

BAB 3

TINJAUAN KASUS

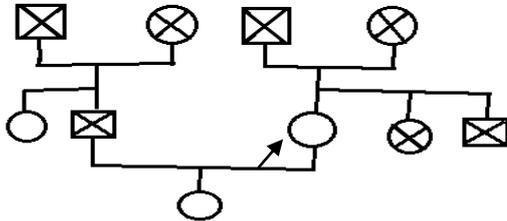
3.1 Pengkajian

Hari senin tanggal 16 Februari 2015 jam 07.00 WIB

3.1.1 Identitas Pasien

Nama pasien Ny.M umur 85 tahun (Old), alamat Gresik Pulu Pancian. Pasien sudah menikah tapi janda, beragama Islam, suku asli Jawa , tingkat pendidikan tidak sekolah, klien tinggal di panti <1 tahun. Riwayat pekerjaan adalah seorang penjual ikan ayam potong.

3.1.2 Genogram



Keterangan : ⊠ : Laki-laki meninggal □ : Laki-laki hidup
 ⊗ : Perempuan meninggal ○ : Perempuan hidup
 ⊙ : Klien

3.1.3 Riwayat Rekreasi

Hobi: Pasien mengatakan tidak mempunyai hobi sukanya hanya tidur di atas tempat tidur dan diam saja didalam lingkungan wisma.

3.1.4 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Pasien mengatakan badannya sering terasa gatal-gatal pada daerah kepala, tangan, dan leher, pasien juga mengatakan lutut terasa nyeri saat berjalan.

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Pasien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah gatal-gatal dan nyeri.

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Pasien mengatakan lutut terasa nyeri

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital dan status gizi

Tekanan darah : 110/90 mmHg

Suhu : 36,4°C

Nadi : 82x/menit

Respiratori : 22x/menit

Berat badan : 45 Kg

Tinggi badan : 140cm

3.1.6 Pengkajian Head to Toe

1. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala kotor, terdapat kerontokan rambut, rambut kotor dan kusut.

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak strabismus, penglihatan kabur jarak 1 meter.

3. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal.

4. Mulut dan Tenggorokan

Bentuk mulut simetris, kotor, mukosa kering, tidak ada stomatitis, gigi tidak lengkap, ada kesulitan mengunyah.

5. Telinga

Kotor, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran terganggu

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

7. Dada

Inpeksi : bentuk dada normal

Palpasi : tidak adanya nyeri tekan

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

Perkusi : suara S1, S2 sonor

8. Abdomen

Inpeksi : tidak ada benjolan

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : adanya udara dalam abdomen atau perut kembung

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi normal 12x/menit.

9. Ekstremitas

Terjadi nyeri lutut di kanan dan kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk dilutut kanan kiri ekstremitas atas kekuatan otot skala 5, ekstremitas bawah kekuatan otot skala 2 terdapat radang pada lutut kaki kiri dan kanan nyeri timbul setelah bangun tidur.

10. Integumen

Kulit kotor, kering, warna kulit sawo matang, kuku panjang dan kotor, turgor kulit normal, terdapat gangguan pada kulit pasien mengeluh gatal-gatal di daerah tangan dan leher, bau badan menyengat.

3.1.7 Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Pasien mengatakan tidak kenal dengan orang dalam wisma.

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Pasien tidak mampu berinteraksi dengan orang lain diluar wisma, dan pasien tidak pernah mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar wisma seperti senam bersama.

3. Kaebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Pasien jarang berinteraksi dengan wisma lain.

4. Stabilitas emosi

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

5. Motivasi penghuni panti

Pasien berada dipanti karena di tangkap satpol PP.

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Pasien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga

3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

1. Kebiasaan merokok

Pasien tidak pernah merokok

2. Pola pemenuhan nutrisi

Nafsu makan klien baik, klien makan 3 kali sehari, makanan 1 porsi habis, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur.

3. Pola pemenuhan cairan

Pasien minum air putih >5 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti teh dan kacang ijo.

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur <4 jam setiap hari, tidur tidak nyenyak karna kaki nyeri, klien menggunakan waktu luang untuk diam saja.

5. Pola eliminasi BAB

Pasien BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan waktu BAB

6. Pola eliminasi BAK

Pasien BAK 4-6 kali sehari, warna urin kuning jernih, bau khas, jumlah urine 1200cc tidak ada gangguan waktu BAK

7. Pola aktivitas

Aktifitas pasien dipanti tidak ada, karena pasien tidak membuat kerajinan tangan

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Pasien kadang mandi kadang tidak \pm 2 hari sekali, tidak memakai sabun, jarang gosok gigi, berganti pakaian 2 hari sekali, bau pesing saat pagi hari.

3.1.9 Data Penunjang

1. Obat-obatan yang dikonsumsi

Antasida 2x500mg/hari, Asam Mefenamat 2x500mg/hari.

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

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore F yaitu pasien kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

3.1.11 Pengkajian Kemampuan Intelektual

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ pasien tidak dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 3 dan jawaban yang salah 7. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual kerusakan sedang.

3.1.12 Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien ada gangguan kognitif berat. Pasien tidak mampu menjawab semua pertanyaan dengan benar dan skor 16

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

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien depresi sedang. Total penilaiannya pasien adalah 0 dalam batas depresi tidak ada atau minimal (0-4)

3.1.14 Analisa Data

Tanggal 16 Februari 2015

Kelompok data pertama

1. Data subyektif : Klien mengatakan jarang mandi, mandi \pm 2 hari sekali, klien mengatakan tidak mampu berjalan karena keterbatasan pergerakan saat berjalan.
2. Data Obyektif : Klien terlihat kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut dan bau badan menyengat, pakaian tampak acak-acakan bau, kuku panjang dan kotor, klien berjalan menggunakan tongkat dan kursi roda.
3. Masalah : Defisit perawatan diri mandi
4. Kemungkinan penyebab : Keterbatasan pergerakan

Kelompok data kedua

1. Data subyektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah lutut kaki kanan dan kiri
2. Data Obyektif : Klien merasakan nyeri berulang-ulang didaerah lutut kaki kanan dan kiri dengan skala 5 (sedang) nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri sering timbul saat setelah

bangun tidur dan berkurang saat dibuat istirahat. Klien tampak menyeringai dan memijat lutut.

3. Masalah : Nyeri akut
4. Kemungkinan penyebab : Penurunan cairan sinovial

Kelompok data ketiga

1. Data Subyektif : Klien mengatakan lupa dengan nama presiden sekarang
2. Data Obyektif : Klien tidak mampu menjawab, klien tampak lama untuk berfikir seperti kebingungan, MMSE : kognitif berat dengan skor 16
3. Masalah : Gangguan proses pikir
4. Kemungkinan penyebab: Penurunan daya ingat dalam proses daya pikir

Kelompok data keempat

1. Data Subyektif : Klien mengatakan badannya sering terasa gatal-gatal terutama pada daerah kepala, leher dan tangan
2. Data Obyektif : Terdapat kemerahan pada kulit tangan dan leher akibat garukan kuku.
3. Masalah : Kerusakan integritas kulit
4. Kemungkinan penyebab: Kelembaban kulit yang berlebih

3.2 DiagnosaKeperawatan

1. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan keterbatasan pergerakan dalam merawat diri ditandai dengan klien terlihat kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut, dan bau badan menyengat.

2. Nyeri akut berhubungan dengan penurunan cairan sinovial ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah lutut kanan kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk dilutut kanan kiri skala nyeri 5, nyeri muncul setelah bangun tidur tanda-tanda vital, Tekanan darah: 110/80, Suhu: 36,4C, Nadi:82x/menit, Respiratori: 22x/menit
3. Gangguan proses pikir berhubungan dengan kehilangan memory atau ingatan ditandai dengan hilangnya konsentrasi, tidak mampu membuat keputusan, menghitung.
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban kulit yang berlebih, kurangnya perawatan diri, imobilisasi fisik ditandai dengan klien merasakan gatal-gatal didaerah tangan dan leher serta terdapat kemerahan akibat garukan kuku.

3.3 Intervensi Keperawatan

- 1) Diagnosa 1 : Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan keterbatasan pergerakan dalam merawat diri ditandai dengan klien terlihat kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut, dan bau badan menyengat.

Tujuan perawatan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam lansia dapat memelihara kebersihan diri

Kriteria Hasil :

- a. Klien terbebas dari bau badan
- b. Keadaan badan, mulut, dan kuku bersih
- c. Klien mau melakukan perawatan hygiene mandi

Intervensi :

1. Kaji kemampuan kebutuhan perawatan hygiene mandi

Rasional: Membantu dalam merencanakan tindakan pemenuhan kebutuhan hygiene mandi.

