

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari klien Dimensia di wisma Angrek UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia pasuruan Babat, Lamongan. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 17 Februari 2015, observasi dilakukan mulai tanggal 17 Februari 2015 sampai dengan tanggal 21 Februari 2015.

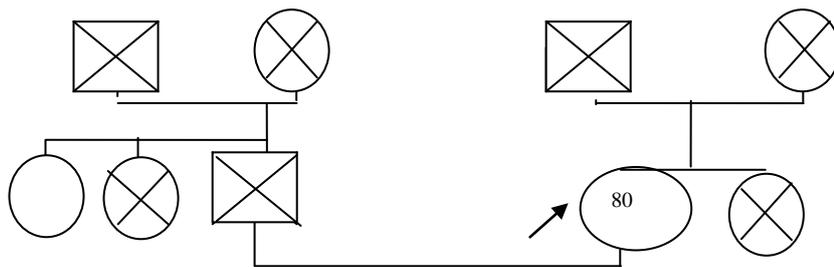
3.1 Pengkajian

Hari Selasa 17 Febuari pukul 11.00 WIB

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Klien Ny.A umur 80 tahun (Old), alamat Rejo Sari Baru kelurahan Benowo . Klien pernah menikah tapi janda, beragama Islam, suku asli Jawa , tingkat pendidikan terakhir belum tamat SD, sudah \pm 2 tahun klien tinggal di Panti.Riwayat Demensia muncul sejak Klien ada dipanti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang penjual nasi .

3.1.2 Genogram



Keterangan :  : Laki-laki meninggal  : Laki-laki hidup
  : Perempuan meninggal  : Perempuan hidup
 : Klien - - - : tinggal satu rumah

3.1.3 Riwayat Rekreasi

Hobi: Klien mengatakan tidak mempunyai hobi sukanya berkumpul saja didalam lingkungan wisma .

Liburan : Pernah diajak jalan-jalan bersama mahasiswa ke puncak wangi .

3.1.4 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Klien mengatakan sering lupa dalam mengingat tanggal, hari, bulan dan tahun,

Klien mengatakan Nyeri Lutut saat berjalan .

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Klien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah nyeri sendi

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Nyeri lutut / sendi

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital dan status gizi

Tekanan darah : 140/80 mmHg

Suhu : 36°C

Nadi :100x/menit

Respiratori : 21x/menit

Berat badan :34 Kg

Tinggi badan :140cm

3.1.6 Pengkajian Head to Toe

1. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala kotor , ada kerontokan rambut, rambut tidak bersih ,tidak ada keluhan, wajah tampak menyeringai.

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih.

3. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal.

4. Mulut dan Tenggorokan

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

5. Telinga

kotor, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran tidak terganggu.

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

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 sonor

8. Abdomen

Inpeksi : bentuk simetris, tidak ada benjolan

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi normal 20x/menit

9. Genetalia

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

10. Ekstremitas

Ekstremitas atas Kekuatan otot skala 4

Eksremitas bawah ada keterbatasan rentang gerak, tidak terdapat edema pada kaki kiri dan kanan.

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	-	-
Achiles	-	-

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

11. Integumen

Kulit tidak bersih , kering , turgor kulit menurun karena factor usia (Keriput)

3.1.7 Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Klien tidak mampu bekerjasama, misalnya dalam melakukan bersih-bersih wisma Klien jarang mengikuti

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Klien tidak pernah berinteraksi dengan orang lain diluar wisma. Sukanya berkumpul berinteraksi dilingkungan wismanya, , sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang di wisma seperti Sholat bersama apabila di ajak.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Klien jarang berinteraksi dengan wisma lain.

4. Stabilitas emosi

Emosi Klien stabil dan ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma selalu dibicarakan dengan baik-baik .

5. Motivasi penghuni panti

Klien berada dipanti atas dasar keinginan keluarga Klien

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Klien pernah dikunjungi oleh keluarga setiap hari raya

3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

1. Kebiasaan merokok

Klien tidak pernah merokok

2. Pola pemenuhan nutrisi

Klien mengalami nafsu makan baik , makanan 1 porsi yang habiskan, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur. Klien suka makan kacang-kacangan seperti kacang hijau.

3. Pola pemenuhan cairan

Klien minum air putih >3 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti teh dan susu.

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Klien tidur >6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, Klien menggunakan waktu luang untuk melihat televisi dan ngobrol bersama teman satu wismanya .

5. Pola eliminasi BAB

Klien BAB 2 kali sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan waktu BAB

6. Pola eliminasi BAK

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

7. Pola aktivitas

Aktivitas Klien dipanti menonton tv , sholat , makan .

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Klien mandi 1 kali sehari, memakai sabun, tidak menggosok gigi karena gigi tidak lengkap , berganti pakaian 1 kali sehari.

9. Pola sensori dan kognitif

Kelima panca indera Klien normal tidak ada masalah, Klien tidak tahu tentang penyakit yang diderita dan bagaimana penanganannya. Ketika ditanya tentang penyakitnya, cara penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi Klien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab.

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 : Paracetamol, Licokalk, novabion pada tanggal 17 Februari 2015

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

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

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

3.1.12 Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif Klien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien ada gangguan kognitif Berat. Klien dengan jawaban yang benar 15 dan jawaban yang salah 15. Dapat diambil kesimpulan mengalami gangguan kognitif Berat

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

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck Klien depresi sedang. Total penilaiannya Klien adalah 10 dalam batas depresi sedang antara (8-15)

3.1.14 Analisa Data

Tanggal 17 Februari 2015

1. Data Subyektif :

Klien mengatakan Namanya Asainah , Klien mengatakan lupa dengan nama teman satu wismanya, lupa umurnya, lupa Tanggal dan hari, Bulan, Tahun , Lupa menghitung angka .

2. Data Obyektif :

Menurut data dari UPT didapatkan nama klien Asainah Klien tidak menyebutkan teman satu wismanya , Klien lupa dengan umurnya, Lupa dalam menghitung atau mengingat huruf, Tanggal serta harinya, Bulan dan Tahun.

SPMSQ : Fungsi Intelektual Kerusakan sedang (Salah 6)

MMSE : Gangguan Kognitif berat (Salah 15)

3. Masalah : Perubahan proses pikir

4. Kemungkinan penyebab: Penurunan daya ingatan atau memory

Tanggal 17 Februari 2015

Kelompok data kedua

1. Data Subyektif :

Klien mengatakan nyeri pada daerah Lutut sebelah kanan kiri

2. Data Obyektif :

Klien Nampak menyeringai, nyeri tekan daerah lutut, rentang gerak klien terbatas . Tanda-TandaVital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi: 80x/menit, Respiratori: 21x/menit.

P : Nyeri dilutut kanan kiri

Q : Nyeri terasa cekot-cekot

R : dilutut kanan kiri

S : Skala 5

T : Saat berjalan .

3. Masalah : Gangguan rasa nyaman nyeri

4. Kemungkinan penyebab: Destruksi Sendi

Tanggal 17 Februari 2015

Kelompok data ketiga

1. Data Subyektif : Klien mengatakan sudah mandi tadi subuh

2. Data Obyektif :

Klien tampak kumuh tidak terawat, tidak sesuai dengan pernyataan klien yang katanya sudah mandi , badan klien tidak sedap , kepala / rambut klien kotor , kulit klien tampak kering.

3. Masalah : Defisit perawatan diri

4. Kemungkinan Penyebab : penurunan kemampuan kognitif (penurunan daya ingat) dan motivasi merawat diri

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Perubahan proses pikir berhubungan dengan penurunan daya ingatan atau memory ditandai dengan penurunan daya ingat tentang identitas diri seperti umur serta penurunan daya ingat dalam perhitungan angka , tanggal dan hari , bulan , tahun .
2. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan Destruksi sendi ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada daerah Lutut wajah Klien menyeringai, skala nyeri 5 , Tanda-tanda vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi: 80x/menit, Respiratori: 21x/menit
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kemampuan kognitif penurunan daya ingat dan motivasi merawat diri . Ditandai dengan klien mengatakan sudah mandi tadi subuh , rambut klien tampak kotor , kulit klien tampak kering keriput, badan berbau .

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal 17 Februari 2015

- 1) Diagnosa1: Perubahan proses pikir berhubungan dengan penurunan daya ingatan atau memory ditandai dengan hilangnya konsentrasi , tidak mampu membuat keputusan , menghitung .

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 5x24 jam klien mampu mengenali perubahan dalam berfikir

Kriteria hasil :

1. Klien mampu mengenali perubahan dalam berfikir / tingkah laku dan factor penyebab jika memungkinkan
2. Klien mampu memperlihatkan penurunan tingkah laku yang tidak diinginkan , ancaman dan kebingungan
3. TTV dalam batas normal.

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 dengan gangguan perseptual
4. Panggil klien dengan namanya
Rasional : Nama adalah bentuk identitas diri dan menimbulkan pengenalan terhadap realitas
5. Gunakan suara yang agak rendah dan bicara pelan dengan klien
Rasional : meningkatkan pemahaman, ucapan tinggi
6. Ajarkan Klien senam otak
Rasional : melatih kemampuan daya ingat dan konsentrasi klien
7. Ajarkan Klien untuk menghitung atau menghafal huruf
Rasional : menstimulus daya ingat klien .

8. Kolaborasi dengan pihak panti dengan mengajarkan senam otak lewat DVD

Rasional : mencegah lebih jauh penderita demensia dan untuk melatih kemampuan daya ingat lebih mudah

2) Diagnosa 2 : Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan Destruksi sendi ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada daerah Lutut kanan kiri setelah berjalan, wajah Klien menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:80x/menit, Respiratori: 21x/menit

Tujuan perawatan : Klien dapat menyatakan nyeri berkurang dalam waktu 5x24 jam

Kriteria hasil :

1. Klien tidak lagi menyeringai sakit.
2. Skala nyeri berkurang.
3. TTV dalam batas normal

Intervensi :

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

Rasional : nyeri pasien dapat berkurang dengan skala nyeri 5

2. Ajarkan teknik mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian dan relaksasi

Rasional : menurunkan rasa nyeri

3. Observasi tanda- tanda vital

Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien

4. Anjurkan Klien untuk menghindari aktivitas yang berlebihan

Rasional : aktivitas yang berat dapat menambah nyeri pada sendi yang sakit .

5. Berikan penjelasan tentang nyeri pasien

Rasional : agar pasien mengerti tentang penyebab nyeri

6. Kolaborasi pemberian obat analgesik

Rasional : mengurangi rasa nyeri

- 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif . Ditandai dengan pernyataan klien sudah mandi tadi subuh , rambut klien tampak kotor , kulit klien tampak kering keriput, badan berbau .

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam, klien dapat meningkatkan minat atau motivasi untuk memperhatikan dan mempertahankan kebersihan diri.

Kriteria Hasil :

1. Wajah tampak cerah dan tersenyum
2. Penampilan tampak wangi dan rapi
3. Penampilan tampak bersih

Intervensi :

1. Lakukan BHSP menggunakan prinsip komunikasi terapeutik

Rasional : menciptakan kedekatan dan kepercayaan pada klien

2. Diskusikan bersama klien tentang pentingnya kebersihan diri dengan cara menjelaskan pengertian tentang arti bersih dan tanda-tanda bersih.

Rasional : Pengertian yang baik dapat membantu klien dapat mengerti dan diharapkan dapat melakukan sendiri tentang kebersihan diri.

3. Dorong klien untuk menyebutkan dari 5 tanda kebersihan diri

Rasional : menciptakan memori kebersihan diri

4. Diskusikan fungsi kebersihan diri dengan menggali pengetahuan klien terhadap hal yang berhubungan dengan kebersihan diri

Rasional : pengertian yang baik dapat membantu klien dapat mengerti dan diharapkan dapat melakukan sendiri tentang kebersihan diri

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

Rasional : menciptakan memori kebersihan diri

6. Ingatkan jadwal tentang sholat 5 waktu

Rasional menciptakan memory daya ingat tentang sholat

7. Bantu mengenakan pakaian yang rapi dan indah

Rasional : meningkatkan kepercayaan untuk hidup

8. Monitor klien dalam melakukan kebersihan diri secara teratur ingatkan untuk mencuci rambut , menyisir , ganti baju.

Rasional : Mengetahui perkembangan klien dalam mempertahankan kebersihan diri

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

1. Diagnosa 1:

Perubahan proses pikir berhubungan dengan penurunan ingatan atau memory

Implementasi:

Tanggal 17 Februari 2015

- a. Jam 11.00 :

Membina hubungan saling percaya dengan pasien menggunakan teknik komunikasi terapeutik.

Respon: Klien menerima kita dengan baik, dan mudah di arahkan

b. Jam 11.15 :

Menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang dengan mengajak melihat televisi.

Respon : Klien diajak berbincang-bincang didepan teras

c. Jam 11.30 :

Menatap wajah klien ketika saat berbicara

Respon : Klien menatap kembali

d. Jam 11.35 :

Memanggil Klien dengan menyebut namanya

Respon : Klien mengatakan namanya asainah

e. Jam 11.40 :

Mengingatkan jadwal tentang waktu sholat 5 waktu

Respon : Klien mau di arahkan untuk sholat

Tanggal 18 Februari 2015

a. Jam 12.00:

Mengobservasi TTV

Respon: TD 130/90 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR 21x/menit

b. Jam 12.30 :

Mengajarkan senam otak dengan 2 gerakan

Respon : Klien mengikuti gerakan dan mau mencoba

c. Jam 13.00 :

Memberikan stimulasi angka, huruf disekitar kamar Klien dan memberikan stimulus untuk mengingat hari , tanggal , bulan

Respon : Klien mampu menyebutkan angka 1-5 tetapi tidak bisa menyebutkan huruf , dan tidak bisa menyebutkan tanggal , hari serta bulan dan tahun .

d. Jam 15.00 :

Mengingatkan jadwal tentang waktu sholat 5 waktu

Respon : Klien mau di arahkan untuk sholat dan pasien melaksanakan sholat

Tanggal 19 Februari 2015

a. Jam 11.30:

Mengobservasi TTV

Respon: TD 140/90 mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 36°C, RR 21x/menit

b. Jam 12.15 :

Mengajarkan senam otak dengan 2 gerakan

Respon : Klien mengikuti gerakan dan mau mencoba

c. Jam 13.30 :

Memberikan stimulasi angka, huruf disekitar kamar Klien serta menstimulus tanggal dan hari, bulan , serta tahun

Respon : Klien mampu menyebutkan angka 1-5 tetapi tidak bisa menyebutkan huruf dan menyebutkan hari tetapi salah , lupa bulan , tahun.

d. Jam 15.15 :

Mengingatkan jadwal tentang waktu sholat 5 waktu

Respon : Klien mengatakan sudah menunaikan ibadah sholat

Tanggal 20 Februari 2015

a. Jam 10.00:

Mengobservasi TTV

Respon: TD 130/90 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR 21x/menit

b. Jam 11.30 :

Mengajarkan senam otak dengan 2 gerakan

Respon : Klien mengikuti gerakan dan mau mencoba

c. Jam 13.00 :

Memberikan stimulasi angka, huruf disekitar kamar Klien serta mengulang nama hari , tanggal , tahun

Respon : Klien mampu menyebutkan angka 1-5 tetapi tidak bisa menyebutkan huruf , menyebutkan tanggal tetapi salah serta lupa bulan dan tahun. Tetapi mampu menyebutkan hari

d. Jam 15.00 :

Mengingatkan jadwal tentang waktu sholat 5 waktu

Respon : Klien mau di arahkan untuk sholat dan Klien melaksanakan sholat

Tanggal 21 Februari 2015

a. Jam 12.00:

Mengobservasi TTV

Respon: TD 130/80 mmHg, Nadi 82 x/menit, Suhu 36°C, RR 21x/menit

b. Jam 12.30 :

Mengajarkan senam otak dengan 2 gerakan

Respon : Klien mengikuti gerakan dan mau mencoba

c. Jam 13.00 :

Memberikan stimulasi angka, huruf disekitar kamar Klien , serta mengulang nama hari , tanggal , tahun

Respon : Klien mampu menyebutkan angka 1-5 tetapi tidak bisa menyebutkan huruf , menyebutkan tanggal dan hari , lupa bulan , tahun

d. Jam 15.00 :

Mengingatkan jadwal tentang waktu sholat 5 waktu

Respon : Klien mau di arahkan untuk sholat dan Klien melaksanakan sholat

2. Diagnosa 2:

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan destruksi sendi .

Klien mengatakan nyeri pada daerah lutut setelah berjalan , wajah Klien menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi: 80x/menit, Respiratori: 21x/menit

Implementasi:

Tanggal 17 Februari 2015

a. Jam 11.00 :

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, skala nyeri

Respon : Klien sudah mengetahui keadaan nyeri dan daerah mana yang nyeri skala nyeri 5 , lokasi lutut kanan dan kiri

b. Jam 11.15:

Mengajarkan teknik relaksasi dengan nafas panjang

Respon : Klien mengerti, dan dapat mempraktekkan

c. Jam 11.30:

Observasi tanda- tanda vital

Respon : TD 140/80, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, Respiratori 21x/menit

d. Jam 11.45

Memberikan penjelasan tentang adanya nyeri pada lutut kanan dan kiri

Respon : Klien mengerti tentang penyebab adanya nyeri

e. Jam 11.50

Memberikan massase didaerah lutut kanan, kiri

Respon : klien bisa diarahkan dan bisa dibantu klien merasa nyaman

f. Jam 12.00

Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesic paracetamol

Respon : Klien minum obat yang diberikan perawat dan bisa di bantu

Tanggal 18 Febuari 2015

a. Jam 09.00

Mengobservasi TTV

Respon: TD 130/90 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR 21x/menit

b. Jam 11.00

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, skala nyeri

Respon : Klien sudah mengetahui keadaan nyeri serta lokasinya skala nyeri cekot-cekot skala 4

c. Jam 11.15

Memberikan massase daerah lutut kanan dan kiri

Respon : Klien relaks dan mudah diarahkan

d. Jam 11.20

Mengalihkan perhatian tentang nyeri yang dirasakan dengan cara mengajak klien menonton televisi.

Respon : Klien tampak tenang

e. Jam 12.30

Membantu Klien untuk tetap beristirahat

Respon : Klien mudah diarahkan

Tanggal 19 Februari 2015

a. Jam 11.00

Mengkaji skala nyeri pasien

Respon : Klien merasakan nyeri masih cekot-cekot skala 4

b. Jam 12.00

Menganjurkan Klien untuk nafas dalam untuk meringankan rasa nyeri

Respon : Klien mengerti akan tindakan yang dilakukan dan menirukan

c. Jam 13.00

Observasi tanda-tanda vital

Respon : TD 140/90 mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 36°C, RR 21x/menit

d. Jam 13.30

Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesic obat paracetamol.

Respon : Klien mengatakan tidak ada alergi obat

Tanggal 20 Februari 2015

a. Jam 11.00 :

Mengkaji skala nyeri

Respon : Klien mengatakan nyeri daerah lutut sedikit berkurang skala 3

b. Jam 11.15:

Mengajarkan teknik relaksasi dengan nafas panjang

Respon : Klien mengerti, dan bisa di bantu

c. Jam 11.30:

Observasi tanda- tanda vital

Respon : TD 130/90, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C,Respiratori 21x/menit

d. Jam 11.45

Memberikan massase pada daerah lutut kanan kiri

Respon : Klien merasa relaks dan nyaman

e. Jam 12.00

Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesic

Respon : Klien minum obat yang diberikan perawat dan bisa di bantu

Tanggal 21 Februari 2015

a. Jam 10.00 :

Memantau skala nyeri klien

Respon : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang skala 2

b. Jam 10.15:

Mengajarkan teknik relaksasi dengan nafas panjang

Respon : Klien mengerti, dan bisa di bantu

c. Jam 10.30:

Observasi tanda- tanda vital

Respon : TD 130/80, Nadi 82x/menit, Suhu 36°C,Respiratori 21x/menit

d. Jam 11.45

Memberikan massase pada daerah lutut kanan , kiri yang sakit dengan

Remason

Respon : Klien relaks dan bisa diarahkan .

e. Jam 12.00

Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesic

Respon : Klien minum obat yang diberikan perawat dan bisa di bantu

- 3). Diagnosa ketiga : Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kognitif . Ditandai dengan pernyataan klien sudah mandi tadi subuh , rambut klien tampak kotor , kulit klien tampak kering keriput, badan berbau .

Implementasi :

Tanggal 17 Februari 2015

- a. Jam 08.00

Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik

Respon : Klien mampu berinteraksi dengan mahasiswa

- b. Jam 09.00

Mendiskusikan bersama klien tentang pentingnya kebersihan diri dengan cara menjelaskan pengertian tentang arti bersih dan tanda-tanda bersih

Respon : Klien memperhatikan saat diberikan penjelasan tentang pentingnya kebersihan diri dan tanda-tanda bersih.

- c. Jam 10.00

Mendorong untuk menyebutkan 3 dari 5 tanda kebersihan

Respon : Klien menyebutkan satu tanda kebersihan diri yaitu bersih

- d. Jam 11.00

Mendiskusikan fungsi kebersihan diri dengan menggali pengetahuan klien terhadap hal yang berhubungan dengan kebersihan diri

Respon : Klien mengatakan fungsi kebersihan adalah bersih

e. Jam 11.40

Mengingatkan jadwal tentang waktu sholat 5 waktu

Respon : Klien mau di arahkan untuk sholat dan pasien melaksanakan sholat

f. Jam 13.00

Memberikan waktu istirahat untuk pasien

Respon : Klien mudah diarahkan

Tanggal 18 Februari 2015

a. Jam 13.00

Mendorong klien untuk menyebutkan 3 dari 5 tanda kebersihan diri

Respon : Klien menyebutkan 3 tanda kebersihan diri dibantu dengan mahasiswa seperti mandi, keramas, dan ganti baju

b. Jam 16.00

Mengingatkan klien untuk memelihara kebersihan diri seperti mandi 2 kali pagi dan sore , keramas dan menyisir rambut , potong kuku jika panjang

Respon : Klien mengatakan sudah mandi 2 kali sehari namun masih berbau

c. Jam 16.15

Monitor klien dalam melakukan kebersihan diri secara teratur , mengingatkan untuk mandi dan keramas, ganti baju

Respon: Klien mengatakan sudah mandi dan tampak ganti pakaian tetapi masih tidak rapi dan berbau

d. Jam 17.00

Memberikan waktu untuk istirahat

Respon : klien mudah diarahkan

Tanggal 19 Februari 2015

a. Jam 15.15

Mengingatkan jadwal tentang waktu sholat 5 waktu

Respon : Klien mau di arahkan untuk sholat dan Klien melaksanakan sholat

b. Jam 16.00

Mendorong klien untuk menyebutkan 3 dari 5 tanda kebersihan diri

Respon pasien mampu menyebutkan 3 tanda kebersihan diri

c. Jam 16.30

Mengingatkan klien untuk memelihara kebersihan diri seperti , mandi 2 kali sehari , sikat gigi , keramas, dan menyisir rambut

Respon : Klien mengatakan sudah mandi 2 kali dan ganti baju dan rambut berantakan

d. Jam 17.00

Monitor klien dalam melakukan kebersihan diri secara teratur , mengingatkan untuk keramas , menyisir rambut dan ganti baju

Respon : Klien tampak ganti pakaian namun tampak kurang rapi dan rambut berantakan

Tanggal 20 Februari 2015

a. Jam 16.00

Mendorong klien untuk menyebutkan 3 dari 5 tanda kebersihan

Respon : Klien mampu menyebutkan 3 tanda kebersihan diri

b. Jam 16.30

Mendiskusikan fungsi kebersihan diri dengan menggali pengetahuan klien terhadap hal yang berhubungan dengan kebersihan diri

Respon : Klien mampu mengetahui tentang kebersihan diri dan hal yang berhubungan dengan kebersihan diri seperti mandi dan ganti pakaian

c. Jam 17.00

Mengingatkan klien untuk memelihara kebersihan diri seperti mandi , keramas , ganti pakaian

Respon : Klien mengatakan sudah mandi ganti baju dan menyisir rambut

d. Jam 17.10

Memonitor klien dalam melakukan kebersihan diri secara teratur mengingatkan untuk keramas, mandi dan ganti baju , menggosok gigi

Respon : Klien tampak ganti pakaian dan tampilan sedikit rapi

Tanggal 21 Februari 2015

a. Jam 14.00

Mendorong klien untuk menyebutkan 3 dari 5 tanda kebersihan diri

Respon : Klien mampu menyebutkan 3 tanda kebersihan diri

b. Jam 15.00

Mengingatkan jadwal tentang waktu sholat 5 waktu

Respon : Klien mau di arahkan untuk sholat dan pasien melaksanakan sholat

c. Jam 16.00

Mengingatkan klien untuk memelihara kebersihan diri seperti : mandi 2x , keramas dan menyisir rambut

Respon : Klien sudah mandi , ganti baju, dan menyisir rambut dibantu oleh mahasiswa

d. Jam 17.00

Monitor klien dalam melakukan kebersihan diri secara teratur mengingatkan untuk keramas, menyisir , gosok gigi, dan ganti baju

Respon : Klien sudah ganti pakaian sudah keramas dan berpenampilan rapi.

3.5 Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa 1

a. Tanggal 17 Februari 2015

Subyektif :

klien menyebutkan namanya sebagai Asainah ditanya umur pasien menjawab tidak tahu lupa , serta ditanya tanggal , hari sekarang bulan , tahun pasien menjawab lupa, menyebutkan angka 1-5.

Obyektif : 1. Klien mampu berinteraksi
2. Usia 80 tahun dengan nama asli Asainah
3. Klien bisa menyebutkan angka 1-5, lupa tanggal , hari , bulan , tahun .

4. Observasi Tanda vital

TD : 140/80 mmHg

S : 36 °C

N : 80 kali/ menit

RR : 20 kali/menit

Assesment : Masalah tidak teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 18 Februari 2015

Subyektif :

klien menyebutkan namanya sebagai Asainah berumur 80 Tahun, ditanya tanggal, hari, bulan, tahun lupa dan mampu menyebutkan angka 1-5

Obyektif : 1. Klien kooperatif dan mampu berinteraksi
 2. Usia 80 tahun dengan nama asli Asainah
 3. Klien bisa menyebutkan angka 1-5 tidak bisa menyebutkan huruf serta tidak menyebutkan tanggal, hari bulan, tahun

Klien kelihatan bingung saat senam otak.

4. Observasi Tanda vital

TD : 130/90 mmHg

S : 36 °C

N : 80 kali/ menit

RR : 21 kali/menit

Assesment : Masalah tidak teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

c. Tanggal 19 Februari 2015

Subyektif :

Klien menyebutkan namanya Asainah berumur 80 tahun , klien tidak menyebutkan tanggal, menyebutkan hari tetapi salah , lupa bulan serta tahun , mampu menyebutkan angka 1-5 .

Obyektif :

Klien bisa menyebutkan angka 1-5 tetapi tidak bisa menyebutkan huruf , tidak menyebutkan tanggal menyebutkan hari tetapi salah lupa bulan serta tahun.

Klien tidak bisa melakukan senam otak tetapi mau mencoba

Observasi TTV :

TD : 140/90 mmHg

S : 36 ° C

N : 90 kali / menit

RR : 21 kali/ menit

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

d. Tanggal 20 Februari 2015

Subyektif :

Klien menyebutkan namanya Asainah berumur 80 tahun , klien menyebutkan tanggal tapi salah , menyebutkan hari , tetapi lupa bulan serta tahun . menyebutkan angka 1-5 .

Obyektif : Klien kooperatif

Klien bisa menyebutkan angka 1-5 tetapi , menyebutkan tanggal salah menyebutkan hari ,tetapi lupa bulan serta tahun.

Klien bisa melakukan senam otak dengan bantuan

Observasi TTV :

TD : 140/90 mmHg

S : 36 °C

N : 90 kali / menit

RR : 21 kali/ menit

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

e. Tanggal 21 Februari 2015

Subyektif :

Klien menyebutkan namanya Asainah berumur 80 tahun , klien menyebutkan tanggal dan hari , tapi lupa bulan serta tahun , menyebutkan angka 1-5.

Obyektif : Klien kooperatif

Klien bisa menyebutkan angka 1-5 tetapi tidak bisa menyebutkan huruf , menyebutkan tanggal dan hari tetapi lupa bulan serta tahun.

Klien bisa melakukan senam otak dengan bantuan.

Observasi TTV :

TD : 130/80 mmHg

S : 36 °C

N : 82 kali / menit

RR : 21 kali/ menit

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 17 Februari 2015

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada lutut kanan kiri cekot-cekot setelah berjalan

Obyektif : Wajah Klien tampak menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:80x/menit, Respiratori : 21x/menit. P : nyeri dirasa setelah beraktivitas lebih

Q : seperti cekot-cekot

R : Lutut kanan dan kiri

S :skala nyeri 5

T : Pada saat bangun tidur dan saat setelah berjalan

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 18 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah lutut kanan kiri setelah berjalan .

Objektif : Wajah Klien tampak sedikit menyeringai, skala nyeri 4, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/90 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:80x/menit, Respiratori : 21x/menit.

P : nyeri dirasa setelah beraktivitas lebih

Q : seperti cekot-cekot

R : Lutut kanan dan kiri

S :skala nyeri 4

T : Pada saat bangun tidur dan saat setelah berjalan

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 19 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah lutut kanan kiri .

Objektif : Wajah Klien tampak sedikit menyeringai , skala nyeri 4, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/90 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:90x/menit, Respiratori : 21x/menit.

P : nyeri dirasa setelah beraktivitas lebih

Q : seperti cekot-cekot

R : Lutut kanan dan kiri

S :skala nyeri 4

T : Pada saat bangun tidur dan saat setelah berjalan

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

d. Tanggal 20 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah lutut kanan kiri sedikit berkurang.

Objektif : Wajah Klien tampak relaks , skala nyeri 3, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/90 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:80x/menit, Respiratori : 21x/menit.

P : nyeri dirasa setelah beraktivitas lebih

Q : seperti cekot-cekot

R : Lutut kanan dan kiri

S :skala nyeri 3

T : Pada saat bangun tidur dan saat setelah berjalan

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

e. Tanggal 21 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah lutut kanan kiri sedikit berkurang sudah enakan saat digerakan.

Objektif : Wajah Klien tampak relaks , skala nyeri 2, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:82x/menit, Respiratori : 21x/menit.

P : nyeri dirasa setelah beraktivitas lebih

Q : seperti cekot-cekot tapi berkurang

R : Lutut kanan dan kiri

S :skala nyeri 2

T : Pada saat bangun tidur dan saat setelah berjalan

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

3. Diagnosa 3

a. Tanggal 17 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah mandi sudah ganti baju

Objektif : Klien kooperatif dan mampu berinteraksi

Klien tampak tidak rapi, belum ganti baju , bau , dan rambut tampak kotor .

Klien mampu menyebutkan kriteria kebersihan diri
yaitu bersih

Assesment : Masalah keperawatan tidak teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 18 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan sudah mandi 2 kali

Objektif : Klien tampak tidak rapi, belum ganti baju , rambut tampak kotor. Pasien mampu menyebutkan 3 tanda kebersihan diri ,Seperti mandi , keramas dan ganti baju
Observasi tanda-tanda vital :130/90 mmHg , Nadi 80x/ menit, Suhu : 36°C, respiratory : 21x/menit

Assesment : Masalah keperawatan tidak teratasi

Planning :Intervensi dilanjutkan.

c. Tanggal 19 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan sudah mandi 2 kali

Objektif : Klien tampak tidak rapi, belum ganti baju , rambut tampak kotor. Pasien mampu menyebutkan 3 tanda kebersihan diri ,Seperti mandi , keramas dan ganti baju
Observasi tanda-tanda vital :140/90 mmHg , Nadi 90x/ menit, Suhu : 36°C, respiratory : 21x/menit

Assesment : Masalah keperawatan tidak teratasi

Planning :Intervensi dilanjutkan.

d. Tanggal 20 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan sudah mandi 2 kali , sudah berganti pakaian

Objektif : Klien tampak tidak rapi, belum ganti baju , rambut tampak kotor. Klien mampu menyebutkan 3 tanda kebersihan diri ,Seperti mandi , keramas dan ganti baju
Observasi tanda-tanda vital :130/90 mmHg , Nadi 80x/ menit, Suhu : 36°C, respiratory : 21x/menit

Assesment : Masalah keperawatan tidak teratasi

Planning :Intervensi dilanjutkan.

e. Tanggal 21 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan sudah mandi , sudah berganti pakaian.

Objektif : Klien sudah mandi tampak rapi, sudah ganti baju , rambut tampak bersih. Menyisir rambut dibantu mahasiswa Klien mampu menyebutkan 3 tanda kebersihan diri ,Seperti mandi , keramas dan ganti baju
Observasi tanda-tanda vital :130/80 mmHg , Nadi 82x/ menit, Suhu : 36°C, respiratory : 21x/menit

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning :Intervensi dihentikan

