

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PADANY.Y.S.
DENGANGANGGUAN PENGLIHATAN DI WISMA FLAMBOYAN UPT
BUDI AGUNG KUPANG



OLEH

KANISIUS KONO OENUNU
PO.530320116258

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019
KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PADA NY. Y. S.
DENGANGANGGUAN PENGLIHATAN DI WISMA FLAMBOYAN UPT
BUDI AGUNG KUPANG**

Studi Kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**KANISIUS KONO OENUNU
PO.530320116258**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019**

LEMBAR KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kanisius Kono Oenunu
NIM : PO530320116258
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah yang benar-benar hasil tulisan sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Kupang, 14 Juni 2019

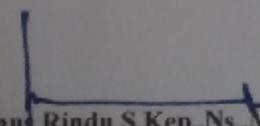
Pembuat pernyataan



Kanisius Kono Oenunu

Nim: PO530320116258

Mengetahui
Pembimbing Utama



Yustinus Rindu S. Kep.,Ns.,M. Kep
NIP.196612311989011001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah Dengan judul "Asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan penglihatan di UPT Budi Agung kupang" telah disetujui dan diperiksa untuk diajukan

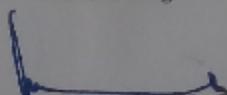
Disusun oleh



Kanisius Komb Oenunu
Nim:PO530320116258

Telah disetujui untuk diseminarkan di depan dewan penguji prodi DIII
keperawatan kupang politeknik kesehatan kemenkes kupang
Pada tanggal 14 Juni 2019

Pembimbing



Yustinus Rindu S. Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.196612311989011001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan studi kasus dengan judul " Asuhan keperawatan pada Ny.Y.S dengan masalah gangguan penglihatan diwisma Flamboyan UPT Budi Agung kupang " telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal juni 2019.

Disusun Oleh:



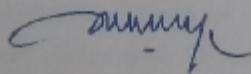
Kanisius Kono Oenunu

NIM: PG 530320116258

Telah Diuji Pada Tanggal 14 Juni 2019

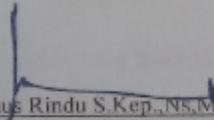
Dewan Penguji

Penguji I



Dr. Rafael Paun SKM.,M.Kes
NIP.195702151982011001

Penguji II



Yustinus Rindu S.Kep.,Ns,M.Kep
NIP. 196612311989011001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan




Dr. Florentinus Tat,SKp,M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan


Margaretha Teli,S.Kep, Ns,MSc-PH
NIP.19770727 200003 2 002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y.S dengan Gangguan penglihatan Di UPT Budi Agung Kupang tanggal 25-29 Juni 2019

Selama proses penulisan Studi Kasus, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Yustinus Rindu Skep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Bapak Rafael Paun,S.KM.,M.kes selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Studi Kasus ini.
3. Bapak Antonius Ili, S.Kep, Ns selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di wisma flamboyan UPT BUDI AGUNG KUPANG
4. Dr. Florentianus Tat., SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
5. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
6. Buat Bapak, Mama,Kakak, Adik, Elsa Goi, serlyn Seko, beatrix jendi ,efhaMoiyang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Juan Nggebu,Jhoni Suban,James Boimau,Rio Bara,Saint Tefnai, Othan Ledo,Ignasius Naihati, migel, Rajho, Ethy Selan, Videl,Yos, Marlin,Ari Bani,

Naris Bana, Efi Njr,&Ryan Elvan yang selalu mendoakan dan mendukung penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

8. Teman-teman Boy terhormat yang selalu mendukung, mendoakan dan membantu sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
9. Teman-teman Keperawatan Angkatan 25 A untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 14 Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

KANISIUS KONO OENUNU, PO. 530320116258, 2019, ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y.S. DENGAN GANGGUAN PENGLIHATAN DI UPT KESEJAHTERAAN SOSIAL LANJUT USIA BUDI AGUNG KUPANG.

Latar Belakang : Manusia lanjut usia adalah orang yang usianya mengalami perubahan biologi, fisik, kejiwaan, dan sosial. Perubahan ini akan berpengaruh terhadap aspek kehidupannya termasuk kesehatannya. Oleh karena itu kesehatan lanjut usia perlu mendapatkan perhatian khusus dan tetap terpelihara serta di tingkatkan agar selama kemampuannya dapat ikut serta berperan aktif dalam pembangunan (DEPKES RI, 2006). Menua (menjadi tua adalah suatu proses menghilangkan secara perlahan – lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada masalah hambatan mobilitas dan kurang pengetahuan yang terjadi di UPT BUDI AGUNG Kupang.

Metode : Jenis penelitian kualitatif dengan rancangan deskriptif untuk studi kasus Asuhan Keperawatan Lansia dengan Gangguan Penglihatan di Wisma Flamboyan UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung, Kupang.

Hasil : Masalah keperawatan didapatkan pada Ny. Y.S. adalah Kurang Pengetahuan, Gangguan Persepsi Sensori, Gangguan Mobilitas Fisik, Kecemasan, dan Resiko Cedera, yang dilakukan selama 4 hari dengan prioritas masalah yaitu Kurang Pengetahuan dengan melakukan Pendidikan Kesehatan dan Gangguan mobilitas fisik dengan melakukan ROM aktif dan pasif .

Kesimpulan : Masalah keperawatan Kurang pengetahuan dan Gangguan mobilitas fisik perlu perawatan lanjutan baik dilakukan oleh perawat maupun keluarga.

Kata kunci: Mobilitas, Pengetahuan, ROM, Mobilitas, Lansia

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gangguan penglihatan masih menjadi sebuah masalah di dunia. Angka kejadian gangguan penglihatan di dunia cukup tinggi yakni mencakup 4,25 % dari penduduk dunia atau sekitar 285 juta orang yang mana 86% diantaranya mengalami gangguan penglihatan lemah dan 14% sisanya mengalami kebutaan. Gangguan penglihatan itu disebabkan berbagai macam penyakit seperti gangguan refraktif yang tidak terkoreksi (42%), katarak (33%), glaukoma (2%), trakoma (1%), diabetes retinopati (1%), penyebab lain (18%).

Indonesia memiliki angka kebutaan tertinggi di wilayah Asia Tenggara. Hasil survey kesehatan indera penglihatan tahun 1993 –1996 menunjukkan angka kebutaan 1,5 % dengan penyebab utama katarak (0,78%), glaukoma (0,20%), kelainan refraksi (0,14%), dan penyakit –penyakit lain yang berhubungan dengan lanjut usia (0,38%) (Kemenkes, 2005). Dari data tersebut dapat diketahui bahwa di Indonesia katarak sebagai penyebab utama kebutaan.

Prevalensi katarak di Indonesia pada tahun 2013 adalah 1,8%. Yang tersebar di beberapa prpinsi seperti; Bali (11,0%), diikuti oleh DI Yogyakarta (10,2%) dan Sulawesi Selatan (9,4%). sedangkan yangterendah dilaporkan di Papua Barat (2,0%) diikuti DKI Jakarta (3,15%). Untuk Jawa Timur prevalensi terjadinya katarak 6%. (Ode la sharif, 2013)

Menurut (Pusat Data Informasi Kementrian Kesehatan RI tahun 2014), Rasio jumlah kebutaan di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 8.680 orang pada tahun 2013, dan di Kota Kupang sebanyak 260 yang telah mengikuti operasi katarak dari berbagai daerah seperti Rote, Kab Kupang, Soe, Kefamananu, Atambua, Malaka, TTS, TTU sedangkan data yang diperoleh dari dinas kesehatan kota kupang didapatkan dalam tahun tahun 2018-bulan mei 2019 terdapat 43 pasien dengan katarak (22%) dari jumlah lansia di kota kupang.

Dari hasil pengkajian pada tahun 2019 jumlah lansia adalah 65 lansia yang ada di UPT Budi Agung Kupang penulis. Data lansia yang mengalami gangguan penglihatan berjumlah 28 (43,1%) dan yang tidak mengalami gangguan penglihatan sebanyak 37 lansia (56,9%). Banyak pasien yang sulit beraktifitas karena keterbatasan melihat dan banyak pasien yang masih kurang pengetahuan yang berkurang. Hasil penelitian pada tahun 2017 jumlah lansia untuk di UPT Budi Agung Kupang adalah 85 orang. Jika tidak dilakukan asuhan keperawatan yang baik pada lansia dengan katarak akan ada banyak resiko yang terjadi pada lansia.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka penulis tertarik untuk mengambil studi kasus “asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pengelihataan Pada Ny.Y.S di wisma flamboyan UPT Budi Agung Kupang “

1.2. Tujuan Penulisan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan umum

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.Y.S dengan masalah gangguan penglihatan di wisma flamboyan UPT Budi Agung Kupang, sesuai dengan proses keperawatan

1.2.2 Tujuan khusus

- 1) Melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan pada Ny.Y.S dengan gangguan penglihatan di wisma flamboyan UPT Budi Agung Kupang.
- 2) Menetapkan/merumuskan diagnosa asuhan keperawatan pada Ny.Y.S dengan masalah gangguan penglihatan di wisma flamboyan UPT Budi Agung Kupang
- 3) Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny.Y.S dengan gangguan penglihatan di wisma flamboyan UPT Budi Agung Kupang
- 4) Mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn.Y.S dengan defisit pengetahuan di wisma flamboyan UPT Budi Agung Kupang
- 5) Mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny.Y.S dengan gangguan penglihatan di wisma flamboyan UPT Budi Agung Kupang

1.3. Manfaat penulisan

1. Bagi Lansia

Agar asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia dapat bermanfaat untuk kebutuhan lansia terpenuhi.