2. Identifikasi kesulitan dalam berpakaian atau perawatan diri, seperti keterbatasan gerak fisik, penurunan kognitif.

Rasional: Memahami penyebab yang mempengaruhi intervensi, masalah dapat diminimalkan dengan menyesuaikan atau memerlukan konsultasi dari ahli lain.

3. Identifikasi kebutuhan kebersihan diri dan berikan bantuan sesuai kebutuhan dengan perawatan rambut, kuku, kulit, dan gosok gigi.

Rasional: Seiring perkembangan penyakit, kebutuhan kebersihan dasar mungkin dilupakan.

4. Ingatkan klien untuk memelihara kebersihan diri seperti : Mandi 2x pagi dan sore, keramas dan menyisir rambut

Rasional: Menciptakan memory kebersihan

5. Berikan penyuluhan pada pasien tentang pentingnya perawatan diri.

Rasional : Agar pasien mengerti tentang pentingnya merawat diri

2) Diagnosa 2 : Nyeri akut berhubungan dengan penurunan cairan sinovial ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah lutut saat dibuat berdiri, wajah klien menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-tanda vital,

Tekanan darah: 110/80 mmHg, Suhu: 36,4°C, Nadi: 82x/menit, Respiratori: 22x/menit

Tujuan perawatan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam klien mampu menyatakan nyeri hilang atau berkurang.

Kriteria hasil :

- a. Klien tidak lagi menyeringai sakit.
- b. Skala nyeri berkurang.

Intervensi :

1. Kaji intersitas nyeri, lokasi nyeri, dan skala nyeri

Rasional : nyeri klien dapat berkurang dengan skala nyeri 0

2. Berikan penjelasan pada klien tentang nyeri

Rasional : agar klien mengerti tentang penyebab nyeri

3. Ajarkan teknik mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian dan relaksasi

Rasional : menurunkan rasa nyeri

4. Observasi tanda-tanda vital

Rasional : untuk mengetahui keadaan klien

5. Kompres air hangat

Rasional : untuk mengurangi rasa nyeri

6. Kolaborasi pemberian obat analgesic

Rasional : menghilangkan rasa nyeri

- 3) Diagnosa 3 : Gangguan proses pikir berhubungan dengan kehilangan memory ingatan ditandai dengan hilangnya konsentrasi, tidak mampu membuat keputusan, menghitung.

Tujuan perawatan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam klien mampu mengenali perubahan dalam berfikir.

Kriteria hasil

- a. Klien mampu memperlihatkan penurunan tingkah laku yang tidak diinginkan, ancaman dan kebingungan.
- b. Klien mampu mengenali tingkah laku dan factor penyebab.

Intervensi :

1. Bina hubungan BHSP

Rasional : Untuk membina hubungan saling percaya kepada klien

2. Pertahankan lingkungan yang nyaman dan tenang

Rasional : Kebisingan merupakan sensori berlebihan yang meningkatkan gangguan neuron

3. Tatap wajah klien ketika sedang berbicara

Rasional : Meningkatkan perhatian terutama pada klien gangguan perseptual

4. Panggil klien dengan namanya

Rasional : Nama adalah bentuk identitas diri dan menimbulkan pengenalan terhadap realitas

5. Ajarkan klien senam otak

Rasional : Melatih daya ingat dan kemampuan klien

4) Diagnosa 4 : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban kulit yang berlebih, kurangnya perawatan diri, imobilisasi fisik ditandai dengan klien sering merasa gatal-gatal dan terdapat kemerahan pada kulit tangan dan leher.

Tujuan perawatan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam kerusakan integritas kulit dapat diminimalkan

Kriteria hasil :

- a. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan
- b. Tidak ada luka atau lesi pada kulit
- c. Perfusi jaringan baik

Intervensi :

1. Anjurkan klien untuk mandi setiap hari

Rasional : Pembersihan mengangkat minyak yang berlebihan, keringat, sel kulit mati, dan kotoran yang meningkatkan bakteri.

2. Ubah posisi secara teratur minimal setiap 2 jam

Rasional : Tekanan yang digunakan lebih lama, lebih besar beresiko terjadi kerusakan integritas kulit

3. Berikan lotion pada kulit klien setelah mandi

Rasional : Untuk menjaga kulit agar tidak mudah iritasi

4. Keringkan kulit dengan teliti setelah setiap kali pembersihan

Rasional : Kelembaban kulit yang berlebihan menyebabkan maserasi kulit, yang meningkatkan perkembangan bakteri.

