

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari klien inkontinensia urin di wisma sakura UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia pasuruan Babat, Lamongan. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 12 Februari 2014, observasi dilakukan mulai tanggal 12 Februari 2013 sampai dengan tanggal 15 Februari 2014.

3.1 Pengkajian

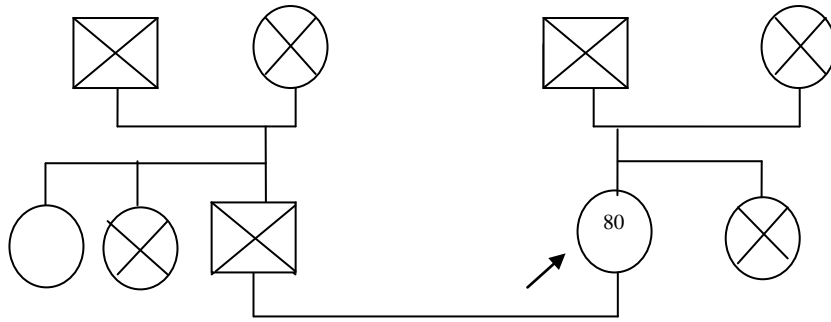
Hari rabu tanggal 12 Februari 2014 jam 10.00 WIB

1.1.1 Identitas Pasien

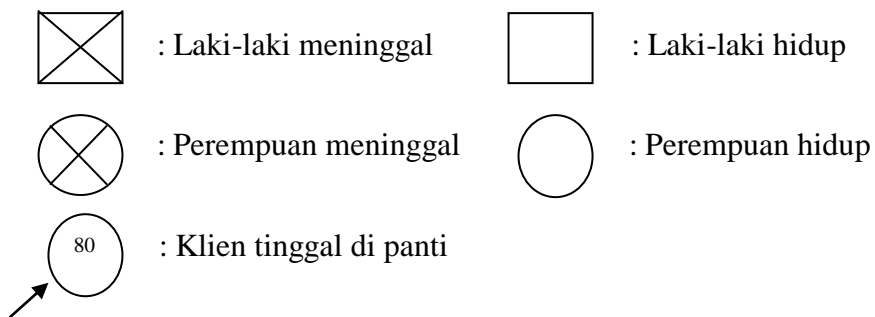
Nama klien Ny.G umur 80 tahun (Old), alamat Jln. Karang Kembang, Babat Lamongan. Klien sudah menikah tapi janda, beragama islam, suku asli jawa, Tingkat pendidikan terakhirnya tidak tamat SD, kurang dari 1 tahun klien tinggal di panti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang petani.

1.1.2 Genogram

Klien anak ke 1 dari 2 bersaudara, klien menikah 1 kali dengan suaminya, tapi suaminya sudah meninggal. Dari pernikahannya klien tidak mempunyai anak.



Keterangan :



Gambar 3.1 Genogram

1.1.3 Riwayat rekreasi

Hobi / minat : pasien mengatakan hobinya makan dan tidur, kadang-kadang membuat ketrampilan keset

Keanggotaan Organisasi : pasien mengatakan tidak mengikuti suatu organisasi

Liburan / perjalanan : pasien mengatakan tidak pernah liburan kemana-mana, hanya di panti saja

3.1.4 Riwayat kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Klien mengatakan jika ingin buang air kecil sulit untuk di tahan lama, nyeri sendi di bagian kaki sebelah kanan, serta penglihatannya kabur.

2. Keluhan yang paling sering dirasakan dalam tiga bulan terakhir

Klien mengatakan jika ingin buang air kecil masih sulit untuk ditahan, nyeri sendi di bagian kaki kanan, dan penglihatannya kabur.

3. Penyakit yang di derita dalam tiga tahun terakhir

Klien mengatakan nyeri sendi di bagian kaki sebelah kanan.

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – tanda vital dan status gizi :

Suhu : 36 °C

Tekanan darah : 90/60 mmHg

Nadi : 86 ^x/menit

Respirasi : 20 ^x/menit

Berat badan : 34 kg

Tinggi badan : 136 cm

3.1.6 Pengkajian Head to Toe :

1. Kepala

Tidak terdapat oedem, tidak ada benjolan, tidak teraba massa, Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, terdapat kerontokan rambut, rambut berketombe tidak ada keluhan, konstribusi rambut jarang, warna rambut hitam dan putih .

2. Mata

konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak starbismus , penglihatan kabur, tidak menggunakan alat bantu kacamata, tidak terjadi peradangan, tidak

mempunyai riwayat katarak sebelumnya, terdapat keluhan yaitu penglihatan kabur.

3. Hidung

bentuk hidung simetris, peradangan tidak ada, panca indera penciuman tidak terganggu.

4. Mulut dan Tenggorokan

kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terjadi peradangan / stomatitis, Gigi ompong jumlah gigi tinggal 8 dan karies 2, radang gusi tidak ada, terdapat kesulitan mengunyah dikarenakan giginya tinggal 8, tetapi tidak terjadi kesulitan menelan.

5. Telinga

kebersihan telinga kurang, peradangan tidak ada, pendengaran sedikit terganggu dikarenakan faktor usia, keluhan lain tidak ada.

6. Leher

pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, kaku kuduk tidak ada, tidak terdapat oedem.

7. Dada

Inpeksi : bentuk dada normal, bentuk payudara simetris

Palpasi : tidak adanya nyeri tekan

Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan (wheezing dan ronchi)

Perkusi : suara S1,S2 sonor

8. Abdomen

Inpeksi : bentuk simetris, bentuk flat (kurus) tidak ada suara napas tambahan

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : tidak adanya udara dalam abdomen atau perut tidak kembung

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi normal 10x/menit pada kuadran 8

9. Genetalia

kebersihan personal hygiene kurang, bau urin menyengat, tidak terdapat hemoroid, hernia tidak ada, pasien membersihkan daerah genetaliaanya setiap BAK.

10. Ekstremitas

Kekuatan otot : skala (1-5)

Kekuatan otot :

0 : Lumpuh

1 : Ada kontraksi

2 : Melawan grafitasi

3 : Melawan grafitasi tapi tidak ada tahanan

4 : Melawan grafitasi dengan tahanan sedikit

5 : Melawan grafitasi dengan kekuatan otot penuh

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 5 | 4 |

Postur tubuh tegap, rentang gerak terbatas, deformitas tidak ada, terdapat tremor, tidak terdapat edema kaki, penggunaan alat bantu berjalan tidak ada.

11. Integumen

kebersihan kulit baik, warna kulit sawo matang tidak pucat, terdapat kelembaban kulit, gangguan pada kulit tidak ada.

3.1.7 Pengkajian psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma
pasien mengatakan mampu bekerja sama, misalnya dalam melakukan bersih-bersih wisma pasien mengikuti.
2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti
pasien mengatakan mampu berinteraksi dengan penghuni wisma lain, pasien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar wisma seperti senam bersama
3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma lain didalam panti
pasien mengatakan jarang berinteraksi dengan wisma lain
4. Stabilitas emosi
pasien mengatakan emosinya stabil, tidak pernah marah-marah.
5. Motivasi penghuni panti
pasien mengatakan tinggal dipanti atas kemauannya sendiri
6. Frekwensi kunjungan keluarga
pasien mengatakan dikunjungi saudara dari suaminya setiap 2kali/bulan.

3.1.8 Pengkajian perilaku terhadap kesehatan

1. Kebiasaan merokok
Klien mengatakan tidak pernah merokok
2. Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi frekwensi makan
Klien mengatakan makan sehari 3kali
3. Jumlah makanan yang dihabiskan
Klien mengatakan setiap makan menghabiskan 1porisi
4. Makanan tambahan

Klien mengatakan jika diberi makan tambahan seperti snack atau kue pasien selalu menghabiskannya.

5. Pola pemenuhan kebutuhan cairan

Klien mengatakan sehari minum lebih dari 3 gelas

6. Jenis minuman

Klien mengatakan paling sering minum air putih tetapi kadang juga minum teh, kopi, susu dan kacang hijau.

7. Pola kebiasaan tidur Jumlah waktu tidur

Klien mengatakan tidur hanya 4 – 6 jam saja baik siang ataupun malam.

8. Gangguan tidur berupa

Klien mengatakan jika tidur sering terbangun gara-gara ingin buang air kecil.

9. Penggunaan waktu luang

Klien mengatakan bersantai ketika banyak waktu luang seperti mengobrol dengan teman 1 wisma atau hanya tidur.

10. Pola eliminasi Buang Air Besar Frekwensi Buang Air Besar

Klien mengatakan Buang Air Besar sehari 1kali dengan konsistensi lembek, bau khas feses.

11. Gangguan Buang Air Besar

Klien mengatakan sering mengalami konstipasi / susah Buang Air Besar.