2. Bagi Panti Werda Budi Agung

Memberikan informasi dan masukan secara objektif dalam penanganan lansia Diabetes Melitus di panti

3. Bagi Perawat Gerontik.

Dapat mengenal asuhan keperawatan lansia dan dapat menerapkan asuhan keperawatan dengan baik, mempelajari kognitif lansia Diabetes Melitus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep katarak

2.1.1 Pengertian

Katarak adalah kekeruhan pada lensa atau hilang transparansinya dimana dalam keadaan normal jernih. Lensa yang transparan atau bening, dipertahankan oleh keseragaman serat, distribusi dan komposisi protein kristalin dalam lensa. Sifat transparansi lensa ini dapat menurun oleh karena lensa mengalami perubahan ikatan struktur protein dan inti/nukleus lensa, sehingga terjadi peningkatan kekeruhan inti lensa. (Khurana Ak, 2007)

2.1.2 Etiologi

Penyebab utama katarak adalah proses penuaan. Faktor-faktor yang dapat memicu timbulnya penyakit katarak, diantaranya adalah sebagai berikut: Penyakit sistemik seperti peradangan dan metabolik, misalnya diabetes melitus, dislipidemia. Kekurangan vitamin A, B1, B2 dan C. Riwayat keluarga dengan katarak, Penyakit infeksi atau cedera mata terdahulu, Pembedahan mata, Pemakaian obat-obatan tertentu (kortikosteroid) dalam jangka panjang, Faktor lingkungan, seperti trauma, penyinaran, dan sinar ultraviolet. Efek dari merokok dan alkohol (Gin Djing, 2006 dan Ilyas, 2006)

2.1.3 Jenis-jenis katarak

1) Katarak kortikalis

Pada awal pembentukan katarak kortikalis, terjadi perubahan komposisi ion pada korteks lensa sehingga menyebabkan perubahan hidrasi. Perubahan hidrasi ini akan menghasilkan celah dengan pola radiasi di sekitar daerah ekuator dan lama kelamaan akan timbul kekeruhan di kortek lensa. Pengaruhnya pada fungsi penglihatan tergantung pada kedekatan opasitas dengan aksis visual. Gejala awalnya biasanya adalah penderita merasa silau saat mencoba memfokuskan pandangan pada suatu sumber cahaya di malam hari. Selain itu diplopia monokular juga dapat dikeluhkan penderita.

Pemeriksaan menggunakan biomikroskop slitlamp akan mendapatkan gambaran vakuola dan seperti celah air disebabkan degenerasi serabut lensa, serta pemisahan lamela korteks anterior atau posterior oleh air. Gambaran *Cortical-spokes* seperti baji terlihat di perifer lensa dengan ujungnya mengarah ke sentral, kekeruhan ini tampak gelap apabila dilihat menggunakan retroiluminasi. (American Academy Of Ophthalmology 2011-2012)

2) Katarak nuklearis

Jenis katarak ini biasanya berkembang lambat dan terjadi bilateral, meskipun bisa asimetris. Gejala yang paling menonjol dari katarak jenis ini adalah kabur melihat jauh daripada melihat dekat. Katarak jenis ini sedikit berwarna kekuningan dan menyebabkan kekeruhan di sentral. (Vaughan, 2008; American Academy of Ophthalmology, 2013)

3) Katarak subkapsularis posterior

Katarak tipe ini terletak pada lapisan korteks posterior dan biasanya selalu aksial. Pada tahap awal biasanya katarak subkapsularis posterior ini masih terlihat halus pada pemeriksaan slit lamp di lapisan korteks posterior., tetapi pada tahap lebih lanjut terlihat kekeruhan granular dan seperti plak pada korteks subkapsular posterior. Gejala yang timbul dapat berupa silau, diplopia monokular dan lebih kabur melihat dekat dibandingkan melihat jauh. (American Academy Of Ophthalmology 2011-2012)

2.1.4 Penatalaksanaan (menurut ilyas (2006))

1) *Intra Capsular Cataract Extraction (ICCE)*

Merupakan tekhnik bedah yang digunakan sebelum adanya bedah katarak ekstrakapsular. Seluruh lensa bersama dengan pembungkus atau kapsulnya dikeluarkan. Diperlukan sayatan yang cukup luas dan jahitan yang banyak (14-15mm). Prosedur tersebut relatif beresiko tinggi disebabkan oleh insisi yang lebar dan tekanan pada badan vitreus. Metode ini sekarang sudah ditinggalkan. Kerugian tindakan ini antara lain, angka kejadian Cystoid macular edemA dan retinal detachment setelah operasi lebih tinggi, insisi

yang sangat lebar dan astigmatisma yang tinggi. Resiko kehilangan vitreus selama operasi sangat besar.

2) Ekstra Capsular Cataract Extraction (ECCE)

Merupakan tehnik operasi katarak dengan melakukan pengangkatan nukleus lensa dan korteks melalui pembukaan kapsul anterior yang lebar 9-10mm, dan meninggalkan kapsul posterior.

3) Small Incision Cataract Surgery (SICS)

Pada tehnik ini insisi dilakukan di sklera sekitar 5.5mm – 7.0mm. Keuntungan insisi pada sklera kedap air sehingga membuat katup dan isi bola mata tidak prolaps keluar. Dan karena insisi yang dibuat ukurannya lebih kecil dan lebih posterior, kurvatura kornea hanya sedikit berubah.

4) Phacoemulsification

Merupakan salah satu tehnik ekstraksi katarak ekstrakapsuler yang berbeda dengan ekstraksi katarak ekstrakapsular standar (dengan ekspresi dan pengangkatan nukleus yang lebar). Sedangkan fakoemulsifikasi menggunakan insisi kecil, fragmentasi nukleus secara ultrasonik dan aspirasi korteks lensa dengan menggunakan alat fakoemulsifikasi. Secara teori operasi katarak dengan fakoemulsifikasi mengalami perkembangan yang cepat dan telah mencapai taraf bedah refraktif oleh karena mempunyai beberapa kelebihan yaitu rehabilitasi visus yang cepat, komplikasi setelah operasi yang ringan, astigmatisma akibat operasi yang minimal dan penyembuhan luka yang cepat.

2.2. Konsep Lansia

2.2.1. Pengertian Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2006).

Keperawatan Gerontik adalah Suatu bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu dan kiat/teknik keperawatan yang berbentuk bio-psiko-sosio-spiritual dan kultural yang holistik, ditujukan pada klien lanjut usia, baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.2.2. Batasan Lansia

1. WHO (1999) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut .
 - a) Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun,
 - b) Usia tua (old) :75-90 tahun, dan
 - c) Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun.
2. Depkes RI (2005) dibagi tiga kategori,
 - a) Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun,
 - b) Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas,
 - c) Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.
3. Batasan Usia lansia era baru, menurut WHO
 - a) Setengah baya : 66- 79 tahun,
 - b) Orang tua : 80- 99 tahun,
 - c) Orang tua berusia panjang

2.2.3. Ciri-ciri Lansia

1. Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang

rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3. Lansia membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.2.4. Perkembangan Lansia

Usia lanjut merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan).

Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya.

Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Untuk menjelaskan penurunan pada tahap ini, terdapat berbagai perbedaan teori, namun para ahli pada umumnya sepakat bahwa proses ini lebih banyak ditemukan pada faktor genetik.

2.2.5. Teori proses menua

1. Teori – teori biologi

a) Teori genetik dan mutasi (somatic mutatie theory)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies – spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul – molekul / DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi. Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel – sel kelamin (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel)

b) Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel – sel tubuh lelah (rusak)

- c) Reaksi dari kekebalan sendiri (auto immune theory)
Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.
 - d) Teori “immunology slow virus” (immunology slow virus theory)
Sistem immune menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.
 - e) Teori stress
Mena terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.
 - f) Teori radikal bebas
Radikal bebas dapat terbentuk dalam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.
 - g) Teori rantai silang
Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.
 - h) Teori program
Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.
2. Teori kejiwaan sosial
- a) Aktivitas atau kegiatan (activity theory)

Lansia mengalami penurunan jumlah kegiatan yang dapat dilakukannya. Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

- b) Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia
- c) Kepribadian berlanjut (continuity theory)
Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Teori ini merupakan gabungan dari teori diatas. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.
- d) Teori pembebasan (disengagement theory)
Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (triple loss), seperti ' Kehilangan peran, Hambatan kontak sosial dan Berkurangnya kontak komitmen

2.2.6. Faktor Yang Mempengaruhi Ketuaan

Penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologi. bila seseorang mengalami penuaan fisiologis (*fisiological aging*), diharapkan mereka dapat tua dalam keadaan sehat. Penuaan ini sesuai dengan kronologis usia dipengaruhi oleh faktor endogen. Perubahan ini dimulai dari sel jaringan organ sistem pada tubuh. Sedangkan faktor lain yang juga berpengaruh pada proses penuaan adalah faktor eksogen seperti lingkungan, sosial budaya, dan gaya hidup. Mungkin pula terjadi perubahan degeneratif yang timbul karena stress yang dialami individu. (Azizah & Lilik, 2011). Yang termasuk faktor lingkungan antara lain pencemaran lingkungan akibat kendaraan bermotor, pabrik, bahan kimia, bising, kondisi lingkungan yang tidak bersih, kebiasaan

menggunakan obat dan jamu tanpa kontrol, radiasi sinar matahari, makanan beracun kimia, infeksi virus, bakteri dan mikroorganisme lain. Faktor endogen meliputi genetik, organik dan imunitas. Faktor organik yang dapat ditemui adalah penurunan hormone pertumbuhan, penurunan hormon testosteron, peningkatan prolaktin, penurunan melatonin, perubahan folicel stimulating hormon dan luteinizing hormone (Stanley & beare, 2007). Menurut Wahyudi Nugroho (2008), faktor yang mempengaruhi penuaan adalah hereditas (keturunan), nutrisi/makanan, status kesehatann, pengalaman hidup, lingkungan dan stress.

2.2.7. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah dan Lilik M, 2011,)

1. Perubahan Fisik

a) Sistem Indra

Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

b) Sistem Intergumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

c) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

d) Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e) Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru

berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

f) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah

g) Sistem perkemihan

Pada system perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

h) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

i) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2. Perubahan Kognitif

Memory (Daya ingat, Ingatan), IQ (Intellegent Quotient), Kemampuan Belajar (Learning), Kemampuan Pemahaman (Comprehension), Pemecahan Masalah (Problem Solving), Pengambilan Keputusan (Decision Making), Kebijaksanaan (Wisdom), Kinerja (Performance), Motivasi

3. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental : Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa, Kesehatan umum, Tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), lingkungan, gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian, gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan, rangkaian dari kehilangan , yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri.

4. Perubahan konsep diri.

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

5. Perubahan Psikososial

a. Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

b. Duka cita (Bereavement)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

c. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

d. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

e. Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

f. Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian

1. Identitas

Asuhan keperawatan pada tahap pertama yaitu pengkajian. Dalam pengkajian perlu di data biodata pasiennya dan data-data lain untuk menunjang diagnose. Data-data tersebut harus yang seakurat-akuratnya, agar dapat di gunakan dalam tahap berikutnya. Misalnya meliputi nama pasien (agar tidak salah pasien dalam pemberian terapi), umur (agar terapi yang diberikan sesuai usia, misalnya: anak, dewasa, atau lansia), JK (menjaga privasi klien) Alamat (agar mengetahui tempat tinggal pasien sebagai syarat administrasi) keluhan utama (agar terapi yang diberikan dapat mengatasi masalah pasien)dan masih banyak lainnya.

2. Keluhan Utama

Merupakan kebutuhan yang mendorong penderita untuk masuk Panti. Data yang dapat ditemukan: tidak tahu tentang pengertian, penyebab, dari penyakit yang dialami saat ini. Dan kekakuan nyeri di punggung, hingga membuatnya sulit bergerak

3. Riwayat Kesehatan Saat Ini:

Meliputi perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini, berapa lama penyakit sudah dialami, gejala yang dialami selama menderita penyakit saat ini dan perawatan yang sudah dijalani untuk mengobati penyakit saat ini. Disamping itu apakah saat ini pasien memiliki pola hidup yang baik.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi status kesehatan anggota keluarga yang lain, apakah ada keluarga yang mengalami sakit serupa yaitu katarak dengan pasien saat ini, atau penyakit keturunan lainnya.

5. Riwayat Lingkungan Hidup

Pengkajian ini merupakan bentuk pengkajian yang bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh lingkungan terhadap kesehatan pasien, faktor lingkungan yang ada keterkaitannya dengan sakit yang dialami pasien saat ini dan kemungkinan masalah yang dapat terjadi akibat pengaruh lingkungan. Data pengkajian dapat meliputi kebersihan dan kerapian ruangan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran, penataan halaman, privasi, resiko injury.

6. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perjalanan penyakit yang sebelumnya pernah dialami oleh pasien, sehingga dapat dijadikan acuan dalam analisis sakit yang saat ini pasien alami dan dalam penentuan pengobatan selanjutnya. Data yang dapat dikaji berupa penyakit yang pernah diderita,

riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat dirawat di Panti, riwayat pemakaian obat. Apakah sewaktu sehat pasien memiliki kebiasaan yang buruk misalnya merokok, minum kopi, alcohol, sering makan-makanan yang manis atau makanan dengan kolesterol tinggi.

7. Keadaan Umum :

a) Keadaan umum

Saat dilakukan inspeksi biasanya di temukan kondisi seperti tingkat ketegangan/kelelahan, tingkat kesadaran kualitatif atau GCS dan respon verbal klien (Pasien harus waspada dan sadar akan waktu, tempat dan orang. Disorientasi terjadi pada gangguan otak (misalnya delirium, demensia), stroke, dan trauma fisik. Pasien letargi umumnya mengantuk dan mudah tertidur, terlihat mengantuk, dan merespon pertanyaan dengan sangat lambat. Pasien stupor hanya merespon jika digoncang dengan keras dan terus menerus dan hanya dapat member jawaban yang terdengar seperti menggerutu tidak jelas. Pasien yang sama sekali tidak sadar (pasien koma) tidak merespon stimulus dari luar ataupun nyeri. Pada respon motorik ketika di panggil pasien langsung merespon dan respon mata langsung melihat ke arah yang di panggil, melakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti peningkatan glukosa dalam darah > 140 mg/dL dapat ditemukan, dan dilanjutkan dengan pemeriksaan heat to toe.

b) Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan leher penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi, Palpasi, perkusi dan Auskultasi (IPPA) saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema,

kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata. apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vena jugulari pada leher.

c) Dada

Dada : Inspeksi : bentuk dada normal diameter anterior posterior-transversal 1:2, ekspansi simetris, sifat pernapasan dada dan perut, frekuensi pernapasan 22x/menit, ritme pernapasan eupnea, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris, Perkusi : suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor/resonan-tympani: ICS 7/8 (paru-paru dan lambung), pada sisi dada kanan ICS 4/5 (paru dan hati), dinding posterior: supraskapula (3-4 jari dipundak), Auskultasi: suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi.

d) sistem Kardiovaskuler

Jantung: Inspeksi: tampak denyut nadi daerah apeks, Palpasi : apeks teraba pada interkosta V, apeks segaris dengan midclavicula kiri, Perkusi Batas jantung: batas atas pada ics III, batas bawah ICS V, batas kiri pada midclavicularis atau 4 jari dari midsternum, batas kanan sejajar sisi sternum kanan, Auskultasi : S1 terdengar bunyi lub pada ruang ICS V sebelah kiri sternum diatas apeks, S2 terdengar bunyi dub pada ICS II sebelah kanan sternum

e) Gastrointestinal/Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan palpasi dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk

mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal dan kandung kemih. Lakukan perkusi di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Tehnik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup.

Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. Auskultasi abdomen dengan normal bising usus 15-35 x/menit: Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan, minta pasien agar tidak berbicara. Bila mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus.

Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan

dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan menggunakan gunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aorta torakal. Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

i). Extremitas

Ispeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan baTingkat kesadaran: komposmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi-coma, coma

8. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a) Psikososial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan- harapan klien dalam melakukan sosialisasi

b) Identifikasi masalah emosional seperti: kesulitan tidur, merasa gelisah, murung dan menangis, kuarir banyak pikira, masalah dengan keluarga, menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter, mengurung diri, jiwa lebih dari atau sama 1 jawaban “ya”

9. Pengkajian Fungsional Klien (Indeks Katz)

Mengamatai kemandiri dalam makan, kontinensia (BAB/BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi apakah mandiri semuanya kecuali salah satu dari fungsi diatas, atau mandiri kecuali mandi dan salah satu fungsi lain, mandiri kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi diatas, mandiri kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi yang lain, mandiri kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain atau ketergantungan untuk semua fungsi dengan catatan Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan efektif dari orang lain, seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak

melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu Modifikasi Dari Barthel Indeks (Termasuk yang manakah klien).

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi? Jumlah? Jenis?
2	Minum	5	10	Frekuensi? Jumlah? Jenis?
3	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur/sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menysisir rambut, menggosok gigi)	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Frekuensi :
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Menggunakan pakaian	5	10	

10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi? Konsistensi?
11	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	Frekuensi ? Warna?

Keterangan : 110 : Mandiri, 65-105: Ketergantungan Sebagian, \leq 60: Ketergantungan total

10. Pengkajian Status Mental Gerontik

- a) Identifikasi tingkat intelektual dengan short portable mental status questioner (SPSMQ)

Instruksi :

Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan total kesalahan berdasarkan 10 pertanyaan.

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1	Tanggal berapa hari ini		
2	Hari apa sekarang		
3	Apa nama tempat ini		
4	Alamat anda?		
5	Berapa umur anda?		
6	Kapan anda lahir (minimal tahun lahir)		
7	Siapa presiden indonesia sekarang?		
8	Siapa presiden ndonesia sebelumnya?		

9	Siapa nama ibu anda?		
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun		
	Jumlah		

Interpretasi Hasil :

- 1) Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh
 - 2) Salah 4 - 5 : Kerusakan intelektual ringan
 - 3) Salah 6 - 8 : Kerusakan intelektual sedang
 - 4) Salah 9 - 10 : Kerusakan intelektual berat
- b) Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	ORIENTASI	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun, Musim, Tanggal, Hari dan Bulan
2	ORIENTASI	5		Dimana kita sekarang? Negara? Provinsi? Kota? Panti werdha? Wisma?
3	REGISTRASI	3		Sebutkan 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing masing

				<p>obyek, kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan)</p> <p>Obyek 1? Obyek 2? Obyek 3?</p>
4	PERHATIAN DAN KALKULASI	5		<p>Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali</p> <p>93, 86, 79, 72, 65</p>
5	MENGINGAT	3		<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada nomer 2 (registrasi) tadi, bila benar 1 point untuk masing masing obyek</p>
6	BAHASA	9		<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan atau pensil)</p> <p>Minta kepada klien untuk mengulang kata berikut "tak ada, Jika, dan, atau, tetapi" bila benar, nilai 2 point. Bila Pernyataan benar 2-3 buah, mis. : tidak ada, tetapi maka nilai 1 point</p> <p>Minta klien untuk mengikuti</p>

				<p>perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : ”ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai”</p> <p>ambil kertas? lipat dua? taruh di lantai?</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <p>tutup mata anda</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar</p> <p>tulis satu kalimat menyalin gambar</p>
	Total nilai			

Interpretasi hasil > 23 : aspek kognitif dari fungsi mental baik
18-22 : kerusakan aspek fungsi mental ringan, ≤ 17:terdapat
kerusakan aspek fungsi mental berat.

11. Pemeriksaan diagnostic

- a) uji mata
- b) keratometri
- c) pemeriksaan lampu slit dan ophtalmoskopis
- d) A-scan ultrasound (echography)

2.3.2. Analisis data

Data subyektif : Ny. Y.S mengatakan tidak tahu tentang pengertian, penyebab, dari penyakit yang dialami saat ini. Etiologi : Kurang terpaparnya Informasi. Masalah keperawatan : Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Data subyektif : N..Y.S mengatakan sering mengalami kelemahan pada tubuhnya, hingga membuatnya sulit bergerak. Etiologi : proses penuaan. Masalah keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

Data subyektif : Ny. Y.S mengatakan tidak kuat berdiri lama dan kalau berjalan harus menggunakan tongkat dan kacamata. Data obyektif : tidak bisa berjalan tanpa bantuan alat, menggunakan tongkat saat berjalan. Etiologi : Kelemahan fisik. Masalah keperawatan : risiko jatuh.

Data subyektif : Ny. Y.S mengatakan takut dengan penyakit yang di alami. Data obyektif: pasien tampak gelisah, cemas. Etiologi : krisis situasional. Masalah keperawatan : Kecemasan.

2.6.2 Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan yang biasanya terdapat pada lansia adalah

- 1) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.
- 3) Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional
- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan proses invasif

2.6.3 Intervensi keperawatan.

1. Gangguan mobilitas fisik

Tujuan: mobilitas fisik tidak terganggu selama masa perawatan

Intervensi:

- b) Kaji kebutuhan mengenai bantuan pelayanan kesehatan dirumah
- c) Ajarkan pasien dan pantau penggunaan alat bantu
- d) Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah

- e) Berikan penguatan positif selama beraktivitas.
 - f) mengobservasi tanda dan gejala penurunan mobilitas sendi dan ketahanan
 - g) mengobservasi status penglihatan dan jantung pasien,
 - h) mengajarkan tentang tujuan dan pentingnya latihan berjalan tanpa bantuan
 - i) membantu mengajarkan penggunaan alat bantu yang tepat
2. Kurang pengetahuan
- Tujuan : pasien dapat memahami penyakitnya.
- Intervensi:
- a) kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga
 - b) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien
 - c) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan
 - d) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit
 - e) Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat.
 - f) Hindari harapan yang kosong
 - g) Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat.
 - h) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit.
 - i) Diskusikan pilihan teapi dan penanganan
 - j) Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan dengan cara yang tepat atau di indikasikan.
 - k) Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat.
 - l) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat
3. Kecemasan berhubungan situasional
- Tujuan: tidak terjadi kecemasan dengan kriteria hasil: pasien mengungkapkan kecemasan berkurang.

Intervensi:

- a) Kaji tingkat kecemasan. Rasional untuk mengetahui kecemasan pasien
- b) Memberikan kesempatan untuk pasien untuk bertanya untuk memperjelas pemahaman terhadap pasien.

2.6.4 Implementasi Keperawatan

1. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
Implementasi keperawatan
 - a) Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga
 - b) Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien
 - c) Menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan
 - d) Menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit
 - e) Menggambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat.
 - f) Menghindari harapan yang kosong
 - g) Menyediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.
Implementasi keperawatan
 - a) Kaji kebutuhan mengenai bantuan pelayanan kesehatan di rumah
 - b) Ajarkan pasien dan pantau penggunaan alat bantu
 - c) Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah
 - d) Berikan penguatan positif selama beraktivitas.
 - e) mengobservasi tanda dan gejala penurunan mobilitas sendi dan ketahanan
3. Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional
 - a) Mengkaji tingkat kecemasan. Rasional untuk mengetahui kecemasan pasien
 - b) Memberikan kesempatan untuk pasien untuk bertanya untuk memperjelas pemahaman terhadap pasien

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pasien bisa melakukan mobilisasi dengan baik di panti, tidak ada keluhan yang dirasakan oleh pasien. Tingkat kecemasan pasien bisa berkurang dengan observasi wajah pasien tidak kebingungan

BAB III

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran umum

Penelitian ini dilakukan di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang yang berdiri pada tahun 1968 dengan nama Panti Tresna Werdha Budi Agung Kupang, dan sudah dipimpin oleh 7 orang pimpinan termasuk pimpinan yang sekarang. Panti tersebut beralamat di jalan Rambutan nomor 9 Oepura Kupang. Merupakan UPT kantor wilayah Depertemen Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang dipimpin oleh Agustinus Gervasius, S.Pi. Pada tahun 2000, setelah depertemen social di likuidasi dan dalam pelaksanaan otonomi daerah, panti penyantunan lanjut usia diserahkan kepada daerah dan berubah nama menjadi UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang dan pada tahun 2017 pemerintah melakukan perampingan stuktur organisasi sehingga berubah nama lagi menjadi UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia di Kupang Pada Dinas Sosial Provinsi NTT dengan visi “menuju lanjut usia sejahtera di hari tua” dan misi meningkatkan pelayanan kepada lansia melalui pemenuhan sedang, pangan dan papan. Meningkatkan jaminan sosial dan meningkatkan hubungan yang harmonis antara lansia dengan lansia, lansia dengan keluarga dan lansia dengan masyarakat.

Secara garis besar UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang mempunyai kapasitas tampung 100 orang. Kapasitas isi sebanyak 85 orang yang menempati 11 wisma, 3 wisma ditempati oleh lansia laki-laki, yaitu 1) Wisma Cemara, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh tinggal di luar wisma. 2). Wisma Mawar, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh tinggal di luar wisma. 3) Wisma Kenanga, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 7 orang lansia dan 1 orang pengasuh. Dan 7 wisma lain di tempati oleh lansia wanita antara lain : 1) Wisma Melati terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 6 orang lansia dan 1 orang pengasuh.

2) Wisma Teratai, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 3) Wisma Flamboyan, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 4). Wisma Cempaka, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 4 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 5) Wisma Sakura, terdapat 7 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 6). Wisma Bougenvil, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 7) Wisma Kamboja, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 4 orang lansia dan 1 orang pengasuh. Sedangkan 1 wisma ditempati oleh lansia yang berkeluarga, yaitu Wisma Anggrek, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 3 pasang lansia dan 1 orang pengasuh. Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kepada penerima manfaat adalah pegawai negeri sipil sebanyak 25 orang, dengan rincian : Sarjana (S1) 9 orang, Diploma III (D 3) 6 orang dan SMA 11 orang, dan pegawai non PNS 11 orang dengan rincian Sarjana (S1) 4 orang, Diploma III (D 3) 3 orang dan SMA 4 orang.

Lansia yang disantun di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang adalah lansia yang terlantar atau diterlantarkan sehingga tidak dipungut biaya penampungan. Lansia yang akan disantun harus memenuhi beberapa persyaratan diantaranya : Laki-laki/perempuan yang berusia 60 tahun ke atas, terlantar atau diterlantarkan dan miskin serta tidak mampu memenuhi kebutuhan jasmani, rohani maupun sosial, bersedia secara individu ataupun keluarga untuk disantun, sehat dan tidak menyidap penyakit menular atau masalah kejiwaan, bersedia untuk mengikuti peraturan yang berlaku di panti.

Sistem pelayanan kesehatan kepada lansia di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang dilayani oleh seorang perawat dan 2 orang dokter. Dengan bekerja sama dengan Puskesmas Sikumana dan semua rumah sakit yang berada di Kota Kupang. Perawat selain melakukan pemeriksaan fisik dan kesehatan pada lansia juga memberikan ceramah atau penyuluhan kesehatan setiap hari Selasa dan memberikan beberapa terapi non farmakologi seperti terapi tertawa, senam otak (*brain gims*) dan hidroterapi (rendam kaki

pada air hangat).Sedangkan dokter melakukan pemeriksaan kesehatan pada lansia setiap hari sabtu dan pada situasi yang insidental.

3.1.2 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien bernama Ny.Y.S berusia 84 tahun ,beragama kristen protestan, pendidikan SMP, sudah menikah, alamat di amarasi, alasan masuk panti karena suaminya meninggal, dan orang dekat yang dihubungi Adalah yanto sontowi.
2. Keluhan utama: pasien mengatakan tidak bisa melihat dan tidak mengetahui penyakit yang di derita.
3. Riwayat keluarga didapatkan data pasien sudah menikah tapi suaminya sudah meninggal,suami berkerja sebagai petani, dan meninggal pada tahun 1992 karena sakit kepala di amarasi. pasien saat ditanya tentang riwayat pekerjaan pasien mengatakan bahwa pekerjaanya saat ini adalah penghuni wisma,sebelumnya pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga, sumber pendapatan dan kebutuhan saat ini ditanggung oleh negara.
4. Riwayaat Pekerjaan : Ny. Y.S. adalah seorang ibu rumah tangga, dan saat ini tidak bekerja dan Ny Y.S. adalah penghuni wisma.
5. Riwayat Rekreasi : Ny Y.S hanya di Wisma dan hanya ke gereja setiap hari minggu.
6. Riwayat lingkungan hidup pasien mengatakan tipe pempat tinggalnya permanen, jumlah kamar yaitu 2 kamar, jumlah orang yang tinggal serumah yaitu 2 orang .riwayat rekreasi pasien memiliki hobi menenun, tidak ada sistem pendukung yang digunakan.

DS: Saat di kaji pasien mengatakan tidak tahu tentang pengertian, penyebab dan tanda gejala yang di derita olehnya.

DO : pasien nampak kurang percaya diri dengan penyakitnya, sering bertanya-tanya tentang penyakitnya, nampak kurang paham, dan cemas

7. Riwayat kesehatan saat ini:

Saat ditanya mengenai riwayat kesehatan saat ini pasien mengatakan pasien tidak mempunyai penyakit yang diderita satu tahun terakhir.

Saat ditanya apa yang dirasakan saat ini pasien mengatakan susah melihat, pasien juga tidak tidak memiliki keluhan dalam 1 tahun terakhir selain susah melihat. pasien tidak menggunakan obat, tidak mempunyai riwayat alergi.

8. Status nutrisi pasien mengatakan ia sering mengkonsumsi tinggi (kolesterol dan purin seperti kacang-kacangan), pasien tidak mempunyai diet khusus dan pembatasan makanan, pasien tidak mempunyai riwayat peningkatan/penurunan berat badan (TB :142 cm, BB:55 kg), pasien makan sendiri tanpa bantuan orang lain, masalah yang mempengaruhi intake makanan tidak ada, saat dikaji pola tidur pasien tidur siang 4 jam dan malam jam 10 .pasien tidak mengalami masalah gangguan tidur.

9. Riwayat kesehatan masa lalu, pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit kanak-kanak, tidak ada penyakit serius atau kronik ,trauma, perawatan dirumah sakit, tidak ada riwayat pembedahan dan obstetri. pasien juga mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit yang menular.

10. Riwayat Psikososial, Ny. Y.S tampak stabil pada saat wawancara

a) Pemeriksaan Indeks Barthel

Pasien dapat makan dan minum dengan mandiri, berpindah dari kursi ke tempat tidur mandiri, mampu melakukan kebersihan diri dengan mandiri, berjalan, naik turun tangga dengan mandiri, mengontrol defekasi dan berkemih secara berdiri. Jumlah 95, Kesimpulan Ny.Y.S Ketergantungan ringan

b) Status Kognitif

c) Pasien mampu mengingat tanggal dan hari, nama tempat, alamat, tanggal lahir, umur, presiden Indonesia saat ini, dan lupa prpresiden

sebelumnya, mengingat nama ibu kandung, dan mampu berhitung. Kesimpulanya, Ny. Y.S mampu menjawab 9 pertanyaan dari 10 pertanyaan sehingga disimpulkan bahwa Ny. Y.S memiliki fungsi intelektual utuh.

d) Pemeriksaan MMSE

Pasien mampu menyebutkan tahun, musim, bulan, tanggal, dan lupa menyebutkan hari, dan mampu menyebutkan Negara, provinsi, kota saat ini, tahap registrasi, pasien dapat menyebutkan apel, meja, koin dengan benar. Tahap atensi dan kalkulasi, pasien dapat menyebutkan kata dengan ejaan terbalik, Tahap recall pasien mampu mengingat kembali nama benda diatas, Tahap bahasa mampu menyebutkan benda yang dituju, mengulang kata, mampu mengikuti perintah tetapi tidak mampu menulis secara spontan. Jumlah tes 22, kesimpulanya gangguan koognitif sedang.

11. Status Fungsional

Pada pemeriksaan status fungsional pasien menyatakan kadang puas kembali pada keluarga, kadang membantu saat mengalami kesusahan, kadang mendukungnya dalam aktifitas, dan kadang puas karena keluarga selalu menyediakan waktu. Total 6, kesimpulannya Ny. H disfungsi keluarga sedang.

12. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Pengkajian tentang tinjauan system terdiri dari : 1) Tingkat kesadaran baik, (GCS : 15). yaitu kondisi sadar sepenuhnya. Pada kondisi ini, respon pasien terhadap diri sendiri dan lingkungan sangat baik. Pasien juga dapat menjawab pertanyaan penanya dengan baik. Respon mata baik (saat dipanggil Ny Y.S. langsung melihat dan dapat membuka tutup mata), respon verbal baik (saat ditanya Ny Y.S. menjawab dengan jelas walaupun secara perlahan) dan respon motorik baik (saat

ditanya tentang sakitnya dimana Ny. Y.S langsung menunjuk kakinya).

- 2) Kepala: inspeksi tidak ada ketombe, rambut tidak rontok, rambut mulai beruban. Palpasi: adakah ada benjolan dan saat di tekan apakah ada nyeri atau tidak
- 3) Mata inspeksi : perubahan penglihatan, dan pandangan mata kabur dan saat di tes mata dengan menggunakan snellen kard N,y Y.S mampu membaca dengan jarak 1 meter,dan bola mata tampak putih. Palpasi: apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata.
- 4) Telinga
Inspeksi: bentuk telinga kiri dan kanan normal, tidak ada kelainan pada telinga,saat di tes telinga dengan menggunakan alat garpu tala N.y Y.S mampu mendengar bunyi deringan dari garputala tersebut. Palpasi: saat di tekan tidak ada nyeri,edema dan lesi
- 5) Hidung. Inspeksi tidak ada kelainan, tidak ada polip dan lesi. Palpasi tidak ada nyeri saat di tekan
- 6) Mulut. Inspeksi tidak terdapat karies gigi, mulut tampak bersih membrane mukosa kering, dan tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan
- 7) leher inspeksi tidak tampak ada pembesaran kelenjar. Palpasi tidak ada pembengkakan, lesi dan tinggi vena jugularis 3cm
- 8) Dada, Pada dada: Inspeksi : bentuk dada normal diameter anterior-posterior-transversal 1:2, ekspansi simetris, sifat pernapasan dada dan perut, frekuensi pernapasan 22x/menit, ritme pernapasan eupnea,tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetrisi, Perkusi: suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor/resonan-tympani: ICS 7/8 (paru-paru dan lambung), pada sisi dada kanan ICS 4/5 (paru dan hati), dinding posterior: supraskapula (3-4 jari dipundak), Askultasi: suara

nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi.

Jantung: Inspeksi: tampak denyut nadi daerah apeks, Palpasi : apeks teraba pada interkosta V, apeks segaris dengan midclavicula kiri, Perkusi Batas jantung: batas atas pada ics III, batas bawah ICS V, batas kiri pada midclavicularis atau 4 jari dari midsternum, batas kanan sejajar sisi sternum kanan, Auskultasi : S1 terdengar bunyi lub pada ruang ICS V sebelah kiri sternum diatas apeks, S2 terdengar bunyi dub pada ICS II sebelah kanan sternum

- 9) Abdomen, Inspeksi : tidak ada asites, tidak ada ikterik, tidak ada pelebaran vena dan kelainan umbilicus. Palpasi: didapat kan hasil kuadran kanan atas terdapat organ hati, kuadran kanan bawah terdapat colon asending, kuadran kiri atas terdapat organ limpa,dan kuadran kiri bawah terdapat organ colon desenden. Auskultasi : suara peristaltic normal terdengar 5 – 20 kali dengan durasi sekitar 1 menit. Perkusi: Batas hati bagian bawah berada ditepi batas bawah tulang iga kanan. Batas hati bagian atas terletak antara celah tulang iga ke 5 sampai ke 7. Jarak batas atas dengan bawah hati berkisar 6 – 12 cm dan pergerakan bagian bawah hati pada waktu bernapas yaitu berkisar 2 – 3 sentimeter, batas lambung tulang iga bagian bawah anterior dan bagian epigastrium kiri, batas ginjal Perkusi sudut kostovertebral di garis skapular dengan sisi ulnar tangan kanan.
- 10) Muskuloskeletal, pasien mengeluh nyeri pada sendi dan kekakuan serta nyeri punggung.saatt dilakukan tes koordinasi atau keseimbangan didapatkan jumlah 29 dengan sedikit bantuan untuk keseimbangan. Pada pengkajian sistem saraf pusat tidak terdapat keluhan, riwayat psikososial tidak memiliki cemas memiliki emosi labil. Pasien tidak insomnia,takut dan stres tidak memiliki mekanisme koping dan pola respon seksual. Saat dikaji status fungsional pasien memiliki tingkat

ketergantungan yang ringan. status kognitif pasien memiliki fungsi intelektual utuh. Saat dilakukan pengkajian minimal status exam pasien memiliki gangguan kognif sedang, sedangkan pengkajian status fungsi sosial pasien memiliki disfungsi keluarga sedang.

Analisa data: pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya, dan juga tidak bisa mengakses informasi karena tidak bisa melihat. Data obyektif: saat observasi pasien tampak bingung dan saat di tanya tentang penyakitnya pasien tidak tau tentang sakit yang di deritanya. Penyebabnya keterbatasan informasi. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah kurang pengetahuan tentang sumber informasi.

Pasien mengatakan nyeri pada sendi dan kekakuan serta nyeri punggung. Data obyektif saat di observasi dan dilakukan pemeriksaan status fungsional pasien memiliki tingkat ketergantungan yang normal. Saat di lakukan tes koordinasi atau keseimbangan didapatkan jumlah 29 dengan sedikit bantuan untuk keseimbangan. Penyebabnya adalah kelemahan fisik. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah gangguan mobilitas fisik

3.1.3 Analisa Data

No	Data-Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : Ny. Y.S mengatakan tidak tahu tentang pengertian, penyebab, dari penyakit yang dialami saat ini. DO : Ny. Y.S tampak cemas saat ditanya, kurang percaya diri, ekspresi bingung, sering bertanya tentang penyakit yang dialami	Deficit Pengetahuan	Kurang terpapar informasi
2.	DS : N..Y.S mengatakan sering mengalami kekakuan nyeri di punggung, . Hingga membuatnya sulit bergerak	Gangguan mobilitas fisik	kelemahan fisik

	DO : Saat di observasi dan dilakukan pemeriksaan status fungsional pasien memiliki tingkat ketergantungan yang normal,		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

3.1.3 Diagnosa keperawatan

3.1.3.1 Rumusan diagnosa keperawatan

diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung. masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

- 1) Kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan informasi
- 2.) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik

3.1.3.2 Prioritas masalah

Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh dan kembang pasien. Langkah selanjutnya dalah menentukan tujuan apakah tujuan baik itu tujuan umum/goal atau tujuan khusus atau objektif ataupun harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. selanjutnya menentukan intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah yang dialami.

- 1) Kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan informasi
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

3.1.4 Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan informasi. NOC: setelah dilakukan asuhan keperawatan selam 3x24 jam kurang pengetahuan pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil pasien

dapat menceritakan penyakitnya, dapat mengetahui tanda dan gejala dari penyakit yang di derita. Dengan aktivitas NIC: kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. Gambarkan tandan dan gejala dan proses penyakit, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second

Diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik. NOC: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien tidak mengalami gangguan mobilitas dengan kriteria hasil pasien tidak sulit beraktivitas. Dengan aktivitas NIC: Kaji kebutuhan mengenai bantuan pelayanan kesehatan dirumah, Ajarkan pasien dan pantau penggunaan alat bantu, Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah, Berikan penguatan positif selama beraktivitas, mengobservasi tanda dan gejala penurunan mobilitas sendi dan ketahanan.

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 29 mei 2019 jam 09.00 dilakukan implementasi pada diagnosa I yaitu: kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. gambarkan tanda dan gejala dan proses penyakit, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second option dengan cara yang tepat.

3.1.6 Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

Pada tanggal 29 mei juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu pasien mengeluh tidak tahu tentang penyakitnya, yang ditandai pasien masih nampak

bingung, maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

3.2 Pembahasan Studi Kasus

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikianpun asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan penglihatan Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan hambatan mobilitas fisik dan kurang pengetahuan di wisma flamboyan UPT Budi Agung Kupang .

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Ode La Sharif. 2013 pengkajian pada pasien katarak akan mendapatkan hasil adanya kekeruhan pada lensa mata yang terjadi akibat hidrasi denaturasi lensa, atau juga akibat dari kedua-duanya, pada pengkajian

katarak didapatkan penurunan ketajaman penglihatan, silau, dan gangguan fungsional, sampai derajat tertentu yang diakibatkan karena kehilangan penglihatan.

Berdasarkan teori di atas dapat disimpulkan bahwa penyakit katarak yang dialami oleh Ny. Y.S merupakan akibat dari perubahan fisik dan kimia dalam lensa menyebabkan hilangnya transparansi sehingga mengakibatkan pasien tidak bisa melihat dalam jarak pandang yang jauh hal ini dapat mengakibatkan pasien tidak melakukan banyak aktivitas karena tidak bisa melihat dan . Dari hasil pengkajian juga ditemukan pasien tidak tahu tentang penyakit yang sedang di alami karena ketidakmampuan untuk mengakses informasi.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Ode La Sharif. 2013, Sesuai dengan data subjektif dan objektif yang didapatkan pada saat pengkajian, dibandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien katarak akan di dapat diagnosa hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan dan resiko jatuh.

Pada kasus Ny Y.S, tidak semua diagnosa diambil dalam penegakkan diagnosa karena ketika dilakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien tidak didapatkan data dari diagnosa tersebut, sehingga diagnosa yang muncul sesuai dengan teori namun ada beberapa kesenjangan diantaranya diagnosa resiko jatuh tidak diangkat. Diagnosa resiko jatuh tidak diangkat karena pasien sudah bisa beraktifitas secara mandiri tanpa bantuan, pasien hanya merasa sedikit lemas tetapi pasien dapat melakukan aktivitas sendiri seperti duduk, makan dan minum.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut . maria Ode La Sharif. 2013) dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) digunakan jenis skala *likert* dengan semua kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan

variabilitas didalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil.

Diagnosa pertama adalah kurang pengetahuan dipilih intervensi seperti kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. Gambarkan tandan dan gejala dan proses penyakit, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second option dengan cara yang tepat.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Ny.Y.S semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan.

Pada tanggal 29 mei juga dilakukan implementasi pada diagnosa I yaitu (10.00) kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. Gambarkan tandan dan gejala dan proses penyakit, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second option dengan cara yang tepat.

Pada tanggal 29 mei juga dilakukan implementasi pada diagnosa II yaitu pukul 10.00 mengkaji kebutuhan mengenai bantuan pelayanan kesehatan dirumah, mengajarkan pasien dan pantau penggunaan alat bantu, mengajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah, memberikan penguatan positif selama beraktivitas, mengobservasi tanda dan gejala penurunan mobilitas sendi dan ketahanan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Ny.Y.S sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif.

Pada tanggal 29 Mei juga dilakukan evaluasi pada diagnosa I yaitu pasien mengeluh tidak tahu tentang penyakitnya, yang ditandai pasien masih nampak bingung, maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Sedangkan evaluasi pada diagnosa II yaitu pasien mengeluh masih sulit untuk beraktivitas, yang ditandai pasien sulit beraktivitas ADL dibantu. Maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan

3.3. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu:

1. Faktor orang atau manusia

Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin di dapatkan dari pasien yang lainnya.

2. Faktor waktu

Waktu yang hanya di tentukan 4 hari membuat peneliti tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dari pasien sehingga tidak dapat dievaluasi secara maksimal sesuai dengan harapan pasien

BAB IV

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Pengkajian pasien mengeluh sulit melihat dalam jarak kurang lebih 1 meter. Saat dilakukan pemeriksaan fisik observasi pasien tampak sulit melihat dan sulit beraktivitas, sehingga aktivitas semuanya dibantu oleh pengasuh panti. Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya, dan juga tidak bisa mengakses informasi karena tidak bisa melihat. Saat observasi pasien tampak bingung dan saat ditanya tentang penyakitnya pasien tidak tau tentang sakit yang dideritanya. Pasien mengatakan nyeri pada sendi dan kekakuan serta nyeri punggung. Data obyektif saat di observasi dan dilakukan pemeriksaan status fungsional pasien memiliki tingkat ketergantungan yang normal. Saat dilakukan tes koordinasi atau keseimbangan didapatkan jumlah 29 dengan sedikit bantuan untuk keseimbangan.

Diagnosa keperawatan kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan informasi yang ditandai dengan pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya, dan juga tidak bisa mengakses informasi karena tidak bisa melihat. Dan diagnosa 2 gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik

Perencanaan diagnosa 1 adalah: kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. Gambarkan tandan dan gejala dan proses penyakit, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second. Diagnosa 2 adalah Kaji kebutuhan mengenai bantuan pelayanan kesehatan dirumah, Ajarkan pasien dan pantau penggunaan alat bantu, Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah, Berikan penguatan

positif selama beraktivitas, mengobservasi tanda dan gejala penurunan mobilitas sendi dan ketahanan.

Implementasi keperawatan Pada tanggal 29 Mei 2019 jam 09.00 dilakukan implementasi pada diagnosa I yaitu: kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. Gambarkan tanda dan gejala dan proses penyakit, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 29 Mei juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu pasien mengeluh tidak tahu tentang penyakitnya, yang ditandai pasien masih nampak bingung, maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

4.2. Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. Y.S di wisma Flamboyan UPT BUDI AGUNG Kupang dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan gerontik serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien.
2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

(American Academy Of Ophthalmology 11 2011-2012) (Soekardi I, Hutaaruk JA)(Timothy L.Jackson, Moorfields 2008).

Azizah, Lilik Ma'rifatul.2011. *Keperawatan Lanjut Usia*.Edisi 1.Jogjakarta:Graha Ilmu

Depkes RI.2005 gangguan pnglihataan katarak

Ilyas (2006). *Katarak edisi 2*. Jakarta: Fk.UI

Khurana, A.K (2007).*compherensive ophtalmology fourth edition*.New dehli:New Age International Publishers

Nugroho, H. Wahjudi (2006). Keperawatan gerontik dan geriatrik. Edisi 3. Jakarta EGC.

Ode La Sharif. 2013. *Asuhan Keperawatan Gerontik berstandar Nanda, NIC , dan NOC*. Nusa Medika. Yogyakarta



**KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN**



FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

I. DATA DEMOGRAFI LANSIA

- 1.1. Nama : Ny. Y.S
- 1.2. Tempat tanggal lahir : Amarasi, 7 Oktober 1935\84 thn
- 1.3. Jenis Kelamin : Perempuan
- 1.4. Suku : Timor
- 1.5. Agama : Kristen Protestan
- 1.6. Pendidikan : smp
- 1.7. Status perkawinan : sudah menikah
- 1.8. Alamat : amarasi
- 1.9. Tanggal masuk Panti : 03-04-2017
- 1.10. Alasan Msuk Panti : karna suaminya meninggal
- 1.11. Orang dekat yg dihubungi : yanto sontowi

II. RIWAYAT KELUARGA

- 2.1 Pasangan (Apabila pasangan masih hidup):
 - 2.1.1. Status kesehatan : sudahmeninggal
 - 2.1.2. Umur :
 - 2.1.3. Pekerjaan : petani
- 2.2. Apabila pasangan telah meninggal,
 - 2.2.1. Tahun meninggal : 1992
 - 2.2.2. Penyebab kematian : kepalasakit
- 2.3. Anak –anak (Apabila anak-anak masih hidup),
 - 2.3.1. Nama dan alamat : amarasi
- 2.4. Apabila anak-anak sudah meninggal,
 - 2.4.1. Tahun meninggal :

-
- 2.4.2. Penyebab kematian :
-

III. RIWAYAT PEKERJAAN

- 3.1. Status pekerjaan saat ini : penghuniWisma

- 3.2. Pekerjaan sebelumnya : iburumahtangguh
- 3.3. Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan : di tanggungolehnegara

VI RIWAYAT LINGKUNGAN HIDUP

- 4.1. Tipe tempat tinggal : Permanen
- 4.2. Jumlah kamar : 2 Kamar
- 4.3. Jumlah tingkat : Tidak Ada
- 4.4. Jumlah orang yang tinggal serumah : 2 Orang

V. RIWAYAT REKREASI

- 5.1. Hobi/minat : tenunkain
- 5.2. Keanggotaan klpk : tidakada
- 5.3. Liburan/perjalanan : TidakPernah

VI. SUMBER/SISTEM PENDUKUNG YANG DIGUNAKAN

- 6.1. Dokter :
.....
- 6.2. Rumah sakit :
.....
- 6.3. Klinik :
.....
- 6.4. Pelayanan kesehatan di rumah :
.....

VII. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

- 7.1. Penyakit yang diderita 1 tahun terakhir
Tidakada
- 7.2. Penyakit yang diderita saat ini.
Susah melihat
- 7.3. Keluhan yang dialami 1 tahun terakhir
Tidakada
- 7.4. Keluhan saat ini
Pxmengatakansusahmelihat
- 7.5. Pengetahuan/pemahaman dan penatalaksanaan masalah kesehatan (mis. Diet khusus, mengganti balutan)
PM mengatakantidakmengertitentangpenyakit yang dideritannya.
- 7.6. Penggunaan Obat**
 - 7.6.1. Nama obat :

- 7.6.2. Dosis obat :
7.6.3. Bagaimana/kapan menggunakan : Sesudah makan
7.6.4. Dokter yang menginstruksikan :
.....
7.6.5 Tanggal resep :

7.7. Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik)

- 7.7.1. Obat-obatan : Tidak ada
7.7.2. Makanan : Tidak ada
7.7.3. Kontak substansi : Tidak ada
7.7.4. Faktor lingkungan : Tidak ada

7.8. Nutrisi (ingat kembali diet 24 jam, termasuk intake cairan)

- 7.8.1. Kebiasaan makan (tinggi garam, kolesterol, purin)
7.8.2. Diet khusus, pembatasan makanan

7.9 Riwayat peningkatan/penurunan berat badan

TB : 142 cm, BB 55 kg,

7.10 Indeks Massa Tubuh

BB= 165kg

TB=155cm

7.11. Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain)

Makan sendiri tanpa bantuan orang lain

7.12. Masalah yang mempengaruhi intake makanan (mis. Pendapatan tidak adekuat,

kurang transportasi, masalah menelan/mengunyah, stres emosional, dll)

Tidak ada

7.13. Pola istirahat tidur

7.13.1. Lama tidur

Tidur siang 4 jam dan malam, 10 jam

7.14. Gangguan tidur yang sering dialami

Tidak ada

VII. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

7.1. Penyakit masa kanak-kanak

Batuk, Pilek dan demam

7.2. Penyakit serius/kronik

Tidak ada

7.3. Trauma

Tidak ada

7.4. Perawatan di rumah sakit (catat alasan, tanggal, tempat, alasan)

Tidakada

7.5. Pembedahan

Tidakada

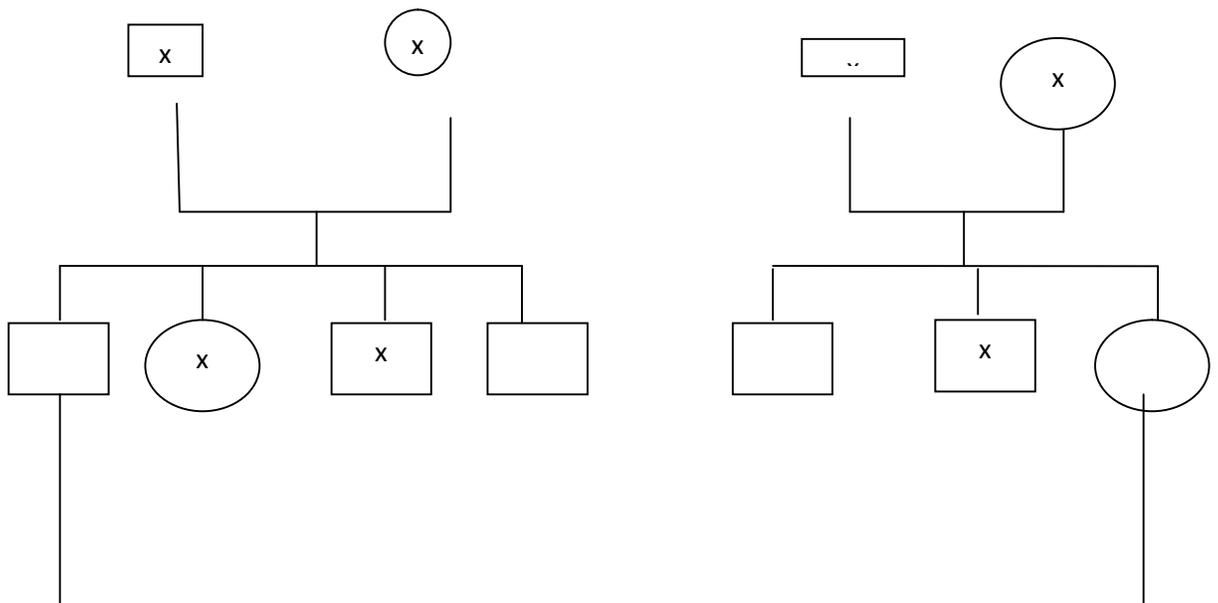
7.6. Riwayat obsetri

Tidakada

VIII, RIWAYAT KELUARGA

8.1.Silsilah keluarga (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara k

andung, pasangan, anak-anak

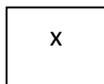


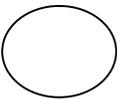
Keterangan :

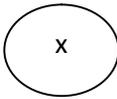
Laki – laki hidup



Laki – laki meninggal



Perampuan hidup 

Perampuan meninggal 

Tinggal serumah 

8.2. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga
Tidak tau

IX. TINJAUAN SISTEM

9.1. Tingkat kesadaran:

- 9.1.1. Mata :Pasiendapatmembukamatatetapipenglihatanburam
- 9.1.2. Verbal :Bisaberbicaradenganbaik
- 9.1.3. Motorik :Dapatbergerakdenganbaik. Tapiterbtasruanggerak.

9.2. Tanda-tanda vital:

- 9.2.1. Tekanan darah : 150/90 mmHg
- 9.2.2. Nadi : 84x/mnt
- 9.2.3. Suhu : 36,5 c
- 9.2.4. RR : 24x/mnt

9.3. Penilaian umum

- 9.3.1. Kelelahan : (√) ya () tidak
- 9.3.2. Perubahan BB satu tahun yang lalu: () ya (√) tidak
- 9.3.3. Perubahan nafsu makan : () ya (√) tidak
- 9.3.4. Demam : () ya (√) tidak
- 9.3.5. Keringat malam : () ya (√) tidak
- 9.3.6. Kesulitan tidur : () ya (√) tidak
- 9.3.7. Sering pilek, infeksi : () ya (√) tidak
- 9.3.8. Penilaian diri terhadap seluruh status kesehatan : (√) ya () tidak
- 9.3.9 Kemampuan melakukan ADL : (√) ya () tidak

9.4. Integumen

- 9.4.1.Lesi/luka : () ya (√) tidak
- 9.4.2.Pruritus : () ya (√) tidak
- 9.4.3.Perubahan pigmentasi : () ya (√) tidak
- 9.4.4.Perubahan tekstur : (√) ya () tidak
- 9.4.5.Perubahan rambut : (√) ya () tidak
- 9.4.6.Perubahan kuku : (√) ya () tidak
- 9.4.7.Turgor : elastis.
- 9.4.8.Anemia : () ya (√) tidak
- 9.4.9.Riwayat transfusi darah : () ya (√) tidak

9.5. Kepala

- 9.5.1.Sakit kepala : () ya (√) tidak
- 9.5.2.Trauma : () ya (√) tidak
- 9.5.3.Pusing : () ya (√) tidak
- 9.5.4.Gatal pada kulit kepala : () ya (√) tidak

9.6. Mata

- 9.6.1.Perubahan penglihatan : (√) ya () tidak
- 9.6.2.Kacamata/lensa kontak : (√) ya () tidak
- 9.6.3.Nyeri : () ya (√) tidak
- 9.6.4.Air mata berlebihan : () ya (√) tidak
- 9.6.5.Bengkak sekitar mata : () ya (√) tidak
- 9.6.6.Diplopia : () ya (√) tidak
- 9.6.7.Pandangan kabur : (√) ya () tidak
- 9.6.8.Fotofobia : () ya (√) tidak

9.6.9.Tanggal pemeriksaan paling akhir : 6 bln yang lalu

9.6.10.Tanggal pemeriksaan glukoma paling akhir : 6 bln yang lalu

9.6.11.Dampak pada penampilan ADL : tidak bias beraktifitas diluarwismasepertimenjemurpakistanmaupunpergirekreasi.

9.7. Telinga

- 9.7.1.Perubahan pendengaran : () ya (√) tidak
- 9.7.2.Tinitus : () ya (√) tidak
- 9.7.3.Sensitivitas pendengaran : () ya (√) tidak
- 9.7.4.Riwayat infeksi : () ya (√) tidak
- 9.7.5.Tanggal pemeriksaan paling akhir : tidakada
- 9.7.6.Kebiasaan perawatan telinga : .1 minggu 2 kali
- 9.7.7.Dampak pada penampilan ADL :tidakada

9.8. Hidung:

- 9.8.1.Rinorea : () ya (√) tidak

- 9.8.2.Epistaksis : () ya () tidak
- 9.8.3.Obstruksi : () ya () tidak
- 9.8.4.Mendengkur : () ya () tidak
- 9.8.5.Nyeri pada sinus : () ya () tidak
- 9.8.6.Riwayat infeksi : () ya () tidak

9.9. Mulut dan tenggorokan:

- 9.9.1.Sakit tenggorokan : () ya () tidak
- 9.9.2.Lesi/ulkus : () ya () tidak
- 9.9.3.Serak : () ya () tidak
- 9.9.4.Perubahan suara : () ya () tidak
- 9.9.5.Kesulitan menelan : () ya () tidak
- 9.9.6.Perdarahan gusi : () ya () tidak
- 9.9.7.Karies : () ya () tidak
- 9.9.8.Alat-alat protesa : () ya () tidak
- 9.9.9.Riwayat infeksi : () ya () tidak
- 9.9.10.Tanggal pemeriksaan gigi paling akhir : tidakada
- 9.9.11.Pola menggosok gigi :3 kali sehari
- 9.9.12. Masalah dan kebiasaan membersihkan : .tidakada
- 9.9.13. Gigi palsu : () ya () tidak

9.10. Leher

- 9.10.1. Kekuan : () ya () tidak
- 9.10.2. Nyeri/nyeri tekan : () ya () tidak
- 9.10.3. Benjolan/ massa : () ya () tidak
- 9.10.4. Keterbatasan gerak : () ya () tidak

9.11. Payudara

- 9.11.1. Benjolan/ massa : () ya () tidak
- 9.11.2. Nyeri/nyeri tekan : () ya () tidak
- 9.11.3. Bengkak : () ya () tidak
- 9.11.4. Keluar cairan dari puting susu : () ya () tidak
- 9.11.5. Perubahan pada puting susu : () ya () tidak
- 9.11.6 Pola pemeriksaan payudara sendiri: () ya () tidak
- 9.11.7. Tanggal dan hasil pemeriksaan mamogram paling akhir :tidakada

9.12. Pernafasan

- 9.12.1. Batuk : () ya () tidak
- 9.12.2. Sesak nafas : () ya () tidak
- 9.12.3. Hemoptisis : () ya () tidak
- 9.12.4. Sputum : () ya () tidak

- 9.12.5. Asma/alergi pernafasan : () ya (✓) tidak
 9.12.6. Tanggal dan hasil pemeriksaan foto thorak terakhir : tidak ada

9.13. Kardiovaskular

- 9.13.1. Ditensi vena jugularis : () ya (✓) tidak
 9.13.2. Nyeri/ketidaknyamanan dada : () ya (✓) tidak
 9.13.3. Palpitasi : () ya (✓) tidak
 9.13.4. Sesak nafas : () ya (✓) tidak
 9.13.5. Dispnea nocturnal paroksimal : () ya (✓) tidak
 9.13.6. Ortopnea : () ya (✓) tidak
 9.13.7. Murmur : () ya (✓) tidak
 9.13.8. Edema : () ya (✓) tidak

9.14. Gastrointestinal

- 9.14.1. Disfagia : () ya (✓) tidak
 9.14.2. Tidak dapat mencerna : () ya (✓) tidak
 9.14.3. Nyeri ulu hati : () ya (✓) tidak
 9.14.4. Mual/muntah : () ya (✓) tidak
 9.14.5. Hematemesis : () ya (✓) tidak
 9.14.6. Perubahan nafsu makan : () ya (✓) tidak
 9.14.7. Intoleransi makanan : () ya (✓) tidak
 9.14.8. Nyeri : () ya (✓) tidak
 9.14.9. Ikterik : () ya (✓) tidak
 9.14.10. Benjolan/massa : () ya (✓) tidak
 9.14.11. Perubahan kebiasaan defekasi : () ya (✓) tidak
 9.14.12. Diare : () ya (✓) tidak
 9.14.13. Konstipasi : () ya (✓) tidak
 9.14.14. Melena : () ya (✓) tidak
 9.14.15. Hemoroid : () ya (✓) tidak
 9.14.16. Perdarahan rektum : () ya (✓) tidak
 9.14.17. Pola defekasi biasanya : 1x sehari

9.15. Perkemihan

- 9.15.1. Disuria : () ya (✓) tidak
 9.15.2. Frekuensi BAK : () 2x/sehari (✓) 2x/hari
 9.15.3. Urine menetes : () ya (✓) tidak
 9.15.4. Dorongan miksi : () ya (✓) tidak
 9.15.5. Hematuria : () ya (✓) tidak
 9.15.6. Poliuria : (✓) ya () tidak
 9.15.7. Oliguria : () ya (✓) tidak

- 9.15.8. Nokturia : () ya (√) tidak
 9.15.9. Inkontinensia : () ya (√) tidak
 9.15.10. Nyeri saat berkemih : () ya (√) tidak

9.16. Genitalia pria

- 9.16.1. Lesi : () ya () tidak
 9.16.2. Rabas : () ya () tidak
 9.16.3. Nyeri testikular : () ya () tidak
 9.16.4. Massa testikular : () ya () tidak
 9.16.5. Masalah prostate : () ya () tidak
 9.16.6. Penyakit kelaminn : () ya () tidak

9.17. Genitalia wanita

- 9.17.1. Lesi : () ya (√) tidak
 9.17.2. Rabas : () ya (√) tidak
 9.17.3. Dispareuni : () ya (√) tidak
 9.17.4. Perdarahan pasca senggama : () ya (√) tidak
 9.17.5. Nyeri pelvis : () ya (√) tidak
 9.17.6. Sistokel/rektokel/prolpas : () ya (√) tidak
 9.17.8. Penyakit kelamin : () ya (√) tidak
 9.17.9. Infeksi : () ya (√) tidak
 9.17.10. Riwayat menstruasi (usia awitan, tanggal periode menstruasi)
 Tidaklagimens.

- 9.17.11. Riwayat menopause (usia, gejala, masalah pasca menopause)

Tidakmensejakumur 50 tahun yang lalu

- 9.17.12. Tanggal dan hasil pap smear paling akhir

Tidakada

9.18 Muskuloskeletal

- 9.18.1. Nyeri persendian : (√) ya () tidak
 9.18.2. Kekakuan : (√) ya () tidak
 9.18.3. Pembengkakan sendi : () ya (√) tidak
 9.18.4. Deformitas : () ya (√) tidak
 9.18.5. Spasme : () ya (√) tidak
 9.18.6. Kelemahan otot : () ya (√) tidak
 9.18.7. Masalah cara berjalan : () ya (√) tidak
 9.18.8. Nyeri punggung : (√) ya () tidak
 9.18.9. Prostesa : () ya (√) tidak
 9.18.10. Kekuatan otot : 5 dapat bergerak normal

Tes koordinasi/keseimbangan

No.	Aspek penilaian	Keterangan	Nilai
1	Berdiri dengan postur normal	4	4
2	Berdiri dengan postur normal (dengan mata tertutup)	4	4
3	Berdiri dengan satu kaki	Kanan :1 Kiri :1	1
4	Berdiri, fleksi trunk, dan berdiri ke posisi netral	3	3
5	Berdiri, lateral dan fleksi trunk	2	3
6	Berjalan, tempatkan salah satu tumit di depan jari kaki yang lain	2	3
7	Berjalan sepanjang garis lurus	2	4
8	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai	2	3
9	Berjalan mundur	2	3
10	Berjalan mengikuti lingkaran	2	3
11	Berjalan dengan tumit	1	2
12	Berjalan dengan ujung kaki	1	1
	JUMLAH	23	29

Kriteria penilaian

4 :melakukan aktifitas dg lengkap

3 :sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

2 :dg bantuan sedang – maksimal

1 :tidak mampu melakukan aktivitas

Keterangan

42 – 54 : Melakukan aktifitas dengan lengkap

28 – 41 : Sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

14 – 27 : Dengan bantuan sedang sampai maksimal

< 14 : Tidak mampu melakukan aktifitas

Dampak pada penampilan ADL :

9.19. Sistem saraf pusat

9.19.1. Sakit kepala : () ya (√) tidak

9.19.2. Kejang : () ya (√) tidak

9.19.3. Sinkope/serangan jatuh : () ya (√) tidak

9.19.4. Paralisis : () ya (√) tidak

9.19.5. Paresis : () ya (√) tidak

- 9.19.6. Masalah koordinasi : () ya (√) tidak
 9.19.7. Tc/tremor/spasme : () ya (√) tidak
 9.19.8. Masalah memori : () ya (√) tidak

X. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- 10.1. Cemas : () ya (√) tidak

- 10.2. Stabilitas emosi

- a. Labil (b). Stabil c. Iritable d. Datar

Jelaskan pasienbiasanyatenang

- 10.3. Permasalahan emosional dengan **Pertanyaan tahap 1**

- 10.3.1. Apakah klien mengalami susah tidur. Tidak

- 10.3.2. Apakah klien merasa gelisah. Tidak

- 10.3.3. Apakah klien murung menangis sendiri. Tidak

- 10.3.4. Apakah klien sering was-was atau kuatir. Tidak

Lanjutkan pertanyaan tahap 2 jika lebih dari satu atau sama dengan jawaban 1 ya

Pertanyaan tahap 2

- 10.3.5. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 bulan 1 kali dalam satu bulan.

- 10.3.6. Ada masalah atau banyak pikiran

- 10.3.7. Ada gangguan atau masalah dengan orang lain

- 10.3.8. Menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter

- 10.3.9. Cenderung mengurung diri ?

Lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya ya, maka masalah emosional ada atau

ada gangguan emosional

- 10.3.10. Insomnia : () ya (√) tidak

- 10.3.11. Gugup : () ya (√) tidak

- 10.3.12. Takut : () ya (√) tidak

- 10.3.13. Stres : () ya (√) tidak

- 10.3.14. Mekanisme koping yang biasa digunakan

Tidakada.

- 10.3.15. Pola respon seksual

-

XI. STATUS FUNGSIONAL

Pemeriksaan Indek barthel

No	Jenis aktivitas	Nilai		Penilaian
		Bantuan	Mandiri	
1	Makan/minum	5	10√	10

2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	5-10	15√	15
3	Kebersihan diri: cuci muka, menyisir, dll	0	5√	5
4	Keluar/masuk kamar mandi	5	10√	10
5	Mandi	0	5√	5
6	Berjalan (jalan datar)	10	15√	15
7	Naik turun tangga	5	10√	5
8	Berpakaian/bersepatu	5	10√	10
9	Mengontrol defekasi	5	10√	10
10	Mengontrol berkemih	5	10√	10
	Jumlah		95√	95

Keterangan :

0 – 20 : Ketergantungan penuh/total

21 – 61 : Ketergantungan berat

62 – 90 : Ketergantungan moderat

91 – 99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

XII. STATUS KOGNITIF

Pemeriksaan Short Portable Mental Status Questionnaire

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
√		1	Tanggal berapa hari ini?
√		2	Hari apa sekarang?
√		3	Apa nama tempat ini?
√		4	Di mana alamat Anda?
√		5	Kapan Anda lahir?
√		6	Berapa umur Anda?
√		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
√		9	Siapa nama ibu Anda?
√		10	Angka 20 dikurangi 3=? Dan seterusnya dikurangi 3
10			Jumlah

Keterangan :

Salah 0 – 3: fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5: kerusakan

intelektual ringan

Salah 6 – 8: kerusakan intelektual sedang

Salah 9 – 10: kerusakan

intelektual berat

XIII MINI MENTAL STATUS EXAM (MMSE) Maximal 5 minimal 1

ITEM	TES	NILAI MAX	NILA
	ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), (hari) apa?	5	
2	Kita berada di mana? (negara), (provinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar)	5	
	REGISTRASI		
3	Sebutkan 3 buah nama benda (apel, meja, koin) tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tersebut dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	
	ATENSI DAN KALKULASI		
4	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk setiap jawaban benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata “DUNIA” (nilai diberikan pada huruf yang benar sebelum kesalaahn; misalnya “a i u n d ”=3	5	
	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
5	Klien diminta mengingat kembali nama benda di atas	3	
	BAHASA		
6	Klien diminta menyebutkan nama benda yg ditunjukkan (pensil, buku)	3	
7	Klien diminta mengulang kata-kata “namun”, “tanpa”, “bila”	5	
8	Klien diminta melakukan perintah : “Ambil kertas ini dengan tangan Anda, lipatlah menjadi dua bagian dan letakkan di lantai”	5	
9	Klien disuruh membaca dan melakukan perintah “Pejamkan mata Anda”	4	
		2	
10	Klien disuruh menulis dengan spontan	2	
11	Klien diminta menggambarkan bentuk di bawah ini		
	TOTAL	22	

Keterangan :

Skor 24-30 = normal

Nilai 18-23 = gangguan kognitif sedang

Nilai 0-17 = gangguan kognitif berat

XIV N. STATUS FUNGSI SOSIAL

Pemeriksaan APGAR Keluarga

Selalu = 2

Kadang-kadang = 1

Hampir tidak pernah = 0

NO	Pernyataan	Kriteria Nilai		
		Selalu	Kadang-kadang	Hampir tdk perna
1	Saya puas bisa kembali pada keluarga (teman) saya untuk membantu saya pada waktu sesuatu menyusahkan saya.		√	
2	Saya puas dgn cara keluarga (teman) saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya.		√	
3	Saya puas bahwa keluarga (teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktivitas	√		
4	Saya puas dgn cara keluarga (teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih, atau mencintai		√	
5	Saya puas dengan cara teman saya menyediakan waktu bersama-sama		√	
		2	4	

Keterangan

Nilai < 3 : disfungsi keluarga tinggi

Nilai 4 – 6 : disfungsi keluarga sedang

ANALISA DATA

NO	Data	Masalah	Etiologi
	<p>DS : Ny. Y.S mengatakan tidak tahu tentang pengertian, penyebab, dari penyakit yang dialami saat ini.</p> <p>DO : Ny. Y.S tampak cemas saat ditanya, kurang percaya diri, ekspresi bingung, sering bertanya tentang penyakit yang dialami</p>	Defisit pengetahuan	Kurang terpaparnya Informasi
	<p>DS : N.Y.S mengatakan sering mengalami kekakuan nyeri di punggung, . Hingga membuatnya sulit bergerak</p> <p>DO : Saat di observasi dan dilakukan pemeriksaan status fungsional pasien memiliki tingkat ketergantungan yang normal,</p>	Intoleransi aktivitas	Kelemahan fisik

DIAGNOSA KEPERAWATAN

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF
	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi	
	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	

PERENCANAAN

TGL	DX	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	TINDAKAN	RASIONAL
29 Mei 2019	1.	setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam kurang pengetahuan pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil pasien dapat menceritakan penyakitnya, dapat mengetahui tanda dan gejala dari penyakit yang di derita.	kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. Gambarkan tanda dan gejala dan proses penyakit, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second	
29 Mei 2019	2.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien tidak mengalami gangguan mobilitas dengan kriteria hasil pasien tidak sulit beraktivitas.	Kaji kebutuhan mengenai bantuan pelayanan kesehatan dirumah, Ajarkan pasien dan pantau penggunaan alat bantu, Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah, Berikan penguatan positif selama beraktivitas, mengobservasi tanda dan gejala penurunan	

			mobilitas sendi dan ketahanan.	
--	--	--	--------------------------------	--

IMPLEMENTASI

TGL	JAM	DX	IMPLEMENTASI	RASIONAL
29 Mei 2019	07.00 08.00 09.00 10.00	1.	kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. Gambarkan tandan dan gejala dan proses penyakit, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second	
29 Mei	07.30	2.	Kaji kebutuhan mengenai bantuan	

2019	08.30		pelayanan kesehatan dirumah, Ajarkan pasien dan pantau penggunaan alat bantu,	
	09.30		Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah,	
	10.30		Berikan penguatan positif selama beraktivitas,	
	11.30		mengobservasi tanda dan gejala penurunan mobilitas sendi dan ketahanan.	

CATATAN PERKEMBANGAN

TGL	JAM	DX	EVALUASI	PARAF
29 Mei 2019	14.00	1.	S: Pasien mengatakan tahu tentang penyakit yang di alami O: nampak tidak bingung tapi masih cemas	

			<p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intyervensi dilanjutkan perawat Panti</p>	
29 Mei 2019	14.00		<p>S: Pasien mengatakan masih sulit beraktivitas karena sulit melihat</p> <p>O: pandangan kabur, nampak duduk terdiam</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan perawat panti</p>	



LEMBAR KONSULTASI
 BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Kanisius Kono Ocuturu
 NIM : PO.530320116258
 Nama Pembimbing : Yastius Rindu Skep.,Ns.,Mkep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PRMBIMBING
1.	24 Mei 2019	1. Konsultasi Judul 2. Pengarahan persiapan UAP	✓
2.	27 Mei 2019	1. Ujian praktik klinik di wisma Mamboyan 2. Konsultasi studi kasus sementara	✓
3.	1 Juni 2019	1. Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 2. Pada RAB 1 masukan data dari dunia, indonesia dan NTT	✓
4.	7 Juni 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3 2. Revisi BAB 3 3. Perbaiki judul 4. Perbaiki cara penulisan	✓
5.	10 Juni 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2. Konsultasi dari cover sampai lampiran 3. Revisi BAB 3	✓
6.	11 Juni 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2. Revisi BAB 2 & 3 3. Konsultasi dari cover sampai lampiran	✓
7.	13 Juni 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2. Perbaiki cara penulisan (tanda baca) 3. siap ujian tanggal 14 Juni 2019	✓
8.	14 Juni 2019	1. Ujian KTI	