3.4 Implementasi

1. Diagnosa 1: Defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan pergerakan dalam merawat diri ditandai dengan klien terlihat kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut, dan bau badan menyengat.

Tabel 3.1 : Implementasi

| TANGGAL | JAM | TINDAKAN | RESPON/HASIL |
|------------|-----------|---|--|
| 16-02-2015 | Jam 07.00 | 1. Mengkaji kemampuan kebutuhan perawatan hygiene mandi | 1. klien mengatakan jarang mandi karena nyeri lutut sehingga malas untuk ke kamar mandi |
| | Jam 08.00 | 2. Mengidentifikasi kesulitan dalam berpakaian atau perawatan diri, seperti penurunan kognitif. | 2. klien merasa kesulitan dalam perawatan diri karena terdapat gangguan kognitif MMSE 16 |
| | Jam 09.00 | 3. Membantu klien untuk keramas, potong kuku dan sikat gigi | 3. klien mau dibantu untuk keramas rambut, dan memotong kuku |
| | Jam 09.45 | 4. Mengajarkan klien untuk mengenakan pakaian yang rapi dan indah. | 4. klien mau mengenakan pakaian yang rapi |
| | Jam 10.30 | 5. Memberi penyuluhan pada klien tentang pentingnya merawat kebersihan diri setiap hari | 5. Klien mau, tetapi klien masi bingung |

| | | | |
|------------|-----------|--|--|
| | Jam 10.45 | 6. Mendiskusikan fungsi kebersihan diri dengan menggali pengetahuan klien terhadap hal yang berhubungan dengan kebersihan diri | 6. Klien mengatakan fungsi kebersihan adalah bersih |
| 17-02-2015 | Jam 08.00 | 1. Membantu untuk keramas rambut, menggosok gigi. | 1. Klien mau dibantu keramas rambut, dan menggosok gigi. |
| | Jam 08.30 | 2. Mengajarkan klien untuk mengenakan pakaian yang rapi dan indah. | 2. Klien mau menggunakan pakaian yang rapi. |
| | Jam 09.25 | 3. Memberi penyuluhan pada klien tentang pentingnya merawat kebersihan diri setiap hari | 3. Klien mau, tetapi masi bingung |
| 18-02-2015 | Jam 07.00 | 1. membantu untuk keramas rambut, gosok gigi. | 1. Klien mau dibantu keramas rambut, dan gosok gigi. |
| | Jam 08.00 | 2. Mengajarkan klien mengenakan pakaian yang rapi | 2. klien mau mengenakan pakaian yang rapi |
| | Jam 08:50 | 3. Memberi penyuluhan pada klien tentang pentingnya merawat kebersihan diri | 3. klien mulai mengerti |

2. Diagnosa 2: Nyeri akut berhubungan dengan penurunan cairan sinovial ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah lutut saat dibuat berdiri, wajah klien menyeringai , skala nyeri 5, Tanda-tanda vital,

Tekanan darah : 110/80 mmHg, Suhu : 36,4C, Nadi : 82x/menit,

Respiratori : 22x/menit.

Implementasi

| TANGGAL | JAM | TINDAKAN | RESPON/HASIL |
|------------|-----------|--|---|
| 16-02-2015 | Jam 07.10 | 1. Mengkaji nyeri dilutut kanan kiri, nyeri terasa cekot-cekot di lutut kanan kiri dengan skala nyeri 5 setelah bangun tidur | 1. Klien mengatakan nyeri lutut kanan kiri, nyeri terasa cekot-cekot dilutut kanan kiri dengan skala nyeri 5 setelah bangun tidur |
| | Jam 08:10 | 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri | 2. Klie masih bingung |
| | Jam 09:15 | 3. Mengajarkan pada klien tentang teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri | 3. Klien mau melakukan |
| | Jam 10:00 | 4. Observasi tanda-tanda vital | 4. TTD : 110/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, Suhu : 36,4C, RR : 22x/menit |
| | Jam 10:10 | 5. Memberikan masase yang lembut pada lutut klien | 5. Klien merasa nyaman |
| | Jam 10:30 | 6. Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesic Asam mefenamat | 6. Klien minum obat yang di berikan perawat dan bisa di bantu |

| | | | |
|------------|---|--|---|
| 17-02-2015 | <p>Jam 08.05</p> <p>Jam 08.45</p> <p>Jam 09.30</p> <p>Jam 10:00</p> <p>Jam 10:20</p> <p>Jam 10:30</p> | <p>1. Mengkaji nyeri pada lutut kanan kiri, nyeri terasa cekot-cekot dilutut kanan kiri dengan skala nyeri 4 setelah bangun tidur</p> <p>2. Mengompres nyeri dengan air hangat</p> <p>3. Memberikan masase dengan lotion</p> <p>4. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>5. Kolaborasi dalam pemberian analgesic Asam mefenamat</p> | <p>1. Klien mengatakan nyeri pada lutut kanan kiri, nyeri terasa cekot-cekot dilutut kanan kiri dengan skala nyeri 4 setelah bangun tidur</p> <p>2. Klien merasa nyaman dan nyeri berkurang</p> <p>3. Klien rileks dan merasa nyaman</p> <p>4. TTD : 120/70 mmHg, Nadi : 82x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit</p> <p>5. Klien meminum obat dari perawat</p> |
| 18-02-2015 | <p>Jam 07.10</p> <p>Jam 08.20</p> <p>Jam 09:00</p> | <p>1. Mengajarkan pada klien tentang teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <p>2. Memberikan masase dengan lotion</p> <p>3. Observasi tanda-tanda vital</p> | <p>1. Klien mau dan mengucapkan terimakasih</p> <p>2. Klien rileks dan rmerasa nyaman</p> <p>3. TTD : 120/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, Suhu : 36°C, RR : 22x/menit</p> |

4. Diagnosa 3: Gangguan proses pikir berhubungan dengan kehilangan memory atau ingatan ditandai dengan hilangnya konsentrasi, tidak mampu membuat keputusan, menghitung.

Implementasi

| TANGGAL | JAM | TINDAKAN | RESPON/HASIL |
|------------|-----------|--|--|
| 16-02-2015 | Jam 07:20 | 1. BHSP | 1. Klien menerima dengan baik dan mau ketika di ajak bicara |
| | Jam 08:20 | 2. Mengajak klien untuk mencari barang yang dia perlukan dalam kehidupan sehari-hari | 2. Klien menunjukan barang yang dia pergunakan dalam kehidupan sehari-hari |
| | Jam 09:20 | 3. Memberikan penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami | 3. Klien mendengarkan dan mau bertanya tentang penyakitnya |
| | Jam 10:05 | 4. Mengajarkan klien senam otak | 4. Klien mau dan mengikuti |
| 17-02-2015 | Jam 08.15 | 1. Mengajak klien untuk mencari barang yang dia perlukan dalam kehidupan sehari-hari | 1. Klien menunjukan barang yang dia pergunakan dalam kehidupan sehari-hari |
| | Jam 09:00 | 2. Memberikan penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami | 2. Klien mendengarkan dan mau bertanya tentang penyakitnya |

| | | | |
|------------|-----------|--|---|
| 18-02-2015 | Jam 07:30 | 1. Mengajak klien untuk mencari barang yang dia perlukan dalam kehidupan sehari-hari | 1. Klien menunjukkan barang yang dia pergunakan dalam kehidupan sehari-hari |
| | Jam 08:30 | 2. Memberikan penjelasan tentang penyakitnya dengan kata-kata yang mudah dipahami | 2. Klien mendengarkan dan mau bertanya tentang penyakitnya |

3. Diagnosa 4 : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban kulit yang berlebih, kurangnya perawatan diri, imobilisasi fisik ditandai dengan klien sering merasa gatal-gatal dan terdapat kemerahan pada kulit tangan dan leher.

Implementasi

| TANGGAL | JAM | TINDAKAN | RESPON/HASIL |
|------------|-----------|--|------------------------------|
| 16-02-2015 | Jam 07:30 | 1. Menganjurkan klien untuk mandi setiap pagi | 1. Klien terlihat bersih |
| | Jam 08:30 | 2. Menganjurkan klien untuk mengeringkan tubuh setelah selesai mandi | 2. Klien mau untuk melakukan |
| | Jam 09:30 | 3. Memberikan lotion pada kulit klien setelah mandi | 3. Klien merasa nyaman |
| | Jam 10:10 | 4. Menganjurkan klien untuk merubah posisi tidur seperti miring kanan miring kiri setiap 2 jam | 4. Klien mau dan nurut |

| | | | |
|------------|-----------|--|--|
| 17-02-2015 | Jam 08:20 | 1. Menganjurkan klien untuk mandi setiap pagi | 1. Klien mau mandi |
| | Jam 09:10 | 2. Menganjurkan klien mengeringkan tubuh setelah selesai mandi | 2. Klien mau dan melaksanakan |
| | Jam 10:00 | 3. Memberikan lotion pada kulit klien setelah mandi | 3. Klien merasa nyaman |
| 18-02-2015 | Jam 07:45 | 1. Menganjurkan klien untuk mandi setiap pagi | 1. Klien mau mandi |
| | Jam 08:45 | 2. Menganjurkan klien mengeringkan tubuh setelah selesai mandi | 2. Klien mau melakukan |
| | Jam 09.00 | 3. Memberikan lotion pada kulit klien setelah mandi | 3. Klien merasa nyaman dan mengucapkan terimakasih |

3.4 Evaluasi

1. Diagnosa 1

a. Tanggal 16 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah mau mandi pada pagi hari

Objektif : Klien sudah terlihat bersih, tapi kulit kepala masih terlihat kotor, dan bau badan sudah agak berkurang

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan 1, 2,3

b. Tanggal 17 Februari 2015

- Subjektif : Klien mengatakan sudah mau mandi di pagi hari
- Objektif : Wajah klien tampak sudah terlihat segar, baju bersih, bau badan berkurang , kulit kepala tampak kotor
- Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian
- Planning : Intervensi dilanjutkan 2,3

c. Tanggal 18 Februari 2015

- Subjektif : Pasien mengatakan sudah mau mandi pada pagi hari
- Objektif : wajah pasien sudah terlihat segar, kulit kepala terlihat bersih, dan bau badan sudah agak berkurang dan baju bersih
- Assesment : Masalah keperawatan teratasi
- Planning : Intervensi dihentikan

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 16 Februari 2015

- Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah lutut kanan dan kiri saat berjalan
- Objektif : Wajah klien tampak menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-tanda vital, Tekanan darah : 110/80 mmhg, Suhu : 36,4°C, Nadi : 82x/menit, Respiratori : 22x/menit.
- Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi
- Planning : Intervensi dilanjutkan 1,2,3

b. Tanggal 17 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan masih nyeri pada daerah lutut saat berjalan

Objektif : Wajah klien tampak sedikit menyeringai, Skala nyeri 4, Tanda-tanda vital, Tekanan darah : 120/80 mmHg, Suhu : 36°C, Nadi : 84x/menit, Respiratori : 22x/menit

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan 2,3

c. Tanggal 18 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah lutut sudah berkurang

Objektif : Wajah klien tampak lebih rileks, Skala nyeri 3, Tanda-tanda vital, Tekanan darah : 120/70 mmHg, Suhu : 36,1°C, Nadi : 82x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan 3

3. Diagnosa 3

a. Tanggal 16 Februari 2015

Subyektif : Klien mengatakan bahwa dirinya lupa akan kejadian yang baru saja terjadi dan klien menceritakan tentang masalahnya

Obyektif : Klien terlihat bingung mengatakan akan kejadian yang baru saja terjadi, klien dapat menceritakan dimasalalunya

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1,2,3

b. Tanggal 17 Februari 2015

Subyektif : Klien mengatakan belum mengetahui sebab mengapa dirinya menjadi sering pelupa akan kejadian yang baru saja terjadi

Obyektif : Klien masih terlihat bingung ketika akan menceritakan kejadian yang baru saja terjadi

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 2,3

c. Tanggal 18 Februari 2015

Subyektif : Klien masih belum mengerti kenapa dirinya menjadi pelupa

Obyektif : Klien masih terlihat bingung

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 3

4. Diagnosa 4

a. Tanggal 16 Februari 2015

Subyektif : Klien mengatakan badannya masih terasa gatal-gatal

Obyektif : Klien sudah terlihat bersih, kuli kepala kotor, terdapat kemerahan pada kulit tangan dan leher

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan 1,2,3

b. Tanggal 17 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan badannya masih terasa gatal-gatal

Objektif : Klien sudah terlihat bersih, masih tampak kemerahan pada kulit tangan

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning :Intervensi dilanjutkan 2,3

c. Tanggal 18 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah tidak merasakan gatal-gatal lagi

Objektif : Wajah klien sudah terlihat segar dan kemerahan pada kulit tangan sudah agak berkurang

Assesment : Masalah sudah teratasi

Planning : Intervensi dihentikan.