12. Pola Buang Air Kecil Frekwensi Buang Air Kecil

Klien mengatakan Buang Air Kecil lebih dari 6kali sehari.

13. Warna urine

Klien mengatakan warna urinenya kuning jernih

14. Gangguan Buang Air Kecil

Inkontinensia urine (sering kencing dan sulit untuk ditahan)

15. Pola aktivitas kegiatan produktif lansia yang sering dilakukan

Klien mengatakan hanya diam dan tidur, jika ada kegiatan lansia seperti senam, mengaji dan tuntunan rohani klien baru mengikuti.

16. Pola pemenuhan kebersihan diri mandi

Klien mengatakan mandi 3kali dalam sehari dan memakai sabun.

17. Sikat Gigi

Klien mengatakan tidak pernah menyikat Giginya dikarenakan Giginya ompong tinggal 8

18. Kebiasaan berganti pakaian

Klien mengatakan berganti pakaian lebih dari 1kali dalam sehari, ketika klien mengompol.

3.1.9 Data penunjang

1. Laboratorium : Tidak Ada
2. Radiologi : Tidak Ada
3. EKG : Tidak Ada
4. CT – Scan : Tidak Ada
5. Obat – Obatan : injeksi B12, etabion, licokalk, wiros

3.1.10 Indeks Katz

(Indeks kemandirian pada aktivitas kehidupan sehari – hari)

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore A yaitu pasien dapat melakukan

semua aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

3.1.11 Pengkajian kemampuan intelektual

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

sesuai dengan format SPMSQ klien dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 5 dan jawaban yang salah 5. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual kerusakan ringan.

3.1.12 Pengkajian kemampuan aspek kognitif

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif klien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa klien tidak ada gangguan kognitif berat. Klien mampu menjawab semua pertanyaan dengan nilai 18 dan skor klien 18 – 23 yaitu Gangguan kognitif sedang.

3.1.13 Inventaris depresi beck

untuk mengetahui tingkat depresi lansia dari beck & deck (1972)

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

3.1.14 Analisa Data

Tanggal 12 Februari 2014

Kelompok data pertama

1. Data Subyektif : Klien mengatakan sering kencing >6kali per hari, tidak bisa ditahan terutama pada malam hari, belum sampai kamar mandi sudah ngompol.

2. Data Obyektif : Tempat tidur klien bau pesing, kasur klien kadang-kadang di alasi perlak, sewek yang digunakan klien semalam bau pesing.
3. Etiologi : Kelemahan otot pelvis
4. Masalah : Gangguan eliminasi urin

Tanggal 12 Februari 2014

Kelompok data kedua

1. Data Subyektif : Klien mengatakan malu jika sering dekat dengan orang lain karena takut bau pesing.
2. Data Obyektif : Klien nampak sendirian, jarang bergaul dengan penghuni wisma lain, klien hanya tidur di tempat tidurnya.
3. Etiologi : Koping maladaptif (rasa malu)
4. Masalah : Resiko Isolasi sosial

Tanggal 12 Februari 2014

Kelompok data ketiga

1. Data Subyektif : Klien mengatakan hampir terpeleset ketika hendak ke kamar mandi
2. Data Obyektif : Klien ke kamar mandi dengan cara pegangan tembok ruangan, kekuatan otot menurun karena proses penuaan.
3. Etiologi : Penurunan fungsi tubuh
4. Masalah : Resiko cedera fisik

3.2 Diagnosa keperawatan

1. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan kelemahan otot pelvis ditandai dengan tempat tidur klien bau pesing.

2. Resiko Isolasi sosial berhubungan dengan koping maladaptif (rasa malu) akibat mengompol ditandai dengan klien jarang bergaul dengan penghuni wisma lain.
3. Resiko cedera fisik berhubungan dengan penurunan fungsi tubuh, lantai yang licin ditandai dengan klien ke kamar mandi dengan cara pegangan tembok ruangan.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal 12 Februari 2014

1. Diagnosa 1 : Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan kelemahan otot pelvis ditandai dengan tempat tidur klien bau pesing.

Tujuan : Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam klien dapat mengetahui tentang latihan dasar pelvis

Kriteria Hasil :

1. Klien melaporkan adanya pengurangan BAK 6-7kali/hari
2. Klien mampu mengungkapkan penyebab inkontinensia

Intervensi :

1. Kaji kebiasaan pola berkemih dan gunakan catatan berkemih sehari
Rasional : Mengidentifikasi kemampuan dan kebiasaan berkemih selama 24 jam
2. Ajarkan untuk menahan otot – otot dasar pelvis dan kekuatan saat melakukan latihan kegel, caranya dengan melakukan senam menggunakan kekuatan otot perut secara penuh.

Rasional : Latihan kegel adalah untuk menguatkan dan mempertahankan tonus otot yang menyangga organ-organ pelvis

3. Observasi Tanda – Tanda Vital klien meliputi Tekanan Darah, Suhu, Respirasi, Nadi

Rasional : mengetahui keadaan umum klien

4. Anjurkan klien untuk minum air putih dan mengurangi minum teh, kopi

Rasional : Minuman teh dan kopi dapat meningkatkan frekwensi urin

5. Ajarkan klien untuk menjaga kebersihan dan merawat personal hygiene

Rasional : Kebersihan dan perawatan personal hygiene dengan baik akan mencegah terjadinya infeksi.

6. Anjurkan klien untuk latihan menahan kemih kira – kira 2-3 menit sebelum sampai ke kamar mandi

Rasional : Melatih otot pelvis dan melatih klien untuk menahan kemih

Diagnosa 2 : Resiko isolasi sosial berhubungan dengan malu akibat mengompol ditandai dengan klien jarang bergaul dengan penghuni wisma lain.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan

1. Klien tidak lagi malu dengan orang lain
2. Klien mampu berinteraksi sosial kepada orang lain

Kriteria Hasil :

1. Klien dapat berinteraksi dengan orang lain
2. Klien sudah tidak merasakan malu akibat bau urin

Intervensi :

1. Ajak klien mengobrol dan berdiskusi, tanyakan pada klien bagaimana perasaannya setiap harinya.

Rasional : Dapat membina rasa saling percaya

2. Berikan pendekatan agar klien dapat mengungkapkan apa yang dirasakan.

Rasional : Membuat klien tenang dan nyaman

Diagnosa 3 : Resiko cedera fisik berhubungan dengan penurunan fungsi tubuh, lantai yang licin ditandai dengan klien ke kamar mandi dengan cara pegangan tembok ruangan..

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan keamanan dan keselamatan klien terjaga

Kriteria Hasil :

1. Tidak terjadi kecelakaan fisik
2. Klien merasa aman dan selamat

Intervensi :

1. Berikan lansia alat bantu berupa tongkat untuk meningkatkan keselamatan

Rasional : Alat bantu dapat menjaga keselamatan klien, dan klien akan merasa lebih hati – hati.

2. Bantu klien ke kamar mandi

Rasional : Dengan diberikan bantuan klien akan merasa lebih aman

3. Jangan biarkan klien ke kamar mandi sendirian tanpa bantuan

Rasional : Dapat meningkatkan resiko tinggi cedera

1.4 Pelaksanaan keperawatan

1. Diagnosa 1 : Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan kelemahan otot pelvis ditandai dengan tempat tidur klien bau pesing.

Tanggal 12 Februari 2014

- a. Jam 10.15

Mengkaji kebiasaan berkemih sehari

Respon : Klien kooperatif, kebiasaan berkemih klien sehari lebih dari 6 kali, kurang lebih 10kali, sulit ditahan 3kali.

- b. Jam 10.20

Menganjurkan klien untuk latihan menahan kemih kira-kira 2-3menit sebelum sampai ke kamar mandi

Respon : Klien kooperatif, mau menahan kemih ketika hendak ke kamar mandi, tetapi klien tidak mampu.

- c. Jam 10.30

Mengajarkan klien untuk menjaga kebersihan dan perawatan personal hygiene

Respon : Klien kooperatif dan mudah diarahkan, setiap selesai miksi klien selalu merawat area genetaliaanya dan berganti pakaian setiap selesai ngompol.

- d. Jam 10.35

Membantu membuat catatan berkemih selama 1-3 hari

Respon : Klien kooperatif, klien mau menyebutkan frekwensi kemih dalam sehari, klien tidak bisa menulis sendiri karena klien tidak tamat SD dan buta huruf.

- e. Jam 11.50
Observasi Tanda-tanda vital klien
Respon : Tekanan Darah 90/60 mmHg, suhu 36°C, nadi 86 x/menit, respirasi 20 x/menit.
- f. Jam 11.00
Menganjurkan klien untuk minum air putih 8 gelas per hari dan mengurangi minum teh, karena teh dapat meningkatkan frekwensi urin.
Respon : Klien kooperatif
- g. Jam 11.05
Mengajarkan latihan otot dasar pelvis dengan cara mengajarkan latihan menahan nafas dengan kekuatan otot perut
Respon : Klien dapat mempraktekkan letihan menahan nafas dengan cara menahan nafas selama 15 detik dengan menggunakan kekuatan otot perut

Tanggal 13 Februari 2014

- a. Jam 10.10
Mengobservasi pola berkemih klien
Respon : Pola berkemih klien sehari masih lebih dari 6kali, kurang lebih 10kali, dan sulit ditahan 2kali.
- b. Jam 10.15
Mengidentifikasi catatan berkemih harian klien

Respon : Klien kooperatif, klien mau menyebutkan frekwensi kemih dalam sehari, klien tidak bisa menulis sendiri karena klien tidak tamat SD dan buta huruf.

c. Jam 10.25

Menganjurkan klien untuk menjaga personal hygiennya setiap habis berkemih

Respon : Klien kooperatif dan mudah diarahkan, setiap selesai miksi klien selalu merawat area genetaliaanya dan berganti pakaian setiap selesai ngompol.

d. Jam 10.35

Mengevaluasi minuman yang diminum klien hari ini

Respon : Klien mengatakan hari ini minum air putih sudah 4 gelas, klien tidak minum kopi, tapi masih minum teh.

e. Jam 10.40

Mengajarkan klien latihan senam kegel

Respon : Klien mudah di arahkan, klien melakukan gerakan senam kegel

f. Jam 10.50

Menganjurkan klien untuk melakukan latihan otot dasar pelvis secara mandiri.

Respon : Klien dapat mempraktekkan letihan otot dasar pelvis dengan cara melakukan kontraksi dan menahan laju urin ketika berkemih.

Tanggal 14 Februari 2014

- a. Jam 09.00
- Mengobservasi pola berkemih klien
- Respon : Pola berkemih klien sehari masih lebih dari 6kali, kurang lebih 10kali, sulit ditahan 2kali.
- b. Jam 10.05
- Mengevaluasi catatan berkemih harian klien selama 3hari terakhir
- Respon : Klien kooperatif, klien mau menyebutkan frekwensi kemih dalam sehari, klien tidak bisa menulis sendiri karena klien tidak tamat SD dan buta huruf.
- c. Jam 10.15
- Menganjurkan klien untuk menjaga personal hygiennya setiap habis berkemih
- Respon : Klien kooperatif dan mudah diarahkan, setiap selesi miksi klien selalu merawat area genetalianya dan berganti pakaian setiap selesi ngompol
- d. Jam 10.20
- Mengevaluasi minuman apa yang di minum klien hari ini
- Respon : Klien mengatakan hari ini minum air putih 5 gelas
- e. Jam 10.30
- Mengajarkan klien senam kegel
- Respon : Klien mudah di arahkan, klien melakukan gerakan senam kegel

Tanggal 15 Februari 2014

- a. Jam 08.50

Mengobservasi pola berkemih klien

Respon : Pola berkemih klien sehari masih lebih dari 6kali, kurang lebih 10kali, sulit ditahan 1kali.

b. Jam 09.30

Mengevaluasi minuman apa yang di minum klien hari ini dan memotivasi klien untuk minum air putih 8 gelas/hari

Respon : Klien mengatakan hari ini minum air putih 4 gelas

c. Jam 10.00

Memotivasi klien untuk terus melakukan latihan yang sudah di ajarkan diantaranya latihan otot dasar pelvis dan latihan senam kegel.

Respon : Klien kooperatif

2. Diagnosa 2 : Resiko Isolasi sosial berhubungan dengan koping maladaptif (rasa malu) akibat mengompol ditandai dengan klien jarang bergaul dengan penghuni wisma lain.

Tanggal 12 Februari 2014

a. Jam 10.00

Mengajak klien mengobrol dan berdiskusi tentang identitasnya serta mengajak klien bercerita tentang perasaannya hari ini

Respon : Klien menyebutkan nama, asalnya, dan klien banyak bercerita tentang kehidupannya dahulu sebelum tinggal dipanti.

b. Jam 10.06

Memotivasi klien untuk selalu berinteraksi dengan penghuni wisma lain

Respon : Klien sedikit demi sedikit berinteraksi dengan teman penghuni wisma lain.

Tanggal 13 Februari 2014

a. Jam 10.00

Mengajak klien bercerita tentang perasaannya hari ini

Respon : Klien menceritakan perasaannya hari ini rasa malunya sudah berkurang dikarenakan setiap habis berkemih selalu memakai minyak kayu putih jadi tidak takut bau pesing.

b. Jam 10.06

Memotivasi klien untuk selalu berinteraksi dengan penghuni wisma lain

Respon : Klien sudah dapat berinteraksi dengan teman penghuni wisma lain.

3. Diagnosa 3 : Resiko cedera fisik berhubungan dengan penurunan fungsi tubuh, lantai yang licin, ditandai dengan klien ke kamar mandi dengan cara pegangan tembok ruangan.

Tanggal 12 Februari 2014

a. Jam 10.22

Membantu klien jika hendak ke kamar mandi dan berikan alat bantu

Respon : Klien merasa senang jika dibantu untuk ke kamar mandi dan klien diberikan alat bantu berupa tongkat

b. Jam 10.25

Pastikan pegangan terpasang di kamar mandi dan periksa lampu yang redup dan menyilaukan, serta motivasi klien agar jangan sendirian ke kamar mandi tanpa bantuan orang lain apabila tidak ada alat bantu atau ketika fungsi tubuhnya lemah (kaki linu)

Respon : Klien mengatakan jika malam hari klien di antar oleh teman 1 wisma yang kondisinya sehat.

Tanggal 13 Februari 2014

a. Jam 10.20

Membantu klien ke kamar mandi dan jangan biarkan sendiri tanpa bantuan orang lain ataupun tanpa alat

Respon : Klien mengatakan senang jika dibantu untuk ke kamar mandi, dan klien lebih hati-hati.

1.5 Evaluasi keperawatan

1. Diagnosa 1

b. Tanggal 12 Februari 2014

Subyektif : Klien mengatakan sering kencing lebih dari 6kali kurang lebih 10kali per hari, tidak bisa ditahan 3kali, terutama pada malam hari, belum sampai kamar mandi sudah mengompol.

Obyektif : Keadaan umum baik, frekwensi kemih klien 10kali, tempat tidur klien bau pesing, kasur klien kadang-kadang di alasi perlak, sewek yang dipakai klien semalam bau pesing

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 13 Februari 2014

Subyektif : Klien mengatakan masih sering kencing lebih dari 6kali kurang lebih 10kali per hari dan sulit di tahan 2kali

Obyektif :Keadaan umum baik, pagi sampai sore ini frekwensi kemih 10kali, mengompol 2kali.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

d. Tanggal 14 Februari 2014

Subyektif :Klien mengatakan sering kencing sedikit berkurang tetapi masih 6kali kurang lebih 10kali per hari , sulit untuk ditahan 2kali

Obyektif :Keadaan umum baik, pagi sampai sore ini frekwensi kemih 9kali, mengompol 2kali

Assesment :Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning :Intervensi dihentikan

e. Tanggal 15 Februari 2014

Subyektif :Klien mengatakan sering kencing sedikit berkurang tetapi masih 6kali kurang lebih 10kali per hari , sulit untuk ditahan 1kali

Obyektif :Keadaan umum baik, pagi sampai sore ini frekwensi kemih 8kali, mengompol 1kali

Assesment :Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning :Intervensi dihentikan

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 12 Februari 2014

Subyektif : Klien mengatakan malu jika sering dekat dengan orang lain, takut bau pesing

Obyektif : Keadaan umum baik, klien nampak sendirian, jarang bergaul dengan penghuni wisma lain, klien hanya tidur di tempat tidurnya.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : intervensi dilanjutkan

b. Tanggal 13 Februari 2014

Subyektif : Klien mengatakan sudah tidak malu jika dekat dengan orang lain

Obyektif : Keadaan umum baik, klien nampak duduk-duduk didepan wismanya dengan teman 1 wisma, klien tidak berbau pesing karena setiap habis berkemih klien memakai minyak kayu putih.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

3. Diagnosa 3

a. Tanggal 12 Februari 2014

Subyektif : Klien mengatakan ketika hendak ke kamar mandi hampir terpeleset.

Obyektif : Klien ke kamar mandi dengan cara pegangan tembok ruangan

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

b. Tanggal 13 Februari 2014

Subyektif : Klien mengatakan lebih hati – hati jika ke kamar mandi

Obyektif : Klien ke kamar mandi dengan menggunakan tongkat, terkadang pegangan di kamar mandi

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan