

BAB 3

TINJAUAN KASUS

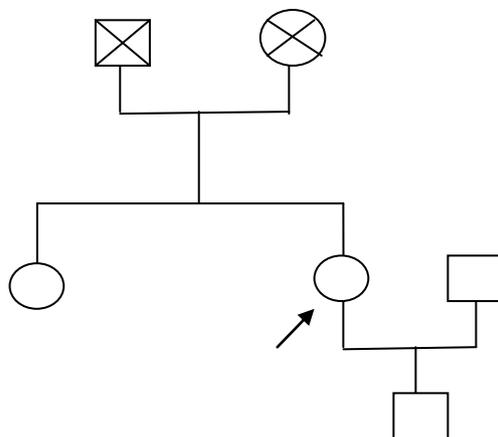
3.1 Pengkajian

Hari rabu tanggal 10 Februari 2014 jam 11.00 WIB

3.1.1 Identitas Pasien

Nama pasien Ny.R umur 75 tahun (Elderly), alamat Pati, kampung randu kuning. Jawa tengah. Pasien sudah menikah tapi janda, beragama Islam, suku asli jawa , tingkat pendidikan terakhir tamat SD, sudah 1 tahun pasien tinggal dipanti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang petani.

3.1.2 Genogram



Keterangan :  : Laki-laki meninggal  : Laki-laki hidup
  : Perempuan meninggal  : Perempuan hidup
  : Pasien tinggal dipanti

3.1.3 Riwayat Rekreasi

Hobi: Pasien mengatakan tidak mempunyai hobi sukanya diam saja didalam lingkungan wisma dan sesekali melakukan ketrampilan menjahit keset.

3.1.4 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Pasien mengatakan suka sendiri, pasien mengatakan pusing terutama pada malam hari, dan saat bangun tidur dipagi hari, nyeri lambung dirasakan setelah makan.

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Pasien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah nyeri sendi

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang di rasakan

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital dan status gizi

Tekanan darah : 130/80 mmHg

Suhu : 36°C

Nadi :100x/menit

Respiratori : 21x/menit

Berat badan :41Kg

Tinggi badan :157cm

3.1.6 Pengkajian Head to Toe

1. Kepala

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

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak strabismus, penglihatan sedikit kabur.

3. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal.

4. Mulut dan Tenggorokan

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

5. Telinga

Bersih, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran normal

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 : adanya udara dalam abdomen atau distensi

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi normal 20x/menit pada kuadran 8

9. Genetalia

Pasien rajin menjaga kebersihan daerah genitalnya.

10. Ekstremitas

Ekstremitas atas Kekuatan otot skala 4

Ekstremitas bawah ada keterbatasan rentang gerak, tidak terdapat edema pada kaki kiri.

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

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

11. Integumen

Kulit bersih, lembab, pucat, turgor kulit normal

3.1.7 Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

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

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Pasien tidak pernah berinteraksi dengan orang lain diluar wisma. Sukanya menyendiri tapi pasien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar wisma seperti senam bersama apabila di ajak.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Pasien jarang berinteraksi dengan wisma lain.

4. Stabilitas emosi

Emosi pasien tidak stabil dan ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma pasien sering diam dan murung.

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 mengalami nafsu makan kurang baik, nyeri lambung setelah makan, makanan 1/2 porsi yang habiskan, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur bayam. Pasien suka makan kacang-kacangan seperti kacang hijau, BB: 41kg, TB: 157kg

3. Pola pemenuhan cairan

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

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur >6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, pasien menggunakan waktu luang untuk diam saja.

5. Pola eliminasi BAB

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

6. Pola eliminasi BAK

Pasien BAK 1-3 kali sehari, warna urin kuning jernih, bau khas, jumlah urine 1200cc tidak ada gangguan waktu BAK

7. Pola aktivitas

Aktivitas pasien dipanti cuma melakukan ketrampilan tangan dan seringkali diam.

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Pasien mandi 2 kali sehari, memakai sabun, rajin menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari.

9. Pola sensori dan kognitif

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

3.1.9 Data Penunjang

1. Laboratorium

Cek gula darah

Tanggal : Februari 2014

Hasil : 120 mg/dl

2. Obat-obatan yang dikonsumsi

Antasida 2x1/hari, vitamin Bkomplek 2x1/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 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)

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 tidak ada gangguan kognitif sedang. Pasien dengan jawaban yang benar 4 dan jawaban yang salah 2. Dapat diambil kesimpulan mengalami gangguan kognitif sedang

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 11 dalam batas depresi sedang antara (8-15)

3.1.14 Analisa Data

Tanggal 10 Februari 2014

Kelompok data pertama

1. Data Subyektif : Pasien mengatakan mual setelah makan, pasien mengeluh badan lemas, pasien mengatakan memikirkan keadaannya
2. Data Obyektif : makanan pagi tidak habis, makan hanya ½ porsi, mual, pusing, BB: 41kg, TB: 157kg, badan tampak kurus.
3. Masalah : kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
4. Kemungkinan penyebab: intake makanan tidak adekuat.

Kelompok data kedua

1. Data Subyektif : Pasien mengatakan nyeri pada daerah lambung setelah makan.
2. Data Obyektif : keluhan cukup makan pucat, mual, pusing, nyeri berulang-ulang, skala nyeri 6 sedang, wajah nampak menyeringai, nyeri tekan daerah abdomen, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/90 mmHg, Suhu: 37,4°C, Nadi:100x/menit, Respiratori: 21x/menit.
3. Masalah : Gangguan rasa nyaman nyeri
4. Kemungkinan penyebab: Peradangan pada mukosa gaster

Kelompok data ketiga

1. Data subyektif : Pasien mengatakan kalau ada kegiatan bersih-bersih wisma pasien jarang mengikuti

2. Data Obyektif : Pasien tidak mampu bekerjasama misalnya dalam melakukan bersih-bersih wisma, pasien tidak pernah berinteraksi dengan orang lain diluar wisma sukanya menyendiri tapi pasien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar wisma seperti senam bersama apabila di ajak, emosi pasien tidak stabil dan ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma pasien sering diam dan murung, pasien berada di panti atas dasar keinginan keluarga pasien, Depresi back: 11 (depresi sedang).
3. Masalah : Gangguan alam perasaan depresi
4. Kemungkinan penyebab : koping maladaptif

3.2 DiagnosaKeperawatan

1. Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakadekuatan intake makanan ditandai dengan pasien mual dan makan tidak di habiskan dalam ½ porsi makan.
2. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peradangan mukosa gaster ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada daerah lambung setelah makan, wajah pasien menyeringai, skala nyeri 6, Tanda-tanda vital, Tekanan darah: 130/80, Suhu: 36°C, Nadi:100x/menit, Respiratori: 21x/menit.

3. Gangguan alam perasaan depresi berhubungan dengan coping maladaptif ditandai dengan Pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain di luar wisma sukanya menyendiri dan diam saja.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2014

- 1) Diagnosa1: Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak adekuatan intake makanan ditandai dengan Pasien mual, makan di habiskan hanya ½ porsi makan.

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu

3x24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteriahasil : Klien mengatakan tidak mual lagi

Nafsu makan bertambah

TTV dalam batas normal.

Intervensi :

1. Bina Hubungan Saling Percaya

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 makanan 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 2x1/hari

Rasional : pemberian terapi untuk prosespenyembuhan.

- 2) Diagnosa 2 : Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peradangan mukosa gaster ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri pada daerah lambung setelah makan, wajah pasien menyeringai, skala nyeri 6, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:100x/menit, Respiratori: 21x/menit

Tujuan perawatan : pasien dapat menyatakan nyeri hilang dalam waktu 2x24 jam

Kriteria hasil : Klien tidak lagi menyeringai sakit.

Skala nyeri berkurang.

Intervensi :

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

Rasional : nyeri pasien dapat berkurang dengan skala nyeri 6

2. Ajarkan teknik mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian dan relaksasi

Rasional : menurunkan rasa nyeri

3. Observasi tanda- tanda vital

Rasional : untuk mengetahui keadaan pasien

4. Berikan penjelasan tentang nyeri pasien

Rasional : agar pasien mengerti tentang penyebab nyeri

5. Kolaborasi pemberian obat analgesik

Rasional : menghilangkan rasa nyeri dan menurunkan keasaman gaster.

- 3) Diagnosa 3 : Gangguan alam perasaan depresi berhubungan dengan coping maladaptif ditandai dengan pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain di luar wisma sukanya menyendiri dan diam saja

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam depresi menurun atau berkurang

Kriteria Hasil :

- a) Klien dapat meningkatkan harga diri
- b) Klien dapat menggunakan dukungan sosial
- c) Klien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat

Intervensi :

1. Kaji dan kerahkan sumber-sumber internal individu.

Rasional: Individu lebih percaya diri

2. Anjurkan pasien untuk selalu mengikuti kegiatan dipanti (misal: senam, bersih-bersih kamar)

Rasional: Menumbuhkan semangat hidup lansia

3. Ajarkan pasien dalam melakukan ketrampilan tangan (misal: menjahit keset, membuat figora)

Rasional: untuk mengurangi rasa depresi kepada pasien

4. Anjurkan klien untuk beribadah (support spiritual)

Rasional: agar pasien tampak tenang dalam menghadapi masalah

3.4 Implementasi

1. Diagnosa 1:

Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak adekuatan intake makanan. Pasien mual, dan makan tidak di habiskan hanya ½ porsi makan

Implementasi:

Tanggal 10 Februari 2014

- a) Jam 11.00 :

Membina hubungan saling percaya dengan pasien menggunakan teknik komunikasi terapeutik.

Respon: Pasien kooperatif, dan muda di arahkan

- b) Jam 11.15 :

Mengobservasi porsi makan yang telah dihabiskan

Respon : pasien habis ½ porsi makan

- c) Jam 11.30 :

Menganjurkan makan sedikit-sedikit tapi sering

Respon : Pasien kooperatif, dan mudah dibantu

d) Jam 11.50 :

Memberikan makanan siang diet lunak selagi hangat

Respon : Pasien kooperatif, habis ½ porsi yang dihabiskan

e) Jam 12.00

Menganjurkan pasien untuk menghindari makan yang dilarang

Respon : menghindari komplikasi penyakit

f) 12.30

Kolaborasi dalam pemberian antasida

Respon : pasien kooperatif untuk proses penyembuhan

Tanggal 11 Februari 2014

a) Jam 11.00:

Membina hubungan saling percaya dengan pasien menggunakan teknik komunikasi terapeutik.

Respon : pasien kooperatif dan mudah untuk diarahkan

b) Jam 11.15 :

Mengobservasi porsi makan yang telah di habiskan pasien

Respon : pasien mengatakan habis ½ porsi makan

c) Jam 11.30 :

Menganjurkan makan sedikit tapi sering

Respon : pasien kooperatif dan mudah dibantu

d) Jam 11.40 :

Memberikan makan siang diet lunak selagi hangat

Respon : pasien kooperatif, habis ½ porsi makan

e) Jam 11.45 :

Menganjurkan pasien untuk menghindari makan yang dilarang

Respon : pasien kooperatif dan bisa di bantu

f) Kolaborasi dalam pemberian obat antasida dan vitamin

Respon : pasien kooperatif, dan mudah diarahkan

Tanggal 12 Februari 2014

a) Jam 07.00 :

Mengajak pasien ikut senam pagi

Respon : Pasien kooperatif, bisa diarahkan

b) Jam 09.00 :

Mengobservasi TTV

Respon : TD 130/80 mmHg, Nadi: 86x/menit

Suhu : 36,2°C, RR : 22x/menit

Tanggal 13 Februari 2014

a) Jam 07.00 :

memberikan terapi obat kepada pasien

Respon : pasien kooperatif, dan bisa di bantu

b) Jam 08.00 :

Mengajak pasien ikut senam pagi

Respon : Pasien kooperatif, bisa diarahkan

c) Jam 10.00 :

Mengobservasi TTV

Respon : TD :130/80mmHg, Nadi:82x/menit, Suhu:36,1°C, RR :
22x/menit

d) Jam 11.30 :

Kolaborasi dengan perawat panti untuk pemberian analgesik

Respon : Perawat panti kooperatif

Tanggal 14 Februari 2014

a) Jam 08.00 :

Mengajak pasien ikut senam pagi

Respon : Pasien kooperatif

b) Jam 11.00 :

Mengobservasi TTV

Respon TD : 130/90 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36°C

RR : 22x/menit

2. Diagnosa 2:

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peradangan mukosa gaster.

Pasien mengatakan nyeri pada daerah lambung setelah makan, wajah pasien menyeringai, skala nyeri 6, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi: 100x/menit, Respiratori: 21x/menit

Implementasi:

Tanggal 10 Februari 2014

a. Jam 11.00 :

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, skala nyeri

Respon : Pasien kooperatif, dan sudah mengetahui keadaan nyeri

b. Jam 11.15:

Mengajarkan teknik relaksasi dengan nafas panjang

Respon : Pasien mengerti, dan bisa di bantu

c. Jam 11.30:

Mengobservasi tanda- tanda vital

Respon : TD 130/90, Nadi 100x/menit, Suhu 36,4°C, Respiratori
20x/menit

d. Jam 11.45

Memberikan penjelasan tentang adanya nyeri

Respon : Pasien mengerti tentang penyebab adanya nyeri

e. Jam 12.00

Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesic

Respon : pasien kooperatif, dan bisa di bantu

Tanggal 11 Febuari 2014

a. Jam 08.00

Mengobservasi TTV

Respon: TD 130/90 mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 36°C, RR 22x/menit

b. Jam 10.00

Mengkaji intensitas nyeri, lokasi, skala nyeri

Respon : Pasien kooperatif, dan sudah mengetahui keadaan nyeri

c. Jam 11.15

Mengalihkan perhatian tentang nyeri yang dirasakan

Respon : Pasien tampak tenang

d. Jam 12.30

Membantu pasien untuk tetap beristirahat

Respon : pasien mudah diarahkan

Tanggal 12 Febuari 2014

a. Jam 11.00

Mengkaji skala nyeri pasien

Respon : pasien merasakan nyeri berkurang

b. Jam 12.00

Menganjurkan pasien untuk nafas dalam untuk meringankan rasa nyeri

Respon : pasien mengerti akan tindakan yang dilakukan

c. Jam 13.00

Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : TD 130/90 mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 36°C, RR 20x/menit

d. Kolaborasi dalam pemberian terapi analgesic

Respon : pasien kooperatif, dan bisa di bantu

3. Diagnosa 3:

Gangguan alam perasaan depresi berhubungan dengan coping maladaptif.

Pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain di luar wisma sukanya menyendiri dan diam saja

Implementasi:

Tanggal 10 Februari 2014

a. Jam 11.00 :

Mengkaji dan mengarahkan sumber-sumber internal individu

Respon : pasien kooperatif dan yakin mengenai masalah yang dihadapi saat ini

b. Jam 11.15 :

Mengkaji system pendukung keyakinan keagamaan

Respon : Pasien kooperatif, dan bisa di arahkan seperti do'a bersama dan mengaji

c. Jam 11.30 :

Membantu klien dengan berinteraksi dengan orang lain dengan sikap empati

Respon : Pasien bisa menerima, dan bisa di arahkan

d. Jam 12.00:

Mengajak pasien untuk shalat berjamaah

Respon : Pasien kooperatif, dan mau menjalankan shalat dimasjid

e. Jam 12.30:

Kolaborasi untuk pemberian terapi

Respon : pasien kooperatif dalam proses penyembuhan

Tanggal 11 Febuari 2014

a. Jam 09.00

Mengkaji dan mengarahkan sumber-sumber internal individu

Respon : pasien mulai mengerti tentang masalah yang dihadapi

b. Jam 10.00

Mengkaji tentang keyakinan keagamaan

Respon : pasien kooperatif, dan selalu mengaji bersama

c. Jam 11.15

Mengarahkan klien untuk bekerjasama dengan sesama teman di panti

Respon : pasien kooperatif bisa diarahkan

Tanggal 12 Febuari 2014

a. Jam 11.00

Mengkaji dan mengarahkan sumber-sumber internal individu

Respon : pasien sudah merasa yakin tentang masalah yang dihadapi

b. Jam 12.00

Mengkaji system pendukung keyakinan keagamaan

Respon : pasien sudah mulai membaca bacaan qur'an

c. Jam 12.45

Membantu klien dalam berinteraksi dengan orang lain

Respon : pasien kooperatif dan mau mencoba berbaur dengan temannya

d. Mengajak pasien untuk shalat berjamaah

Respon : pasien kooperatif dan mau menjalankan shalat berjamaah dimasjid

3.5 Evaluasi

1. Diagnosa 1

a. Tanggal 10 Februari 2014

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

Obyektif : keadaan umum lemah, makan pagi tidak habis hanya 2 sendok, mual, muntah, pusing

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 11 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan masih mual ketika makan, dan makan hanya 6 sendok

Obyektif : keadaan umum lemah, makan habis hanya 6 sendok, mual, pusing

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

c. Tanggal 12 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan mual sedikit berkurang, makan ½ porsi makan

Obyektif : keadaan umum cukup, makan habis ½ porsi

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

d. Tanggal 13 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan mual sudah berkurang

Obyektif : makanan 1 porsi habis, tambahan makanan luar seperti roti

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 10 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan nyeri pada lambung setelah makan sedikit berkurang

Obyektif : Wajah pasien tampak menyeringai, skala nyeri 6, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/90 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi:100x/menit, Respiratori : 21x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 11 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada daerah lambung setelah makan sedikit berkurang.

Objektif : Wajah pasien tampak sedikit menyeringai, skala nyeri 6, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:86x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 12 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada daerah lambung setelah makan sudah berkurang.

Objektif : Wajah pasien tampak lebih rileks, skala nyeri 3, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/80 mmHg, Suhu: 36,1°C, Nadi:82x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

d. Tanggal 13 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri daerah lambung setelah makan sudah berkurang.

Objektif : Wajah pasien tampak lebih rileks, skala nyeri 3, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 130/90 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi:80x/menit, Respiratori : 22x/menit,

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

3. Diagnosa 3

a. Tanggal 10 Februari 2014

Subjektif : Pasien mengatakan tidak mau bekerjasama dengan orang lain ketika ada kegiatan bersih-bersih wisma

- Objektif : pasien tidak suka berinteraksi dengan orang lain di luar wisma sukanya menyendiri dan diam
- Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi
- Planning : Intervensi dilanjutkan.
- b. Tanggal 11 Februari 2014
- Subjektif : Pasien mengatakan sedikit mau bekerjasama dengan orang lain di luar wisma
- Objektif : pasien sedikit mau berinteraksi dengan orang lain dengan teman sekamar
- Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian
- Planning : Intervensi dilanjutkan.
- c. Tanggal 12 Februari 2014
- Subjektif : Pasien mengatakan sudah mau bekerjasama ketika ada kegiatan di luar wisma
- Objektif : pasien sudah tidak menyendiri dan diam sudah mau berinteraksi dengan orang lain
- Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian
- Planning : Intervensi dilanjutkan
- d. Tanggal 13 Februari 2014
- Subjektif : pasien mengatakan bahwa dirinya mampu bekerjasama dengan orang lain ketika ada kegiatan di luar wisma
- Objektif : pasien tidak diam dan sudah bisa berinteraksi dengan wismanya

Asesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.