

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

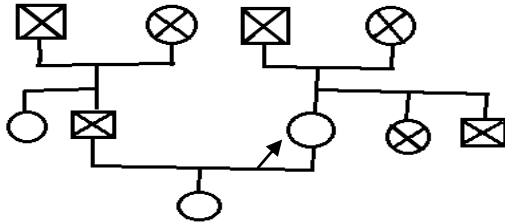
#### 3.1 Pengkajian

Hari Kamis tanggal 27 Februari 2014 jam 10.00 WIB

##### 3.1.1 Identitas Pasien

Nama pasien Ny.S umur 79 tahun (Old), alamat Jln. Raya Babat 221 Lamongan. Pasien sudah menikah tapi janda, beragama Islam, suku asli Jawa, tingkat pendidikan buta huruf, sudah >3 tahun pasien tinggal dipanti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang penjual nasi pecel.

##### 3.1.2 Genogram



Keterangan :    ⊠ : Laki-laki meninggal    □ : Laki-laki hidup  
                         ⊗ : Perempuan meninggal    ○ : Perempuan hidup  
                         ↗ ○ : Pasien tinggal dipanti

Gambar 3.1

##### 3.1.3 Riwayat Rekreasi

Hobi: Pasien mengatakan tidak mempunyai hobi sukanya hanya duduk dikursi 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 mengeluh kurang nafsu makan, lutut terasa nyeri saat berjalan.

#### **2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir**

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

#### **3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir**

Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang di rasakan

### **3.1.5 Pemeriksaan Fisik**

#### **1. Tanda-tanda vital dan status gizi**

Tekanan darah : 140/80 mmHg

Suhu : 36,4°C

Nadi :80x/menit

Respiratori : 22x/menit

Berat badan :45Kg

Tinggi badan :150cm

### **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 3 meter.

#### **3. Hidung**

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal.

#### **4. Mulut dan Tenggorokan**

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

#### **5. Telinga**

Kotor, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran normal

#### **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 20x/menit pada kuadran 8

## **9. Ekstremitas**

Ekstremitas atas Kekuatan otot skala 5

Eksremitas bawah Kekuatan otot skala 4, tidak terdapat edema pada kaki kiri dan kanan.

## **10. Integumen**

Kulit kotor, kering, warna kulit hitam, kuku panjang dan kotor, turgor kulit normal, terdapat gangguan pada kulit pasien mengeluh gatal-gatal.

### **3.1.7 Pengkajian Psikososial**

#### **1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma**

Pasien mengatakan hanya sebatas kenal dengan orang dalam wisma.

#### **2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti**

Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain diluar wisma, dan pasien sering 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 dan ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma pasien dapat mengendalikan emosinya.

5. Motivasi penghuni panti

Pasien berada dipanti atas dasar keinginan keluarga pasien.

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

Pasien kurang nafsu makan, makanan ½ porsi yg dihabiskan, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur bayam. Pasien suka makan kacang-kacangan seperti kacang hijau.

3. Pola pemenuhan cairan

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

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur 4-6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, pasien menggunakan waktu luang untuk santai dan kegiatan keagamaan.

5. Pola eliminasi BAB

Pasien BAB 2 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.

### **3.1.9 Data Penunjang**

1. Laboratorium tanggal 29 Februari 2014

Cek gula darah

Hasil : 120 mg/dl

2. Obat-obatan yang dikonsumsi

Antasida 2x500mg/hari, Licokalk 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 C yaitu pasien kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi 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 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 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 14 dalam batas depresi sedang (8-15).

### **3.1.14 Analisa Data**

Tanggal 27 Februari 2014

Kelompok data pertama

1. Data subyektif : Pasien mengatakan jarang mandi, mandi  $\pm$  2 hari sekali, pasien malas ke kamar mandi karena merasa nyeri lutut saat berjalan.
2. Data Obyektif : Pasien terlihat kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut dan bau badan menyengat, kuku panjang dan kotor.

3. Masalah : Kurangnya perawatan diri
4. Kemungkinan penyebab : Penurunan minat dalam merawat diri

Kelompok data kedua

1. Data subyektif : Pasien 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 : Kebersihan tubuh yang kurang

Kelompok data ketiga

1. Data Subyektif : Pasien mengatakan kurang nafsu makan, pasien mengeluh perut terasa sebah.
2. Data Obyektif : makanan pagi tidak habis, makan hanya habis ½ porsi, BB: 45kg, TB: 150cm, badan tampak lemas.
3. Masalah : Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
4. Kemungkinan penyebab: intake makanan tidak adekuat.

Kelompok data keempat

1. Data Subyektif : Pasien mengatakan nyeri pada daerah lutut kaki kanan dan kiri.
2. Data Obyektif : nyeri berulang-ulang, skala nyeri 5, wajah nampak menyeringai, nyeri tekan daerah lutut, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/90 mmHg, Suhu: 36,4°C, Nadi:80x/menit, Respiratori: 22x/menit.



3. Masalah : Gangguan rasa nyaman nyeri lutut
4. Kemungkinan penyebab: Penurunan cairan sinovial

### **3.2 DiagnosaKeperawatan**

1. Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan penurunan minat dalam merawat diri ditandai dengan Pasien terlihat kumuh, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut, dan bau badan menyengat.
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kebersihan kulit yang kurang ditandai dengan pasien merasakan gatal-gatal didaerah tangan dan leher serta terdapat kemerahan akibat garukan kuku tangan.
3. Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak adekuatan intake makanan ditandai dengan Pasien mual dan makan hanya dihabiskan ½ porsi makan, BB 45kg dan TB 150cm.
4. Gangguan rasa nyaman nyeri lutut berhubungan dengan penurunan cairan sinovial ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri pada daerah lutut saat dibuat berdiri, wajah pasien menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-tanda vital, Tekanan darah: 140/90, Suhu: 36,4°C, Nadi:80x/menit, Respiratori: 22x/menit.

### 3.3 Intervensi Keperawatan

**Tanggal 27 Februari 2014**

- 1) Diagnosa 1 : Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan penurunan minat dalam merawat diri ditandai dengan Pasien terlihat kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut, dan bau badan menyengat.

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 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 memengaruhi 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. Mengajarkan pada klien mengenakan pakaian yang rapi dan bersih.

Rasional: Meningkatkan kepercayaan untuk hidup.

5. Berikan penyuluhan pada pasien tentang pentingnya perawatan diri.

Rasional : Agar pasien mengerti tentang pentingnya merawat diri

- 2) Diagnosa 2 : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kebersihan kulit yang kurang ditandai dengan pasien sering merasa gatal-gatal dan terdapat kemerahan pada kulit tangan dan leher.

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 5x24 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 pasien 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 kulit.

3. Berikan lotion pada kulit lansia setelah mandi.

Rasional : Untuk menjaga kulit agar tidak mudah iritasi,

4. Keringkan kulit dengan teliti setelah setiap kali pembersihan.

Rasional : Meningkatkan rasa nyaman pada pasien.

- 3) Diagnosa 3 : Resiko gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakadekuatan intake makanan ditandai dengan Pasien tidak nafsu makan, makan di habiskan hanya  $\frac{1}{2}$  porsi makan, BB 45kg dan TB 150cm.

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu  
5x24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : a) Klien mengatakan tidak mual lagi

b) Nafsu makan bertambah

c) TTV dalam batas normal.

Intervensi :

1. Bina hubungan BHSP

Rasional : Untuk membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga

2. Observasi porsi makanan yang telah di habiskan.

Rasional : mengkaji intake makanan yang telah di habiskan.

3. Anjurkan makan sedikit-sedikit tapi sering  
Rasional : menghindari mual dan muntah
  4. Berikan diet lunak selagi hangat  
Rasional : memberikan makanan hangat dan lunak tidak menyebabkan mual dan muntah.
  5. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan pantangan bagi klien.  
Rasional : menghindari komplikasi penyakit
  6. Kolaborasi dengan dokter dengan pemberian terapi  
Antasida 2x500mg/hari  
Rasional : pemberian terapi untuk proses penyembuhan.
- 4) Diagnosa 4 : Gangguan rasa nyaman nyeri lutut berhubungan dengan penurunan cairan sinovial ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri pada daerah lutut saat dibuat berdiri, wajah pasien menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/90 mmHg, Suhu: 36,4°C, Nadi:80x/menit, Respiratori: 22x/menit
- Tujuan perawatan : pasien dapat menyatakan nyeri hilang dalam waktu  
5x24 jam
- Kriteria hasil : a) Klien tidak lagi menyeringai sakit.  
b) Skala nyeri berkurang.

Intervensi :

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

Rasional : nyeri pasien dapat berkurang dengan skala nyeri 0

2. Berikan penjelasan kepada pasien tentang nyeri

Rasional : agar pasien 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 pasien

5. Berikan masase yang lembut pada lutut klien

Rasional : untuk mengurangi rasa nyeri

6. Kolaborasi pemberian obat licokalk

Rasional : menghilangkan rasa nyeri.

### 3.4 Implementasi

#### 1. Diagnosa 1:

Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan penurunan minat dalam merawat diri. Pasien terlihat kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut, dan bau badan menyengat

Implementasi:

Tanggal 27 Februari 2014

##### a. Jam 07.00 :

Mengkaji kemampuan kebutuhan perawatan hygiene mandi

Respon : klien mengatakan jarang mandi karena nyeri lutut sehingga malas untuk ke kamar mandi

##### b. Jam 08.00:

Mengidentifikasi kesulitan dalam berpakaian atau perawatan diri, seperti penurunan kognitif

Respon : klien merasa kesulitan dalam perawatan diri karena terdapat gangguan kognitif MMSE 16

##### c. Jam 08.30 :

Membantu untuk perawatan rambut, kuku, kulit, dan gosok gigi

Respon : klien kooperatif, mau dibantu untuk menyisir rambut, dan memotong kuku

##### d. Jam 09.00:

Mengajarkan klien untuk mengenakan pakaian yang rapi dan bersih

Respon : klien kooperatif dan mau mengenakan pakaian yang rapi

e. Jam 09.30:

Memberi penyuluhan pada klien tentang pentingnya merawat kebersihan diri setiap hari

Respon : klien kooperatif, tetapi klien masi bingung

Tanggal 28 Februari 2014

a. Jam 08.00:

Mengidentifikasi kesulitan dalam berpakaian atau perawatan diri, seperti penurunan kognitif

Respon : klien merasa kesulitan dalam perawatan diri karena terdapat gangguan kognitif MMSE 16

b. Jam 08.30 :

Membantu untuk perawatan rambut, kuku, kulit, dan gosok gigi

Respon : klien kooperatif, mau dibantu untuk menyisir rambut, dan menggosok gigi

c. Jam 09.00:

Mengajarkan klien untuk mengenakan pakaian yang rapi dan bersih

Respon : klien kooperatif dan mau mengenakan pakaian yang rapi

d. Jam 09.30:

Memberi penyuluhan pada klien tentang pentingnya merawat kebersihan diri setiap hari

Respon : klien kooperatif, tetapi klien masi bingung



Tanggal 01 Maret 2014

a. Jam 08.30 :

Membantu untuk perawatan rambut, kuku, kulit, dan gosok gigi

Respon : klien kooperatif, mau dibantu untuk menyisir rambut, dan menggosok gigi

b. Jam 09.00:

Mengajarkan klien untuk mengenakan pakaian yang rapi dan bersih

Respon : klien kooperatif dan mau mengenakan pakaian yang rapi

c. Jam 09.30:

Memberi penyuluhan pada klien tentang pentingnya merawat kebersihan diri setiap hari

Respon : klien kooperatif, tetapi klien masi bingung

Tanggal 02 Maret 2014

a. Jam 08.30 :

Membantu untuk perawatan rambut, kuku, kulit, dan gosok gigi

Respon : klien kooperatif, mau dibantu untuk menyisir rambut, dan menggosok gigi

b. Jam 09.00:

Mengajarkan klien untuk mengenakan pakaian yang rapi dan bersih

Respon : klien kooperatif dan mau mengenakan pakaian yang rapi

c. Jam 09.30:

Memberi penyuluhan pada klien tentang pentingnya merawat kebersihan diri setiap hari

Respon : klien kooperatif, tetapi klien masi bingung

Tanggal 03 Maret 2014

a. Jam 08.30 :

Membantu untuk perawatan rambut, kuku, kulit, dan gosok gigi

Respon : klien kooperatif, mau dibantu untuk menyisir rambut, dan menggosok gigi

b. Jam 09.00:

Mengajarkan klien untuk mengenakan pakaian yang rapi dan bersih

Respon : klien kooperatif dan mau mengenakan pakaian yang rapi

c. Jam 09.30:

Memberi penyuluhan pada klien tentang pentingnya merawat kebersihan diri setiap hari

Respon : klien kooperatif dan sudah mengerti

## 2. Diagnosa 2:

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kebersihan kulit yang kurang. Pasien sering merasa gatal-gatal pada daerah kepala, leher dan tangan disertai kemerahan akibat garukan kuku.

Implementasi:

Tanggal 27 Februari 2014

### a. Jam 07.00 :

Menganjurkan klien untuk mandi setiap pagi

Respon: Pasien kooperatif, dan mau mandi

### b. Jam 08.00 :

Menganjurkan klien untuk mengeringkan tubuh setelah selesai mandi

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

### c. Jam 08.30 :

Memberikan lotion pada kulit klien setelah mandi

Respon : klien merasa nyaman

### d. Jam 09.00 :

Menganjurkan klien untuk merubah posisi tidur seperti miring kanan miring kiri setiap 2jam sekali

Respon : klien kooperatif, dan mau melakukan

Tanggal 28 Februari 2014

### a. Jam 07.00 :

Menganjurkan klien untuk mandi setiap pagi

Respon: Pasien kooperatif, dan mau mandi

b. Jam 08.00 :

Menganjurkan klien untuk mengeringkan tubuh setelah selesai mandi

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

c. Jam 08.30 :

Memberikan lotion pada kulit klien setelah mandi

Respon : klien merasa nyaman

d. Jam 09.00 :

Menganjurkan klien untuk merubah posisi tidur seperti miring kanan  
miring kiri setiap 2jam sekali

Respon : klien kooperatif, dan mau melakukan

Tanggal 01 Maret 2014

a. Jam 07.00 :

Menganjurkan klien untuk mandi setiap pagi

Respon: Pasien kooperatif, dan mau mandi

b. Jam 08.00 :

Menganjurkan klien untuk mengeringkan tubuh setelah selesai mandi

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

c. Jam 08.30 :

Memberikan lotion pada kulit klien setelah mandi

Respon : klien merasa nyaman

d. Jam 09.00 :

Menganjurkan klien untuk merubah posisi tidur seperti miring kanan miring kiri setiap 2jam sekali

Respon : klien kooperatif, dan mau melakukan

Tanggal 02 Maret 2014

a. Jam 07.00 :

Menganjurkan klien untuk mandi setiap pagi

Respon: Pasien kooperatif, dan mau mandi

b. Jam 08.00 :

Menganjurkan klien untuk mengeringkan tubuh setelah slesai mandi

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

c. Jam 08.30 :

Memberikan lotion pada kulit klien setelah mandi

Respon : klien merasa nyaman

Tanggal 03 Maret 2014

a. Jam 07.00 :

Menganjurkan klien untuk mandi setiap pagi

Respon: Pasien kooperatif, dan mau mandi

b. Jam 08.00 :

Menganjurkan klien untuk mengeringkan tubuh setelah slesai mandi

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

c. Jam 08.30 :

Memberikan lotion pada kulit klien setelah mandi

Respon : klien merasa nyaman

3. Diagnosa 3:

Resiko gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakadekuatan intake makanan. Pasien tidak nafsu makan, dan makan tidak di habiskan hanya  $\frac{1}{2}$  porsi makan, BB 45kg dan TB 150cm.

Implementasi:

Tanggal 27 Februari 2014

a. Jam 11.00 :

Membina hubungan saling percaya

Respon: klien tampak kooperatif dan mau terbuka

b. Jam 11.15 :

Mengobservasi sarapan yang dihabiskan klien

Respon : makanan klien tidak dihabiskan

c. Jam 11.30 :

Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

d. Jam 11.50 :

Memberikan makanan diet lunak

Respon : klien hanya menghabiskan 4 sendok makan

- e. Mengajarkan klien untuk menghindari makanan pantangan

Respon : klien kooperatif dan mau menghindari makanan yang pedas

- f. Memberikan obat antasida 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

Tanggal 28 Februari 2014

- a. Jam 11.15 :

Mengobservasi sarapan yang dihabiskan klien

Respon : makanan klien tidak dihabiskan

- b. Jam 11.30 :

Mengajarkan klien untuk makan sedikit tapi sering

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

- c. Jam 11.50 :

Memberikan makanan diet lunak

Respon : klien hanya menghabiskan 4 sendok makan

- d. Mengajarkan klien untuk menghindari makanan pantangan

Respon : klien kooperatif dan mau menghindari makanan yang pedas

- e. Memberikan obat antasida 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

Tanggal 01 Maret 2014

- a. Jam 11.15 :

Mengobservasi sarapan yang dihabiskan klien

Respon : makanan klien tidak dihabiskan

b. Jam 11.30 :

Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

c. Jam 11.50 :

Memberikan makanan diet lunak

Respon : klien hanya menghabiskan 4 sendok makan

d. Menganjurkan klien untuk menghindari makanan pantangan

Respon : klien kooperatif dan mau menghindari makanan yang pedas

e. Memberikan obat antasida 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

Tanggal 02 Maret 2014

a. Jam 11.15 :

Mengobservasi sarapan yang dihabiskan klien

Respon : makanan klien tidak dihabiskan

b. Jam 11.50 :

Memberikan makanan diet lunak

Respon : klien hanya menghabiskan 4 sendok makan

c. Menganjurkan klien untuk menghindari makanan pantangan

Respon : klien kooperatif dan mau menghindari makanan yang pedas

d. Memberikan obat antasida 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif



Tanggal 03 Maret 2014

a. Jam 11.15 :

Mengobservasi sarapan yang dihabiskan klien

Respon : makanan klien tidak dihabiskan

b. Jam 11.50 :

Memberikan makanan diet lunak

Respon : klien hanya menghabiskan 4 sendok makan

c. Menganjurkan klien untuk menghindari makanan pantangan

Respon : klien kooperatif dan mau menghindari makanan yang pedas

d. Memberikan obat antasida 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

4. Diagnosa 4:

Gangguan rasa nyaman nyeri lutut berhubungan dengan penurunan cairan sinovial. Pasien mengatakan nyeri pada daerah lutut, wajah pasien menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/90 mmHg, Suhu: 36,4°C, Nadi: 80x/menit, Respiratori: 22x/menit

Implementasi:

Tanggal 27 Februari 2014

a. Jam 11.00 :

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri

Respon : klien kooperatif skala nyeri 5

b. Jam 11.15:

Menjelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri

Respon : klien masi bingung

c. Jam 11.30:

Mengajarkan pada klien tentang teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

d. Jam 12.00

Observasi tanda-tanda vital

Respon : TD 140/90, Nadi 80x/menit, Suhu 36,4°C, RR 22x/menit

e. Jam 12.15

Memberikan masase yang lembut pada lutut klien

Respon : klien merasa nyaman

f. Jam 13.00

Kolaborasi dalam pemberian terapi licokalk 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

Tanggal 28 Februari 2014

a. Jam 11.00 :

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri

Respon : klien kooperatif skala nyeri 4

b. Jam 11.15:

Menjelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri

Respon : klien masi bingung

c. Jam 11.30:

Mengajarkan pada klien tentang teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

d. Jam 12.00

Observasi tanda-tanda vital

Respon : TD 140/90, Nadi 82x/menit, Suhu 36,5°C, RR 22x/menit

e. Jam 12.15

Memberikan masase yang lembut pada lutut klien

Respon : klien merasa nyaman

f. Jam 13.00

Kolaborasi dalam pemberian terapi licokalk 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

Tanggal 01 Maret 2014

a. Jam 11.00 :

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri

Respon : klien kooperatif skala nyeri 4

b. Jam 11.15:

Menjelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri

Respon : klien mulai mengerti

c. Jam 11.30:

Mengajarkan pada klien tentang teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

d. Jam 12.00

Observasi tanda-tanda vital

Respon : TD 130/90, Nadi 78x/menit, Suhu 36,6°C, RR 21x/menit

e. Jam 12.15

Memberikan masase yang lembut pada lutut klien

Respon : klien merasa nyaman

f. Jam 12.40

Kolaborasi dalam pemberian terapi licokalk 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

Tanggal 02 Maret 2014

a. Jam 11.00 :

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri

Respon : klien kooperatif skala nyeri 2

b. Jam 11.30:

Mengajarkan pada klien tentang teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

c. Jam 12.00

Observasi tanda-tanda vital

Respon : TD 130/90, Nadi 80x/menit, Suhu 36,5°C, RR 21x/menit

d. Jam 12.15

Memberikan masase yang lembut pada lutut klien

Respon : klien merasa nyaman

e. Jam 12.45

Kolaborasi dalam pemberian terapi licokalk 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

Tanggal 03 Maret 2014

a. Jam 11.00 :

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri

Respon : klien kooperatif skala nyeri 0

b. Jam 11.30:

Mengajarkan pada klien tentang teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri

Respon : klien kooperatif dan mau melakukan

c. Jam 12.00

Observasi tanda-tanda vital

Respon : TD 140/90, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR 22x/menit

d. Jam 12.15

Memberikan masase yang lembut pada lutut klien

Respon : klien merasa nyaman

e. Jam 13.00

Kolaborasi dalam pemberian terapi licokalk 2x500mg/hari

Respon : klien kooperatif

## 1.5 Evaluasi

### 1. Diagnosa 1

#### a. Tanggal 27 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan tidak mau mandi saat pagi hari

Objektif : Pasien terlihat kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut, dan bau badan menyengat.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

#### b. Tanggal 28 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan tidak mau mandi karena malas untuk mandi, dan malas ganti pakaian

Objektif : Pasien terlihat kotor, baju kotor, kulit kepala kotor, rambut terlihat kusut, dan bau badan menyengat.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

#### c. Tanggal 01 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan masi malas mandi

Objektif : Pasien masi terlihat kotor, kulit kepala masi terlihat kotor, dan bau badan menyengat

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

d. Tanggal 02 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan sudah mau mandi pada pagi hari

Objektif : wajah pasien sudah terlihat segar tapi kulit kepala masi terlihat kotor, dan bau badan sudah agak berkurang

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

e. Tanggal 03 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan sudah mau mandi

Objektif : wajah pasien sudah terlihat segar, kulit kepala bersih, dan bau badan sudah berkurang

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 27 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan badannya terasa gatal-gatal.

Objektif : Pasien terlihat kotor, kulit kepala kotor, terdapat kemerahan pada kulit tangan dan leher.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 28 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan badannya masi terasa gatal-gatal.

Objektif : Pasien terlihat kotor, masi tampak kemerahan pada kulit tangan

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

c. Tanggal 01 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan gatal-gatal lagi

Objektif : wajah pasien sudah terlihat segar dan kemerahan pada kulit tangan sudah agak berkurang

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

d. Tanggal 02 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan gatal-gatal lagi

Objektif : wajah pasien sudah terlihat segar dan kemerahan pada kulit tangan sudah agak berkurang

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

e. Tanggal 03 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan gatal-gatal lagi

Objektif : wajah pasien sudah terlihat segar dan kemerahan pada kulit tangan sudah hilang



Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

### 3. Diagnosa 3

#### a. Tanggal 27 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan mual ketika makan dan porsi makan tidak habis

Obyektif : keadaan umum lemah, makan pagi tidak habis hanya 4 sendok, mual.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

#### b. Tanggal 28 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan masih mual ketika makan, dan makan hanya 5 sendok

Obyektif : keadaan umum lemah, makan habis hanya 5 sendok, mual, pusing

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

#### c. Tanggal 01 Maret 2014

Subyektif : Pasien mengatakan mual sedikit berkurang, makan  $\frac{1}{2}$  porsi makan

Obyektif : keadaan umum cukup, makan habis  $\frac{1}{2}$  porsi

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

## d. Tanggal 02 Maret 2014

Subyektif : Pasien mengatakan mual sedikit berkurang, makan  $\frac{1}{2}$  porsi makan

Obyektif : keadaan umum cukup, makan habis  $\frac{1}{2}$  porsi

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

## e. Tanggal 03 Maret 2014

Subyektif : Pasien mengatakan sudah sedikit berkurang, makan habis 1 porsi makan

Obyektif : keadaan umum cukup, makan habis 1 porsi

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan

## 4. Diagnosa 4

## a. Tanggal 27 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan nyeri pada daerah lutut kanan dan kiri saat berjalan.

Obyektif : Wajah pasien tampak menyeringai, skala nyeri 5, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/90 mmHg, Suhu: 36,4°C, Nadi:80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 28 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan masi nyeri pada daerah lutut saat berjalan.

Objektif : Wajah pasien tampak sedikit menyeringai, skala nyeri 5 , Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/90 mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi:82x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning :Intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 01 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada daerah lutut sudah agak berkurang.

Objektif : Wajah pasien tampak lebih rileks, skala nyeri 2, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/90 mmHg, Suhu: 36,6°C, Nadi:78x/menit, Respiratori : 21x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

d. Tanggal 02 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada daerah lutut sudah agak berkurang.

Objektif : Wajah pasien tampak lebih rileks, skala nyeri 2, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/90 mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi:80x/menit, Respiratori : 21x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

e. Tanggal 03 Maret 2014

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada daerah lutut sudah hilang.

Objektif : Wajah pasien tampak lebih rileks, Tanda-Tanda Vital,  
Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36°C,  
Nadi:80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan