

BAB 3

TINJAUAN KASUS

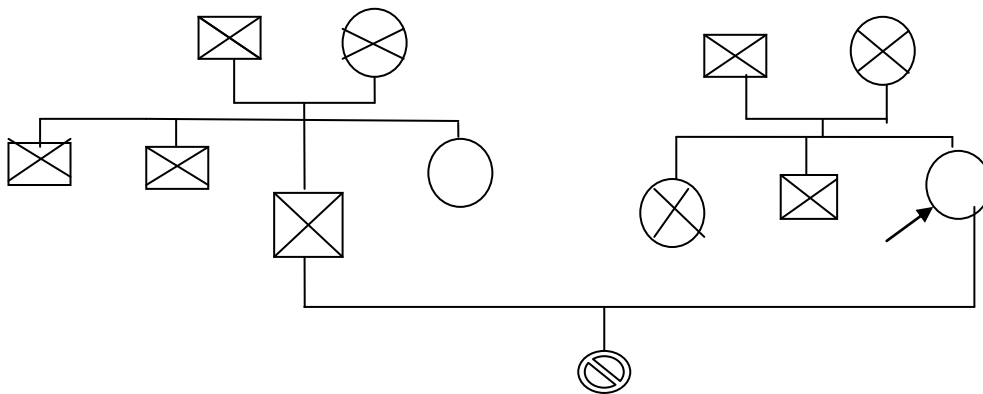
3.1 Pengkajian

Hari senin tanggal 16 Februari 2015 jam 10.00 WIB

3.1.1 Identitas Pasien

Nama pasien Ny.P umur 75 tahun (advanced old age), alamat Jl. Raya Babat no 221. Pasien janda, beragama islam, suku asli jawa, pasien tidak sekolah, pasien buta huruf, sudah 8 bulan pasien tinggal dipanti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang ibu rumah tangga.

3.1.2 Genogram



- Keterangan :
- ☒ : Laki-laki meninggal
 - ☐ : Laki-laki hidup
 - ⊗ : Perempuan meninggal
 - : Perempuan hidup
 - ○ : Klien
 - ⊗ : tidak mempunyai keturunan

3.1.3 Riwayat Rekreasi

Hobi : Klien mengatakan hobinya adalah berjoget.

Liburan/Perjalanan: Klien mengatakan dulu pernah liburan ke puncak wangi Lamongan.

3.1.4 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Klien mengatakan terasa nyeri sendi pada lutut bagian kiri saat dibuat berjalan atau beraktivitas, adanya pembengkakan pada lutut bagian kiri dan klien juga takut jatuh apabila berjalan.

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Klien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah pusing, panas, gatal-gatal, nyeri sendi dan penglihatan kabur.

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Klien mengatakan sering nyeri pada lututnya.

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital dan status gizi

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Suhu : 36 °C

Nadi : 100x/menit

Respiratori : 22x/menit

Berat badan : 53 Kg

Tinggi badan : 150 cm

3.1.6 Pengkajian Head to Toe

1. Kepala

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

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak strabismus, penglihatan kabur, pasien tidak menggunakan kacamata.

3. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal.

4. Mulut dan Tenggorokan

Bentuk mulut simetris, bersih, mukosa kering, tidak ada stomatitis, gigi tidak lengkap (atas tinggal 2), ada kesulitan mengunyah.

5. Telinga

Bersih, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran normal.

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

7. Dada

Bentuk dada normal, tidak ada benjolan/jejas, tidak ada suara napas tambahan.

8. Abdomen

Bentuk simetris, tidak ada jejas/luka, perut tidak kembung, tidak ada nyeri tekan, bising usus 18x/menit.

9. Genetalia

Pasien rajin menjaga kebersihan daerah genitalianya.

10. Ekstremitas

Kekuatan otot skala 4 (gerakan penuh normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal), postur tubuh maju kedepan (kifosis), ada keterbatasan rentang gerak pada kaki kiri, klien terlihat memakai tongkat dan selalu berpegangan pada lingkungan sekitar apabila berjalan. Nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 5, pada saat beraktivitas. Adanya pembengkakan pada lutut bagian kiri.

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

Tabel 1.3 Refleks Ekstremitas

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

11. Integumen

Kulit bersih, warna tidak pucat, kulit kering, klien gatal-gatal.

3.1.7 Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Klien mampu berinteraksi dengan temannya di dalam wisma dengan baik.

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain diluar wisma. Klien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain di dalam panti.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Klien sering berinteraksi dengan orang yang tinggal dipanti dengan baik.

4. Stabilitas emosi :

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

5. Motivasi penghuni panti

Klien mengatakan bahwa berada dipanti atas dasar dipaksa oleh keponakannya.

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Klien tidak pernah dikunjungi oleh pihak keluarga.

3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

1. Kebiasaan merokok

Klien tidak merokok.

2. Pola pemenuhan nutrisi

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

3. Pola pemenuhan cairan

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

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Klien tidur >6 jam setiap hari, tidur tidak nyenyak, Klien menggunakan waktu luang untuk santai, dan membuat kerajinan tangan.

5. Pola eliminasi BAB

Klien BAB 1 kali sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan waktu BAB.

6. Pola eliminasi BAK

Klien BAK 4-6 kali sehari, warna urin kuning jernih, tidak ada gangguan waktu BAK.

7. Pola aktivitas

Aktivitas klien dipanti yaitu membuat kerajinan tangan, dan mengikuti kegiatan yang ada di panti.

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Klien mandi 3 kali sehari, memakai sabun, tidak menggosok gigi (karena gigi tinggal 2), berganti pakaian 1 kali sehari.

9. Pola sensori dan kognitif

Panca indera klien ada yang terganggu yaitu penglihatan pasien yang kabur, adanya pembengkakan pada lutut bagian kiri dengan skala nyeri (5), Klien tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita dan selalu bertanya berulang-ulang, klien tidak tahu 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. Obat-obatan yang dikonsumsi:

Piroxicam, parasetamol 3x1 perhari, (dikonsumsi pada tanggal 18 februari 2015).

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

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ klien 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 5 dan jawaban yang salah 5. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual pasien mengalami kerusakan ringan.

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 klien ada gangguan kognitif sedang. klien tidak mampu menjawab semua pertanyaan, dengan skor akhir 21.

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

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck klien tidak depresi atau minimal. Total penilaiannya klien dapat nilai 3 yaitu dalam batas depresi tidak ada atau minimal (0-4).

3.1.14 Analisa Data

Tanggal 16 februari 2015

Data Pertama

Data Subjektif : Klien mengatakan nyeri lutut bagian kiri, saat dibuat beraktivitas atau pada waktu tidur.

Data Objektif : Klien tampak memegang lututnya sebelah kiri, klien menyeringai kesakitan (skala nyeri 5), klien kurang rileks dan adanya pembengkakan pada daerah lutut klien. Tanda-tanda vital, tekanan darah: 150/90 mmhg, suhu: 36°C, nadi: 100x/menit, RR: 24x/menit. Nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 5,

pada saat beraktivitas. Pada mata klien pandangan kabur dan adanya pembengkakan pada lutut bagian kiri.

Masalah: gangguan rasa nyaman nyeri.

Kemungkinan penyebab: penurunan cairan sinovial.

Tanggal 16 februari 2015

Data kedua

Data Subjektif : Klien mengatakan apabila berjalan takut jatuh, karena rasa nyeri di lututnya.

Data Objektif : Klien tampak berjalan pelan-pelan, klien berjalan dengan tongkat dan berpegangan pada lingkungan sekitarnya. Kekuatan otot skala 4 (gerakan penuh normal melawan grafitasi dan melawan tahanan minimal), pada indra mata penglihatan kabur dan ada keterbatasan rentan gerak pada kaki kiri.

Masalah : resiko cedera.

Kemungkinan penyebab: kelemahan otot.

Tanggal 16 februari 2015

Data ketiga

Data Subjektif : klien mengatakan tidak faham dan tidak mengerti tentang penyakit yang dideritanya.

Data Objektif : klien tampak bingung apabila ditanya tentang penyakit yang diderita, klien juga menanyakan penyakitnya secara berulang-ulang.

SPMSQ = kerusakan ringan dengan nilai 5.

MMSE = gangguan kognitif sedang dengan skor akhir 21.

Masalah : kurangnya pengetahuan.

Kemungkinan penyebab: penurunan konsentrasi.

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penurunan cairan sinovial.
2. Resiko tinggi cedera berhubungan dengan kelemahan otot.
3. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan penurunan konsentrasi.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal 16 Februari 2015

1. Diagnosa 1:

gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penurunan cairan sinovial. Ditandai dengan adanya pembengkakan pada bagian lutut klien, klien tampak menyeringai kesakitan, klien tampak kurang rileks. Tanda-tanda vital, tekanan darah: 150/90 mmhg, suhu: 36°C, nadi: 100x/menit, respiratori: 24x/menit.

Tujuan perawatan :

Berkurangnya rasa nyaman nyeri, dalam waktu 7 x 24 jam.

Kriteria hasil :

Klien merasa nyaman dengan skala nyeri (1), klien tampak lebih rileks, klien mampu mengenal rasa nyerinya, klien dapat beraktivitas dengan normal, dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi:

1. Bina hubungan saling percaya dengan klien menggunakan teknik komunikasi terapeutik.

Rasional : klien senang dan kooperatif.

2. Pantau tanda-tanda vital.

Rasional: nuntuk mengetahui keadaan umum klien.

3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

Rasional: untuk pengalihan rasa nyeri, supaya klien tidak terfokus dengan nyerinya.

4. Observasi skala nyeri.

Rasional: untuk mengetahui skala nyerinya, untuk pemberian obat dan terapi.

5. Anjurkan klien untuk mengompres lututnya dengan air hangat.

Rasional: karena panas dapat meningkatkan relaksasi dan mobilitas.

6. Berikan massage halus.

Rasional: untuk mengurangi rasa nyeri klien.

7. Berikan HE (healt education) kepada klien tentang penyakit rheumatois arthritis dan penanganannya.

Rasional: supaya klien faham dan mengerti penanganan penyakitnya.

8. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dan petugas UPT untuk pemberian obat anti nyeri dan terapi.

Rasional: untuk pemberian obat dan terapi selanjutnya.

2. Diagnosa 2:

Resiko tinggi cedera berhubungan dengan kelemahan otot. Ditandai dengan, Klien tampak berjalan pelan-pelan, klien berjalan dengan tongkat dan berpegangan pada lingkungan sekitarnya.

Tujuan keperawatan:

Meminimalkan resiko cedera, dalam waktu 7x24 jam.

kriteria hasil:

klien tidak jatuh, tidak terjadi tanda-tanda cedera, klien dapat mempertahankan keselamatan fisik, klien dapat beraktivitas dengan normal.

Intervensi:

1. Observasi tanda-tanda vital.

Rasional: untuk mengetahui keadaan umum klien.

2. Anjurkan klien untuk berpegangan obyek yang ada (disekitarnya) apabila berjalan.

Rasional: meminimalkan resiko tinggi cedera.

3. Anjurkan klien untuk banyak istirahat.

Rasional: untuk menjaga kestabilan kondisi fisik klien.

4. Kendalikan lingkungan.

Rasional: untuk mengurangi resiko cedera, lantai jangan licin, dengan mendekatkan benda-benda yang ada di sekitar klien.

5. Berikan HE (health education) kepada klien tentang resiko cedera.

Rasional: supaya klien faham dan mengerti.

6. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dan pengurus UPT pemberian obat dan terapi.

Rasional: untuk pemberian obat dan terapi.

3. Diagnosa 3:

Kurang pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan penurunan konsentrasi. Ditandai dengan klien menanyakan tentang penyakitnya berulang-ulang, klien masih belum mengerti tentang penyakitnya.

Tujuan keperawatan:

Supaya klien faham dan mengerti tentang penyakit dan pengobatannya selama 7x24 jam.

kriteria hasil:

Menunjukkan pemahaman tentang penyakit dan pengobatannya, klien sudah tidak menanyakan lagi tentang penyakitnya secara berulang-ulang.

Intervensi:

1. Berikan penjelasan mengenai proses penyakit, pencegahan dan penatalaksanaanya.

Rasional: supaya klien faham dan mengerti akan penyakit yang diderita.

2. Jelaskan pada klien tentang kebiasaan dalam mengkonsumsi obat, latihan dan istirahat.

Rasional: untuk mengetahui penatalaksanaan klien mengatasi sakitnya dan untuk mempertahankan fungsi sendi dan mencegah deformitas.

3. Berikan informasi mengenai alat bantu, misalnya: tongkat atau palang keamanan.

Rasional: sebagai alat bantu untuk memudahkan klien untuk beraktivitas.

4. Berikan penjelasan untuk menghemat energi, misal: duduk daripada berdiri untuk mempersiapkan makanan atau mandi.

Rasional: untuk mengurangi rasa sakit yang dirasakan klien, dan untuk melatih kemandirian klien.

5. Jelaskan pentingnya minum obat secara teratur.

Rasional: untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien.

2.2 Pelaksanaan

1. Diagnosa 1:

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penurunan cairan synovial. Ditandai dengan adanya pembengkakan pada bagian lutut klien, klien tampak menyeringai kesakitan, klien tampak kurang rileks dan klien tampak memijat lututnya. Tanda-tanda vital, tekanan darah: 150/90 mmhg, suhu: 36°C, nadi: 100x/menit, respiratori: 24x/menit.

Pelaksanaan:

Tanggal 16 februari 2015

1. Jam 10.00 wib.

Membina hubungan saling percaya dengan menanyakan kabar klien hari ini.

Respon: klien mengatakan nyeri pada lutut sebelah kiri (skala 5).

2. jam 11.00 wib.

Memberikan HE (health education) kepada klien tentang penyakitnya dan cara penanganannya.

Respon: klien hanya mengangguk kepala (belum mengerti).

3. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/ 70 mmhg

S = 36 °C

N = 89x/ menit

RR = 22X/ menit

Rasional: klien kooperatif.

4. jam 12.30 wib.

Observasi tanda-tanda nyeri, nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 5, pada saat beraktivitas

Respon: klien tampak menyeringai menahan sakit.

5. jam 13.00 wib.

Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas panjang.

Respon: klien mau dan mengikuti yang di ajarkan.

6. jam 13.35 wib.

Memberikan massage halus kepada klien pada lutut sebelah kiri dengan menggunakan remason.

Respon: klien tampak senang dan kooperatif.

7. jam 14.00 wib.

Anjurkan klien untuk rutin minum obat.

Respon: klien mau minum obat.

Tanggal 17 februari 2015

1. Jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

Memberikan HE (health education) kepada klien tentang penyakitnya dan cara penanganannya.

Respon: klien sedikit mengerti.

3. jam 12.00 wib.

melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/ 70 mmhg

S = 36 °C

N = 89x/ menit

RR = 22X/ menit

4. jam 12.30 wib.

Observasi tanda-tanda nyeri, Nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 5, pada saat beraktivitas

Respon: klien tampak menyeringai menahan sakit.

5. jam 13.00 wib.

Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas panjang.

Respon: klien mau menurut dengan apa yang di ajarkan.

6. jam 13.35 wib.

Memberikan massage halus kepada klien.

Respon: klien tampak senang.

7. jam 14.00 wib.

Anjurkan klien untuk rutin minum obat piroxicam dan parasetamol.

Respon: klien mau minum obat.

Tanggal 18 februari 2015

1. Jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

Memberikan HE (health education) kepada klien tentang penyakitnya karena klien belum mengerti dan cara penanganannya.

Respon: klien belum mengerti.

3. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/ 70 mmhg

S = 36 °C

N = 89x/ menit

RR = 22X/ menit

Respon: klien kooperatif.

4. jam 12.30 wib.

Melakukan observasi nyeri, Nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 5, pada saat beraktivitas

Respon: klien tampak menyeringai menahan sakit.

5. jam 13.00 wib.

Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara nafas panjang.

Respon: klien mau menerapkan yang telah di ajarkan.

6. jam 13.35 wib.

Memberikan massage halus kepada klien.

Respon: klien tampak senang.

7. jam 14.00 wib.

Anjurkan klien untuk rutin minum obat.

Respon: klien mau minum obat.

Tanggal 19 februari 2015.

1. Jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam lansia setiap pagi, bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

menganjurkan klien untuk minum obat.

Respon: klien mau minum obat.

3. jam 09.00 wib.

Observasi nyeri, Nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 3, pada saat beraktivitas.

Respon: klien tampak lebih rileks.

4. jam 10.00 wib.

Memberikan massage halus dan kompres air hangat.

Respon: klien tampak senang.

5. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/80 mmhg

S = 36° C

N = 89x/ menit

RR = 22x/ menit

6. jam 13.00 wib.

mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi.

Respon : untuk mengurangi rasa nyeri.

Tanggal 20 februari 2015.

1. Jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

menganjurkan klien untuk minum obat.

Respon: klien mau minum obat.

3. jam 09.00 wib.

Observasi nyeri, Nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 3, pada saat beraktivitas.

Respon: klien tampak lebih rileks.

4. jam 10.00 wib.

Memberikan massage halus dan kompres air hangat pada lutut sebelah kiri.

Respon: klien tampak senang.

5. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/70 mmhg

S = 36° C

N = 89x/ menit

RR = 22x/ menit

6. jam 13.00 wib.

mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi dengan nafas panjang.

Respon: klien mau menurut dengan apa yang di ajarkan.

Tanggal, 21 februari 2015.

1. Jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

menganjurkan klien untuk minum obat.

Respon: klien mau minum obat.

3. jam 09.00 wib.

Observasi nyeri, Nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 3, pada saat beraktivitas.

Respon: klien tampak lebih rileks.

4. jam 10.00 wib.

Memberikan massage halus dan kompres air hangat.

Respon: klien tampak senang.

5. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/70 mmhg

S = 36° C

N = 89x/ menit

RR = 22x/ menit

6. jam 13.00 wib.

mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi.

Respon: klien mau menurut dengan yang di ajarkan.

Tanggal 22 februari 2015

1. Jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

menganjurkan klien untuk minum obat.

Respon: klien mau minum obat.

3. jam 09.00 wib.

Observasi nyeri, Nyeri pada saat berjalan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pada kaki kiri, dengan skala 3, pada saat beraktivitas.

Respon: klien tampak lebih rileks.

4. jam 10.00 wib.

Memberikan massage halus dan kompres air hangat.

Respon: klien tampak senang.

5. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/70 mmhg

S = 36° C

N = 89x/ menit

RR = 22x/ menit

2. Diagnosa 2:

resiko tinggi cedera berhubungan dengan kelemahan otot. Ditandai dengan, Klien tampak berjalan pelan-pelan, klien berjalan dengan tongkat dan berpegangan pada lingkungan sekitarnya.

Pelaksanaan:

Tanggal 16 februari 2015.

1. jam 11.00 wib.

Memberikan HE (healt education) kepada klien tentang penyakit dan cara penanganannya.

Respon: klien belum mengerti

2. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/ 70 mmhg

S = 36 °C

$N = 89x/ \text{menit}$

$RR = 22X/ \text{menit}$

3. jam 14.30 wib.

Mengajarkan klien untuk memakai alat bantu (tongkat) apabila beraktivitas.

Respon: klien mau memakai alat bantu.

Tanggal 17 februari 2015.

1. jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

Memberikan HE (healt education) kepada klien tentang penyakit dan cara penanganannya.

Respon: klien belum mengerti.

3. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

$TD = 110/ 70 \text{ mmhg}$

$S = 36 \text{ }^\circ\text{C}$

$N = 89x/ \text{menit}$

$RR = 22X/ \text{menit}$

4. jam 13.20 wib.

Mengajarkan klien untuk memakai alat bantu (tongkat) apabila beraktivitas.

Respon: klien mau memakai (tongkat).

Tanggal 18 februari 2015

1. jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

Memberikan HE (health education) kepada klien tentang penyakit dan cara penanganannya.

Respon: klien mulai mengerti.

3. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 110/ 70 mmhg

S = 36 °C

N = 89x/ menit

RR = 22X/ menit

4. jam 13.20 wib.

Mengajarkan klien untuk memakai alat bantu (tongkat) apabila beraktivitas.

Respon: klien mau memakai (tongkat).

Tanggal 19 februari 2015

1. jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama

2. jam 08.00 wib.

Memberikan HE (health education) kepada klien tentang penyakit dan cara penanganannya.

Respon: klien mulai mengerti.

3. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 120/ 80 mmhg

S = 36 °C

N = 80x/ menit

RR = 21X/ menit

4. jam 13.20 wib.

Mengajarkan klien untuk memakai alat bantu (tongkat) apabila beraktivitas.

Respon: klien mau memakai alat bantu (tongkat).

Tanggal 20 februari 2015.

1. jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

Memberikan HE (health education) kepada klien tentang penyakit dan cara penanganannya.

Respon: klien mulai faham.

3. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 120/ 80 mmhg

S = 36 °C

N = 80x/ menit

RR = 21X/ menit

4. jam 13.20 wib.

Mengajarkan klien untuk memakai alat bantu (tongkat) apabila beraktivitas.

Respon: klien mau memakai alat bantu (tongkat).

Tanggal 21 februari 2015

1. jam 07.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

Memberikan HE (healt education) kepada klien tentang penyakit dan cara penanganannya.

Respon: klien mulai faham.

3. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 120/ 80 mmhg

S = 36 °C

N = 80x/ menit

RR = 21X/ menit

4. jam 13.00 wib.

Mengajarkan klien untuk memakai alat bantu (tongkat) apabila beraktivitas.

Respon: klien mau menurut dengan yang di ajarkan.

Tanggal 22 februari 2015

1. jam 08.00 wib.

Mengajak klien untuk senam bersama dengan seluruh penghuni panti.

Respon: klien mau untuk senam bersama.

2. jam 08.00 wib.

Memberikan HE (healt education) kepada klien tentang penyakit dan cara penanganannya.

Respon: klien mulai faham.

3. jam 12.00 wib.

Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon:

TD = 120/ 80 mmhg.

S = 36 °C

N = 80x/ menit

RR = 21X/ menit

4. jam 13.40 wib.

Mengajarkan klien untuk memakai alat bantu (tongkat) apabila beraktivitas.

Respon: klien mau untuk memakai alat bantu.

3. Diagnosa 3:

Kurang pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan penurunan konsentrasi. Ditandai dengan klien menayakan tentang penyakitnya berulang-ulang, klien masih belum mengerti tentang penyakitnya.

Pelaksanaan:

Tanggal 16 februari 2015

1. Jam 08.00 wib.

Memberikan HE (healt education) tentang penyakit rheumatoid atritis, pencegahan dan penatalaksanaannya.

Respon: klien belum mengerti.

2. Jam 13.00 wib.

Memberikan penjelasan mengenai alat bantu (seperti: tongkat atau palang keamanan).

Respon: klien belum mengerti.

3. Jam 13.30 wib.

Melatih klien untuk duduk apabila nyeri sendi atau mengantri mandi.

4. Jam 14.00 wib.

Memberikan penjelasan pentingnya minum obat.

Respon: klien mulai faham.

Tanggal 17 februari 2015

1. Jam 08.00 wib.

Memberikan HE (healt education) tentang penyakit, pencegahan dan penatalaksanaannya.

Respon: klien belum mengerti.

2. Jam 13.00 wib.

Memberikan penjelasan mengenai alat bantu (seperti: tongkat atau palang keamanan).

Respon: klien belum mengerti.

3. Jam 13.30 wib.

Berikan penjelasan untuk menghemat energi, misalnya: seperti duduk saat menyiapkan makanan atau mandi.

Respon: klien mulai faham.

4. Jam 14.00 wib.

Memberikan penjelasan pentingnya minum obat.

Respon: klien mulai faham.

Tanggal 18 februari 2015

1. Jam 08.00 wib.

Memberikan HE (health education) tentang penyakit, pencegahan dan penatalaksanaannya.

Respon: klien belum mengerti.

2. Jam 13.00 wib.

Memberikan penjelasan mengenai alat bantu (seperti: tongkat atau palang keamanan)

Respon: klien belum mengerti.

3. Jam 13.30 wib.

Berikan penjelasan untuk menghemat energi, misalnya: seperti duduk saat menyiapkan makanan atau mandi.

Respon: klien mulai faham.

4. Jam 14.00 wib.

Memberikan penjelasan pentingnya minum obat.

Respon: klien kooperatif dan mulai faham.

Tanggal 19 februari 2015.

1. Jam 08.00 wib.

Memberikan HE (healt education) tentang penyakit, pencegahan dan penatalaksanaannya.

Respon: klien belum mengerti.

2. Jam 13.00

Memberikan penjelasan mengenai alat bantu (seperti: tongkat atau palang keamanan)

Respon: klien belum mengerti.

3. Jam 13.30 wib.

Berikan penjelasan untuk menghemat energi, misalnya: seperti duduk saat menyiapkan makanan atau mandi.

Respon: klien kooperatif dan mulai faham.

4. Jam 14.00 wib.

Memberikan penjelasan pentingnya minum obat.

Respon: klien mengerti.

Tanggal 20 februari 2015.

1. Jam 08.00 wib.

Memberikan HE (healt education) tentang penyakit, pencegahan dan penatalaksanaannya.

Respon: klien belum mengerti.

2. Jam 13.00 wib.

Memberikan penjelasan mengenai alat bantu (seperti: tongkat atau palang keamanan)

Respon: klien mulai mengerti.

3. Jam 13.30 wib.

Berikan penjelasan untuk menghemat energi, misalnya: seperti duduk saat menyiapkan makanan atau mandi.

Rasional: klien mau untuk memakai tongkat.

4. Jam 14.00 wib.

Memberikan penjelasan pentingnya minum obat.

Respon: klien mau minum obat.

Tanggal 21 februari 2015.

1. Jam 08.00 wib.

Memberikan HE (healt education) tentang penyakit, pencegahan dan penatalaksanaannya.

Rasional: klien belum mengerti.

2. Jam 13.00 wib.

Memberikan penjelasan mengenai alat bantu (seperti: tongkat atau palang keamanan)

Respon: klien mengerti.

3. Jam 13.30 wib.

Berikan penjelasan untuk menghemat energi, misalnya: seperti duduk saat menyiapkan makanan atau mandi.

Respon: klien mengerti.

4. Jam 14.00 wib

Memberikan penjelasan pentingnya minum obat.

Respon: klien mau minum obat.

Tanggal 22 februari 2015.

1. Jam 08.00 wib.

Memberikan HE (health education) tentang penyakit, pencegahan dan penatalaksanaannya.

Respon: klien mulai mengerti.

2. Jam 13.00 wib.

Memberikan penjelasan mengenai alat bantu (seperti: tongkat atau palang keamanan)

Respon: klien mengerti.

3. Jam 13.30 wib.

Berikan penjelasan untuk menghemat energi, misalnya: seperti duduk saat menyiapkan makanan atau mandi.

Respon: klien mengerti.

4. Jam 14.00 wib.

Memberikan penjelasan pentingnya minum obat.

Respon: klien kooperatif dan sudah mengerti.

2.3 Evaluasi

1. Diagnosa 1

Tanggal 16 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan nyeri pada lutut bagian kirinya.

Objektif : keadaan umum cukup.

TTV: TD= 110/70 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/menit.

P = nyeri, Q= nyeri seperti ditusuk-tusuk, R= pada kedua lututnya,

S= skala (5), T= pada saat beraktivitas atau sedang berjalan.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi nomer 1,2,3,4,5,6,7,8, dilanjutkan.

Tanggal 17 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan masih nyeri pada lutut bagian kirinya.

Objektif : keadaan umum cukup.

TTV: TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/menit.

P = nyeri, Q= nyeri seperti ditusuk-tusuk, R= pada lutut bagian

kiri, S= skala (5), T= pada saat beraktivitas atau sedang berjalan.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan.

Tanggal 18 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan masih nyeri pada lutut bagian kirinya.

Objektif : keadaan umum cukup.

TTV: TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/menit.

P = nyeri, Q= nyeri seperti ditusuk-tusuk, R= pada lutut bagian kiri, S= skala (5), T= pada saat beraktivitas atau sedang berjalan.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan.

Tanggal 19 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan rasa nyeri pada lutut bagian kirinya sudah mulai berkurang.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD = 120/70 mmhg, S = 36° C, N = 89x/ menit, RR = 22x/ menit.

P = nyeri, Q= nyeri cunut-cunut, R= pada lutut bagian kiri, S= skala (3), T= pada saat beraktivitas atau berjalan.

Assesment: masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi 2,3,4,5,6 dilanjutkan.

Tanggal 20 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan rasa nyerinya sudah mulai berkurang.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD = 110/70 mmhg, S = 36° C, N = 89x/ menit, RR = 22x/ menit.

P = nyeri, Q= nyeri cunut-cunut, R= pada lutut bagian kiri, S= skala (3), T= pada saat beraktivitas atau berjalan.

Assesment: masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi 2,3,4,5,6 dilanjutkan.

Tanggal 21 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan rasa nyerinya sudah mulai berkurang.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD = 110/700 mmhg, S = 36° C, N = 89x/ menit, RR = 22x/ menit.

P = nyeri, Q= nyeri cenut-cenut, R= pada lutut bagian kiri, S= skala (3), T= pada saat beraktivitas atau berjalan.

Assessment : masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi 2,3,4,5,6 dilanjutkan.

Tanggal 22 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan rasa nyerinya hilang timbul.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD = 110/70 mmhg, S = 36° C, N = 89x/ menit, RR = 22x/ menit.

P = nyeri, Q= nyeri cenut-cenut, R= pada lutut bagian kiri, S= skala (3), T= hilang timbul.

Assessment : masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi 4,5,6dilanjutkan.

2. Diagnosa 2

Tanggal 16 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan takut jatuh apabila berjalan.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 110/70 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/ menit.

Klien berjalan dengan menggunakan tongkat, apabila berjalan dengan pelan-pelan.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi nomor 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan.

Tanggal 17 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan takut jatuh apabila berjalan.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 110/70 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/ menit.

Klien berjalan dengan menggunakan tongkat, apabila berjalan dengan pelan-pelan.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi.

Planning : Intervensi nomor 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan.

Tanggal 18 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan terkadang meminta bantuan orang lain apabila mau beraktivitas.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 110/70 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/menit.

Klien kalau berjalan pelan-pelan dan berpegangan lingkungan sekitar.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : intervensi nomor 2,3,4,6 dilanjutkan.

Tanggal 19 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan apabila berjalan pelan-pelan.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 110/70 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/menit.

Klien kalau berjalan pelan-pelan dan berpegangan lingkungan sekitar.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : intervensi 2,3,4,6 dilanjutkan.

Tanggal 20 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan berjalan pelan-pelan dengan menggunakan tongkat.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/menit.

Klien kalau berjalan pelan-pelan dan berpegangan lingkungan sekitar.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : intervensi 2,3,4,6 dilanjutkan

Tanggal 21 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan berjalan dengan menggunakan tongkat.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 110/70 mmhg, S = 36°C, N= 89x/menit, RR= 22x/menit.

Klien kalau berjalan pelan-pelan, berpegangan lingkungan sekitar dan menggunakan tongkat.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : intervensi 2,3,4,6 dilanjutkan.

Tanggal 22 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan tidak takut jatuh lagi karena berjalan menggunakan tongkat.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 84x/menit, RR= 21x/menit.

Klien kalau berjalan pelan-pelan, berpegangan lingkungan sekitar dan menggunakan tongkat.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi.

Planning : intervensi 4 dilanjutkan.

3. Diagnosa 3

Tanggal 16 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit yang diderita.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 84x/menit, RR= 21x/menit.

Klien tampak bingung apabila ditanya tentang penyakitnya, klin menanyakan penyakitnya secara berulang-ulang.

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5 dilanjutkan.

Tanggal 17 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit yang diderita.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 84x/menit, RR= 21x/menit.

Klien tampak bingung apabila ditanya tentang penyakitnya, klien menanyakan penyakitnya secara berulang-ulang.

Assessment : masalah belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5 dilanjutkan.

Tanggal 18 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit yang diderita.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 84x/menit, RR= 21x/menit.

Klien tampak bingung apabila ditanya tentang penyakitnya, klien menanyakan penyakitnya secara berulang-ulang.

Assessment : masalah belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5 dilanjutkan.

Tanggal 19 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan sudah sedikit mengerti tentang penyakitnya.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 84x/menit, RR= 21x/menit.

Klien tampak sudah mulai faham tentang penyakitnya, klien sudah tidak menanyakan penyakitnya berulang-ulang lagi.

Assessment : masalah belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 dilanjutkan.

Tanggal 20 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan sudah sedikit mengerti tentang penyakitnya.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 84x/menit, RR= 21x/menit.

sudah mulai faham tentang penyakitnya, klien sudah tidak menanyakan penyakitnya berulang-ulang lagi.

Assessment : masalah belum teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 dilanjutkan.

Tanggal 21 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan mulai mengerti tentang penyakitnya.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 84x/menit, RR= 21x/menit.

Klien tampak sudah mulai faham tentang penyakitnya, klien sudah tidak menanyakan penyakitnya.

Assessment : masalah teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 4 dilanjutkan.

Tanggal 22 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan mulai mengerti tentang penyakitnya.

Objektif : keadaan umum cukup.

TD= 120/80 mmhg, S = 36°C, N= 84x/menit, RR= 21x/menit.

Klien tampak sudah mulai faham tentang penyakitnya, klien sudah tidak menanyakan penyakitnya.

Assessment : masalah teratasi.

Planning : intervensi dilanjutkan 4 dilanjutkan.