meminta bantuan kepada orang lain saat akan beraktivitas dalam memenuhi perawatan diri seperti mandi dan berpakaian

Respon : Klien mengerti dan mengikuti saran yang di berikan

6. jam 12.30 wib

Mengevaluasi keadaan klien

Respon : Klien mengatakan mandi 1x/hari dan gosok gigi, dan klien tampak tidak rapi.

Tanggal 13-02-2015

1. jam 08.00 wib

Mengevaluasi kebersihan diri pasien (klien sudah terlihat bersih dan rapi)

Respon : klien kooperatif dan senang

2. jam 10.00 wib

Memberikan pendidikan (HE) tentang bagaimana deficit perawatan diri pada klien

Respon : Klien kooperatif dan terlihat sudah mau mandi

3. jam 11.00 wib

Memotong/merapikan rambut klien supaya rapi dan bersih

Respon : Klien kooperatif dan senang untuk memotong rambut

4. jam 12.00 wib

Memotong/merapikan kuku klien

Respon ; Klien kooperatif dan senang untuk memotong kuku

5. jam 13.00 wib

mengevaluasi keadaan klien

respon : Klien mengatakan sekarang sudah bersih dan segar

tanggal 15-02-2015

1. jam 09.00 wib

Membantu klien saat mandi dan berpakaian

Respon : Klien mandi dengan baik dan menggunakan pakaian rapi.

2. jam 10.00 wib

Menganjurkan klien untuk menggunakan alat bantu seperti tongkat saat akan beraktivitas

Respon : Klien berpegangan pada sekitar saat beraktifitas

3. jam 11.00 wib

Menganjurkan klien untuk meminta bantuan kepada orang lain saat akan beraktifitas dalam memenuhi perawatan diri seperti mandi dan berpakaian

Respon : Klien mengerti dan mengikuti saran yang diberikan

4. jam 13.00 wib

Mengevaluasi keadaan klien

Respon : Klien mengatakan mandi 2x/hari dan gosok gigi, dang anti pakaian 2x/hari klien tampak bersih, segar dan rapi.

3.2 Evaluasi

1. Diagnosa 1

a. Tanggal 10 Februari 2015

Subyektif : Klien mengatakan tidak terbentur maupun terjatuh.

Obyektif : Klien berpegangan benda yang ada di sekitar saat berjalan.

Klien tidak menggunakan kacamata.

Rentang gerak klien terbatas.

Klien kesulitan saat beraktifitas.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

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

b. Tanggal 11 Februari 2015

Subyektif : Klien mengatakan terbentur 1x dikamar mandi.

Obyektif : Klien berpegangan dengan benda sekitar saat berjalan.

Rentang gerak pasien terbatas.

Ada bekas lebam di pelipis mata.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

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

c. Tanggal 12 Februari 2015

Subyektif : Klien mengatakan hari ini tidak terbentur atau terpeleset lagi.

Obyektif : Klien menggunakan tongkat dan di dampingi saat beraktifitas

Ada bekas lebam di pelipis mata.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning : Intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5.

d. Tanggal 13 Febuari 2015

Subyektif : Klien mengatakan pandangan kabur dan terpeleset saat ingin ke kamar mandi.

Obyektif : Klien berpegangan dengan benda yang ada disekitarnya.

Rentang gerak klien terbatas.

Ada bekas lebam di kening klien.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning : Intervensi di lanjutkan 1,2,5.

e. Tanggal 14 Febuari 2015

Subyektif : Klien mengatakan pandangan kabur dan tersandung tapi tidak terjatuh.

Obyektif : Klien berpegangan dengan benda yang ada disekitarnya.

Rentang gerak klien terbatas, tidak di damping saat beraktifitas.

Bekas lebam di kening mulai hilang.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning : Intervensi di lanjutkan 1,2,5.

f. Tanggal 15 Febuari 2015

Subyektif : Klien mengatakan hampir jatuh saat berjalan.

Obyektif : Klien berpegangan dengan benda yang ada disekitarnya.

Rentang gerak klien terbatas.

Bekas lebam di kening mulai hilang.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning : Intervensi di lanjutkan 1,2,5.

g. Tanggal 16 Febuari 2015

Subyektif : Klien mengatakan pandangan masih kabur dan sudah tidak terpeleset saat ingin ke kamar mandi.

Obyektif : Klien berpegangan dengan benda yang ada disekitarnya.

Rentang gerak klien terbatas.

Tidak ada bekas lebam.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning : Intervensi di lanjutkan 1,3,4.

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 10 Februari 2015

Subyektif : Klien mengatakan pandangan kabur dan tidak bisa melihat dalam keadaan yang redup.

Obyektif : Terdapat kekeruhan lensa pada mata sebelah kanan

Visus mata kanan 3/60, mata kiri 0/60.

Penurunan ketajaman pengelihatan.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

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

b. Tanggal 11 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan pandangan masih kabur masih sama seperti kemarin.

Objektif :Klien tampak takut beranjak dari kamar atau lingkungannya.

Visus mata kanan 3/60, mata kiri 0/60

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

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

c. Tanggal 12 Febuari 2015

Subjektif : Klien mengatakan pandangan masih kabur masih sama seperti kemarin.

Objektif : Klien tampak takut beranjak dari kamar atau lingkungannya.

Visus mata kanan 3/60, mata kiri 0/60.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

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

d. Tanggal 13 Febuari 2015

Subjektif : Klien mengatakan pandangan masih kabur tapi sedikit lebih baik jika banyak cahaya saat melihat.

Objektif : Klien tampak takut beranjak dari kamar atau lingkungannya.

Visus mata kanan 3/60, mata kiri 0/60.

Klien masih tampak ragu untuk melakukan aktivitas.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

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

e. Tanggal 14 Febuari 2015

Subjektif : Klien mengatakan pandangan masih kabur lebih jelas jika meliaht di pagi hari.

Objektif : klien tampak takut beranjak dari kamar atau lingkungannya.

Visus mata kanan 3/60, mata kiri 0/60

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

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

f. Tanggal 15 Febuari 2015

Subjektif : Klien mengatakan pandangan masih kabur masih tetapi dapat melihat dengan jelas pada pagi hari.

Objektif : klien tampak takut beranjak dari kamar atau lingkungannya.

Visus mata kanan 3/60, mata kiri 0/60

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning :Intervensi dilanjutkan 1,3,5.

g. Tanggal 16 Febuari 2015

- Subjektif : Klien mengatakan pandangan masih kabur tetapi dapat melihat lebih jelas jika banyak cahaya (pagi hari).
- Objektif : klien tampak takut beranjak dari kamar atau lingkungannya.
- Visus mata kanan 3/60, mata kiri 0/60
- Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.
- Planning : Intervensi dilanjutkan 1,3,5.

3. Diagnosa 3

a. Tanggal 10 Februari 2015

- Subjektif : Klien mengatakan mandi 1x sehari, ganti pakaian 1x sehari dan takut ke kamar mandi karena penglihatannya kurang jelas.
- Objektif : klien tampak tidak rapi, kulit agak kering, rambut kotor.
- Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.
- Planning : Intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5.

b. Tanggal 11 febuari 2015

- Subjektif : Klien mengatakan mandi 1x sehari, jaran, ganti pakaian 1x sehari karna merasa dingin jika sore hari.
- Objektif : klien tampak tidak rapi, kulit agak kering, rambut kotor.
- Assesment : Masalah belum teratasi .
- Planning : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5

c. Tanggal 12 Febuari 2015

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

Objektif : Klien tampak agak rapi, kulit kering dan rambut kotor.

Assesment : Masalah belum teratasi .

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

d. Tanggal 13 Febuari 2015

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

Objektif : Klien tampak bersih, segar dan rapi.

Assesment : Masalah teratasi sebagian.

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

e. Tanggal 14 Febuari 2016

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

Objektif : Klien tampak bersih, segar dan rapi.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan.