

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

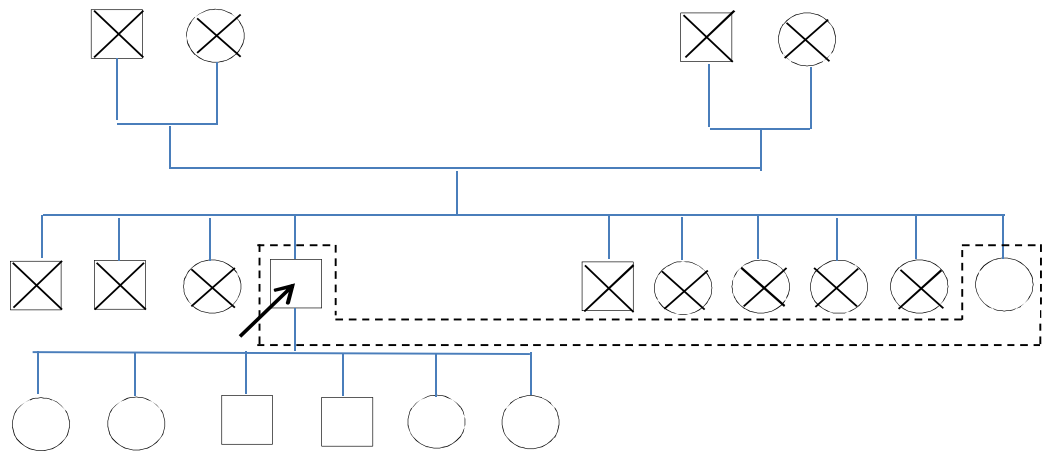
Hari jum'at tanggal 13 Februari 2014 jam 10.00 WIB

3.1.1 Identitas pasien

Nama pasien TN.K umur 77 tahun (Old), alamat Jl. Raya NO.221, Babat, Lamongan. Pasien sudah menikah, beragama Islam, suku asli jawa , tingkat pendidikan terakhir tidak tamat SD, sudah 1 tahun pasien tinggal dipanti.

Riwayat pekerjaannya adalah seorang pengawas proyek.

3.1.2 Genogram



Keterangan :

- | | | | |
|----|---------------------------|------|-------------------|
| ☒ | : laki-laki meninggal | ☐ | : laki-laki hidup |
| ⊗ | : perempuan meninggal | ○ | : perempuan hidup |
| ☐↗ | : pasien tinggal di panti | ---- | : tinggal bersama |

Gambar 3.1 Genogram

pasien anak ke 4 dari 4 bersaudara, pasien sudah menikah 2x. Pernikahan sekarang tidak mempunyai anak sedakan klien memiliki 6 anak kandung dari pernikahan yang terdahulu.

3.1.3 Riwayat rekreasi

Hobi: pasien mengatakan dia suka bermain catur bersama teman-teman di wisma,

3.1.4 Riwayat kesehatan

1. Keluhan yang di rasakan saat ini

Pasien mengatakan pusing terutama pada malam hari. Saat ini klien mengeluh batuk, panas, serta diare.

2. Keluhan yang di rasakan tiga bulan terakhir

Pasien mengatakan dalam 3 bulan terakhir keluhan yang dirasakan adalah nyeri sendi.

3. Penyakit yang di derita selama 3 tahun terakhir

Pasien mengatakan dalam 3 tahun terakhir keluhan yang dirasakan adalah nyeri sendi.

3.1.5 Pemeriksaan fisik

1. Tanda-tanda vital dan status gizi

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Suhu : 38°C

Nadi : 110x/menit

Respiratori : 20x/menit

Berat badan : 62Kg

Tinggi badan : 165cm

Indeks Massa Tubuh (IMT) :

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \text{BB} / (\text{TB} \times \text{TB}) \\ &= 62 / (1,65 \times 1,65) \\ &= 22,78 \end{aligned}$$

3.1.6 Pengkajian Fisik

1. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala kotor, tidak ada kerontokan rambut, rambut kotor, ada keluhan pusing, rambut berwarna putih, wajah tampak menyeringai, muka pucat.

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak strabismus, penglihatan tajam, mata cowong, mata kanan dan kiri visus 60/60.

3. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal

4. Mulut dan tenggorokan

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

5. Telinga

Bersih, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran normal

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

7. Dada**jantung**

- Inpeksi : dada simetris
 Palpasi : tidak adanya nyeri tekan
 Auskultasi : S1,S2 tunggal,suara vesikuler
 Perkusi : pekak

Paru

- Inpeksi : dada simetris
 Palpasi : tidak adanya nyeri tekan
 Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan wheezing (-) dan ronkhi (-)
 Perkusi : sonor

8. Abdomen

- Inpeksi : bentuk simetris, perut tampak cekung
 Palpasi : tidak ada benjolan, nyeri tekan
 Perkusi : adanya udara dalam abdomen atau perut kembung
 Auskultasi : bising usus meningkat

9. Genetalia

Pasien rajin menjaga kebersihan daerah genitalianya.

10. Ekstremitas

- Ekstremitas atas Kekuatan otot skala 5
 Eksremitas bawah tidak ada keterbatasan rentang gerak 5

11. Integumen

Kulit agak kotor, kering, pucat, turgor kulit menurun

3.1.7 Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

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

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain diluar wisma. pasien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar wisma seperti senam bersama.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Pasien sering berinteraksi dengan wisma lain.

4. Stabilitas emosi

Emosi pasien stabil pasien selalu tampak tenang, jarang marah ataupun membuat keributan di dalam panti.

5. Motivasi penghuni panti

Pasien berada dipanti atas dasar keinginan sendiri.

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 pasien menurun, mual dirasakan setelah makan, makanan pagi hanya 1/2 porsi yang di habiskan, dengan porsi nasi, krupuk, sayur kangkung dan toge bumbu kacang.

3. Pola pemenuhan cairan

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

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur >6 jam setiap hari, pasien sulit tidur, tidur tidak nyenyak, pasien sering terbangun karena badan terasa panas dan mual, pasien menggunakan waktu luang untuk main catur bersama penghuni wisma.

5. Pola eliminasi BAB

Pasien sudah diare 3 hari, BAB 4-5 kali sehari, konsistensi cair, tidak ada lendir, tidak ada darah, warna kuning, bau khas.

6. Pola eliminasi BAK

Pasien BAK 3-4 kali sehari, warna urin kuning jernih, bau khas, jumlah urine 1000cc tidak ada gangguan waktu BAK

7. Pola aktivitas

Aktivitas pasien membersihkan kamar wisma contohnya menyapu

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

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

9. Polasensori 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

Obat-obatan yang dikonsumsi:

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

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 (hasil terlampir).

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 10 dan jawaban yang salah 0. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual utuh (hasil terlampir).

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 memiliki gangguan kognitif. Pasien mampu mendapatkan 28 poin dari 30 poin yang berarti interpretasi hasil 24-30 yaitu tidak ada gangguan kognitif (hasil terlampir).

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

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

3.1.14 Analisa Data

Tanggal 13 Februari 2014

Kelompok data pertama

1. Data Subyektif : Pasien mengatakan sudah diare 3 hari, BAB lebih dari 4-5 kali dengan konsistensi encer.
2. Data Obyektif : Pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, mata cowong, Tekanan darah : 120/80 mmHg, Suhu : 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit.
3. Masalah : Defisit volume cairan.
4. Kemungkinan penyebab: kehilangan cairan aktif

Kelompok data kedua

1. Data Subyektif : Pasien mengeluh badan terasa panas.
2. Data Obyektif : Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit
3. Masalah : hipertermi
4. Kemungkinan penyebab : proses penyakit

Kelompok data ketiga

1. Data subyektif : Pasien mengatakan tidur >6 jam setiap hari, pasien sulit tidur, tidur tidak nyenyak, pasien sering terbangun karena badan terasa panas.
2. Data Obyektif : mata pasien tampak cowong, pasien tampak mengantuk dan lemas, muka pucat.
3. Masalah : Gangguan pola tidur
4. Kemungkinan penyebab : peningkatan suhu tubuh

3.2 DiagnosaKeperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan Pasien mengatakan sudah diare 3 hari, BAB lebih dari 4-5 kali dengan konsistensi encer, Pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, mata cowong, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit.
2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan Pasien mengeluh badan panas, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh ditandai dengan Pasien mengatakan tidur >6 jam setiap hari, pasien sulit tidur, tidur tidak nyenyak, pasien sering terbangun karena badan terasa panas, mata pasien tampak cowong, pasien tampak mengantuk dan lemas, muka pucat

3.3 Intervensi Keperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan Pasien mengatakan sudah diare 3 hari, BAB lebih dari 4-5 kali dengan konsistensi encer, Pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, mata cowong, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit.

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keseimbangan volume cairan terpenuhi

Kriteria hasil :

- a. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB
- b. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
- c. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

Intervensi :

- 1) Observasi dan catat frekuensi, karakteristik, dan jumlah feses.

Rasional : dapat diketahui berat ringannya diare dan status dehidrasi.

- 2) Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan

Rasional : dapat diketahui keseimbangan cairan

- 3) Monitor vital sing tiap 2 jam

Rasional : hipotensi, takikardi, demam dapat menunjukkan respon/ efek kehilangan cairan.

- 4) Berikan dan anjurkan keluarga untuk memberikan minum yang banyak kurang lebih 2000 – 2500 cc per hari

Rasional : agar klien mengetahui pentingnya kebutuhan cairan dalam tubuh

- 5) Kolaborasi dengan tenaga medis pemberian obat anti diare

Rasional : untuk mempercepat kesembuhan

2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan Pasien mengeluh badan panas, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit.

Tujuan perawatan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan suhu tubuh normal (36°C – 37,5°C)

Kriteria hasil :

- a. Suhu tubuh dalam rentang normal (36°C - 37,5°C)
- b. Nadi dan respiratori dalam rentang normal (Nadi: 60-100 x/m, Respiratori: 16-24 x/m).
- c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing.

Intervensi :

- 1) Monitor suhu minimal tiap 2 jam

Rasional : deteksi dini terjadinya perubahan abnormal fungsi tubuh (adanya infeksi)

- 2) Monitoring Tekanan darah, Nadi, dan Respiratori

Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien

3) Monitoring tanda-tanda hipertermi dan hipotermi

Rasional : mengetahui perkembangan hipertermi dan ipotermi

4) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi

Rasional : mencegah terjadinya devisit volume cairan

5) Berikan kompres pasien pada lipat baha dan aksila

Rasional : merangsang pusat pengaturan panas untuk menurunkan produksi panas tubuh.

6) Kolaborasi dengan dokter pemberian anti piretik.

Rasional : untuk mempercepat menurunkan panas

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh ditandai dengan Pasien mengatakan tidur >6 jam setiap hari, pasien sulit tidur, tidur tidak nyenyak, pasien sering terbangun karena badan terasa panas, mata pasien tampak cowong, pasien tampak mengantuk dan lemas, muka pucat.

Tujuan perawatan : Setelah diberi asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidur/ istirahat teratur (tidak terganggu)

Kriteria Hasil :

- a. Pasien mengatakan tidak cemas
- b. Pasien mengatakan tidur nyenyak
- c. Pasien tampak tenang
- d. Tanda-tanda vital dalam batas normal

Intervensi :

- 1) Kaji kebutuhan pasien dapat istirahat

Rasional: diketahui waktu istirahat terpenuhi

2) Observasi tanda-tanda vital

Rasional: untuk mengetahui keadaan umum pasien

3) Ciptakan suasana yang nyaman saat tidur

Rasional: dengan suasana nyaman pasien dapat tidur nyenyak

4) Anjurkan pasien untuk cuci tangan dan kaki dengan air hangat

Rasional: dapat membuat pasien merasa segar dan nyaman

5) Anjurkan pasien untuk berdo'a sebelum tidur

Rasional: dengan berdo'a dapat merasa lebih tenang.

3.4 Implementasi

1. Diagnose 1: Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tabel 3.3 Implementasi Diagnose 1

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
13-02-2014	Jam 09.20	1. Melakukan pengkajian kepada klien	1. klien mengungkapkan apa yang di rasakan saat ini
	Jam 10.00	2. Mengobservasi dan mengkaji frekuensi BAB, jumlah dan karakteristik	2. Pasien mengatakan diare sudah 3 hari dengan konsistensi feses encer BAB 4-5 kali
	Jam 10.20	3. Mengukur tanda-tanda vital	3. tekanan darah 120/80 mmhg, Nadi: 110 x/m, Respirasi: 20 x/m, suhu: 38°C
	Jam 10.30	4. Menganjurkan klien untuk banyak minum	4. pasien bersedia untuk banyak minum

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
14-02-2014	Jam 08.00	1. kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat anti diare diaform	1. obat sudah diminum oleh pasien
	Jam 10.00	2. Mengukur tanda vital	2. tekadan darah 130/80 mmhg, Nadi: 100x/m, Respiratori: 22 x/m, suhu: 37,5 °C
	Jam 10.40	3. Mengkaji status hidrasi intake dan output	3. pasien mengatakan masih diare dengan konsistensi feses sudah agak lembek
15-02-2014	Jam 09.00	1. Mengkaji status hidrasi intake dan output	1. pasien mengatakan tidak diare lagi
	Jam 11.00	2. Mengevaluasi keadaan klien	2. klien tampak tidak lemas lagi

2. diagnose 2: Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Tabel 3.4 Implementasi Diagnose 2

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
13-02-2014	Jam 10.20	1. observasi ttv	1. tekanan darah 120/80 mmhg, Nadi: 110 x/m, Respirasi: 20 x/m, suhu: 38°C
	Jam 10.30	2. anjurkan pasien untuk banyak minum	2. klien bersedia untuk banyak minum
	Jam 11.00	3. Memberikan dan menganjurkan kepada keluarga klien untuk kompres air biasa kepada klien	3. keluarga klien menuruti dan klien mau dikompres

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
	Jam 13.00	4. Mengevaluasi keadaan klien dengan mengukur suhu kembali	4. klien mengatakan panas mulai berkurang, Suhu: 37,8.
14-02-2014	Jam 08.10	1. membantu pasien untuk meminumkan obat antasida dan vitamin	1. Pasien kooperatif dan mau meminum obat
	Jam 10.00	2. mengukur tanda-tanda vital	2. tekanan darah 130/80 mmhg, Nadi: 100x/m, Respiratori: 22 x/m, suhu: 37,5 °C
	Jam 10.40	3. Mengingatkan kembali kepada klien untuk banyak minum	3. klien mengatakan sudah melakukannya
15-02-2014	Jam 09.30	1. observasi suhu klien	1. Suhu: 36,8°C
	Jam 13.00	2. evaluasi keadaan klien	2. Klien mengatakan badan sudah tidak panas lagi, klien tampak sehat dan mampu beraktivitas seperti biasa

3. Diagnose 3: Gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh

Tabel 3.4 implementasi diagnosa 3

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
13-02-2014	Jam 09.30	1. Mengkaji kebutuhan klien dapat istirahat	1. klien mengatakan tidak dapat tidur nyenyak karena badan tersa panas.
	Jam 10.20	2. Mengukur tanda-tanda vital	2. tekanan darah 120/80 mmhg, Nadi: 110 x/m,

TANGGAL	JAM	TINDAKAN	RESPON/HASIL
	Jam 13.00	3. Mengevaluasi keadaan klien	Respirasi: 20 x/m, suhu: 38°C 3. mata pasien tampak cowong, badan tampak lemas serta mengantuk
14-02-2014	Jam 10.00	1. mengukur tanda-tanda vital	1. tekanan darah 130/80 mmhg, Nadi: 100x/m, Respiratori: 22 x/m, suhu: 37,5 °C
	Jam 12.30	2. menciptakan suasana yang nyaman saat klien tidur	2. klien mengatakan cemas berkurang, tidak panas lagi dan istirahat agak tenang.
	Jam 12.40	3. menganjurkan klien untuk cuci tangan dan kaki dengan air hangat sebelum tidur	3. klien mengatakan merasa segar dan nyaman, istirahat sudah agak tenang
	Jam 12.50	4. menganjurkan klien untuk berdo'a sebelum tidur	4. klien mengatakan sudah tidak khawatir dengan kondisinya, istirahat tidur agak tenang.
15-02-2014	Jam 13.00	1. Mengkaji kebutuhan klien dapat istirahat	1. klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak dimalam hari karena sudah tidak panas dan cemas.
	Jam 13.30	2. Mengevaluasi keadaan klien	2. Klien tampak tenang dan mata tidak cowong

3.5 Evaluasi

1. Diagnosa 1

- a. Tanggal 13 Februari 2014

Subyektif : Pasien mengatakan diare sudah 3 hari dengan konsistensi feses encer BAB 4-5 kali

Obyektif : pasien tampak lemas, perut tampak cekung

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 14 Februari 2014

Subyektif : pasien mengatakan masih diare dengan konsistensi feses sudah agak lembek

Obyektif : pasien masih terlihat lemas

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

c. Tanggal 15 Februari 2014

Subyektif : pasien mengatak sudah tidak diare lagi

Obyektif : pasien tidak lemas

Assesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan.

2. Diagnosa 2

a. Tanggal 13 Februari 2014

Subjektif : pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena badan terasa panas, pasien merasa cemas dengan keadaannya

Objektif : mata pasien tampak cowong, dan mengantuk

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 14 Februari 2013

Subjektif : klien mengatakan cemas berkurang karena sudah tidak panas lagi dan istirahat sudah agak tenang

Objektif : pasien sudah tidak terlihat mengantuk

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

c. Tanggal 15 Februari 2013

Subjektif : klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak dimalah hari karena sudah tidak panas dan cemas lagi

Objektif : Klien tampak tenang dan mata tidak cowong

Asesment : Masalah keperawatan teratasi

Planning : Intervensi dihentikan.