

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Muhammad Arifin Noor, M.Kep

NIDN : 0627088403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Saniyyatul Khasanah

NIM : 48901700062

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan Osteoarthritis (OA) di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 13 Mei 2020

Pembimbing

Ns. Muhammad Arifin Noor, M.Kep

NIDN. 0627088403



Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Muhammad Arifin Noor, M.Kep

NIDN : 0627088403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Saniyyatul Khasanah

NIM : 48901700062

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan Osteoarthritis (OA) di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 2 Maret 2020 sampai dengan 11 Mei 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 13 Mei 2020

Pembimbing

Ns. Muhammad Arifin Noor, M.Kep

NIDN. 0627088403

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2020



NAMA MAHASISWA : Saniyyatul Khasanah

JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Osteoarthritis Di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

PEMBIMBING : Ns. Muhammad Arifin Noor, M.Kep

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Senin, 2 Maret 2020	Pengajuan judul	Askep dikonsulkan dengan CI ruangan terlebih dahulu	
Selasa, 10 Maret 2020	Penulisan BAB 1	Cari reverensi yang sesuai dengan judul	
Senin, 30 Maret 2020	Revisi BAB 1	Cari prevalensi di RISKESDAS,tujuan dan manfaat disamakan	
Senin, 6 April 2020	Perbaiki tujuan khusus dan manfaat	Samakan dengan teman yang lain	
Jumat, 10 April 2020	Penulisan BAB 2 dan BAB 3	Cari sumber materi di buku maupun literature online lain	
Selasa, 14 April 2020	Perbaiki konsep dasar keperawatan	Penambahan point untuk tujuan khusus	

Sabtu, 18 April 2020	Perbaiki literature	Cari sumber dengan penulis yang lebih berpengalaman dibidangnya	
Minggu, 19 April 2020	Tambahan asuhan keperawatan, analisa data, intervensi, implementasi, evaluasi dibuat narasi	Samakan dengan buku panduan, dan lihat contohnya milik kating	
Sabtu, 25 April 2020	Data penunjang dibuat narasi	Lihat contoh KTI kating	
Rabu, 29 April 2020	Penulisan BAB 4 dan BAB 5	Sesuaikan dengan buku panduan	
Senin, 4 Mei 2020	Perbaiki penutup. Kesimpulan diambil dari tujuan khusus	Sesuaikan dengan tujuan khusus di bab 1	
Selasa, 5 Mei 2020	Penulisan cover serta halaman	Samakan dengan buku panduan	
Rabu, 6 Mei 2020	Perbaiki saran, diambil dari manfaat pada BAB 1	Untuk BAB 2 ambil yang penting – penting saja, BAB 3 dibuat narasi, BAB 5 disamakan dengan BAB 1	

Kamis, 7 Mei 2020	Perbaiki penulisan semua BAB	Diperbaiki tentang penggunaan huruf capital disetiap paragraph	
Senin, 11 Mei 2020	Persiapan sidang	Membuat PPT untuk sidang dan mengirim file kepada penguji	
Senin, 24 Agustus 2020	Revisian KTI	ACC revisian KTI	
Sabtu, 3 oktober 2020	Turnityn	ACC turnitin	

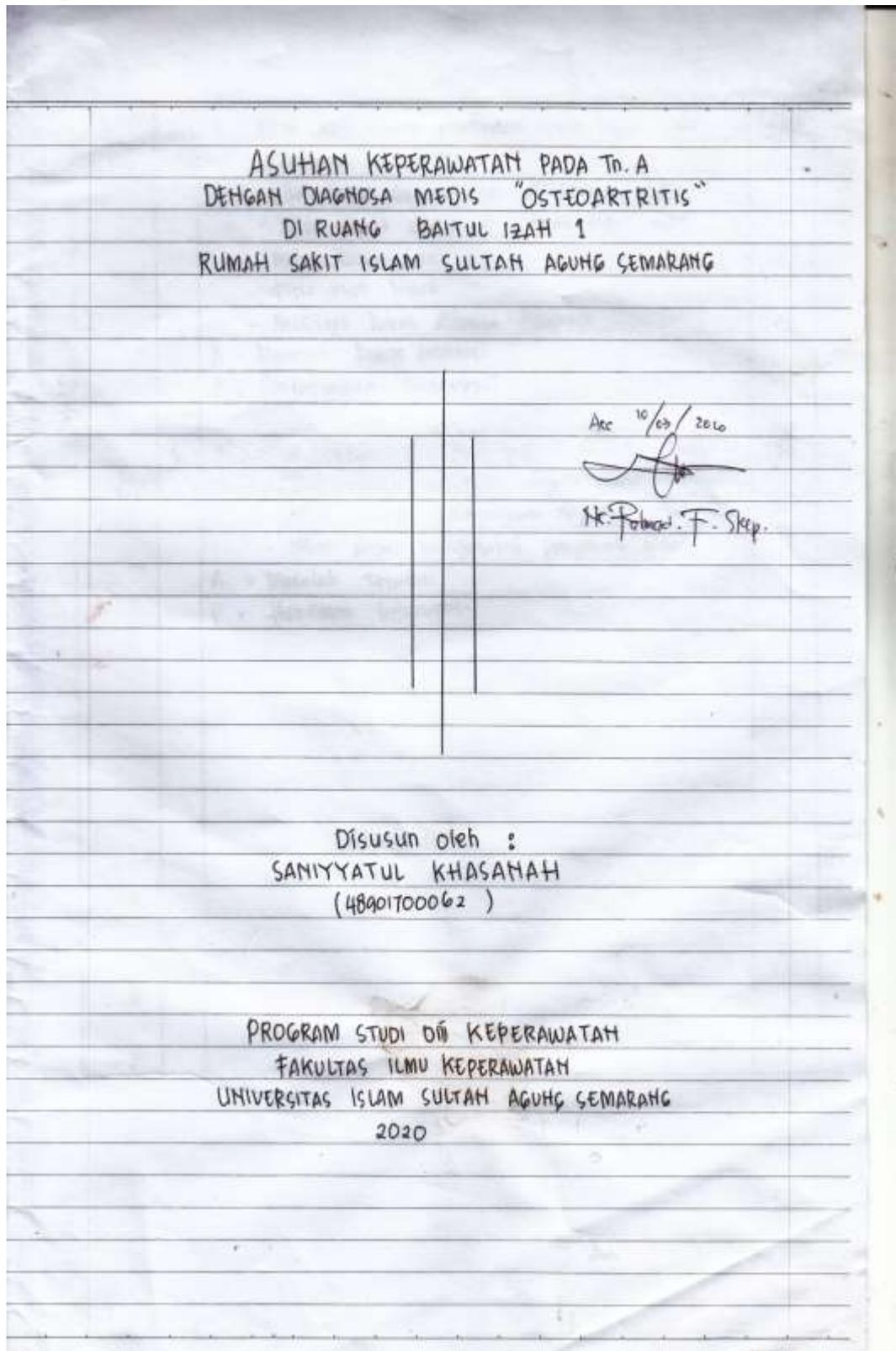
Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Lampiran 4



A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

I. DATA UMUM.

a. IDENTITAS

1) Identitas klien :

Nama : Tn. A

Umur : 61 th

Jenis Kelamin : Laki - Laki

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Swasta

Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia

Alamat : Sayung, Demak

Diagnosa medis : OA GENUE

Tanggal dan jam masuk : 25 februari 2020 Jam 13.00

2) Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. T

Umur : 56 th

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Hubungan dengan klien : Istri

b. Keluhan Utama : Nyeri pada lutut .

c. Status Kesehatan Saat ini : Klien melakukan kontrol ke poli saraf ;

Setelah diperiksa dokter klien dibawa ke IGD Rsi Sultan Agung

untuk diperiksa. Di IGD didapatkan data TD = 180 / 60 mmHg

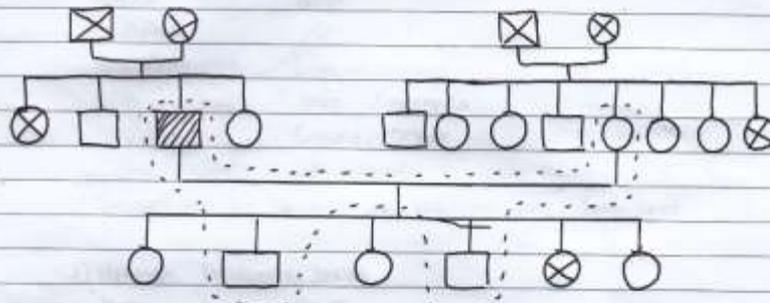
HR = 98 x/mnt RR = 21 x/mnt , Dengan skala nyeri = 7 . Kemudian

dokter mengatakan agar Tn. A dirawat Inap .

d. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan sejak tahun 2017 selalu kontrol di poli Saraf setiap seminggu 1x. Klien memiliki riwayat CHF, HT dan DM. Klien sudah 4x dirawat di Rsi Sultan Agung, Terakhir tanggal 5 februari 2020. Klien tidak memiliki alergi obat maupun makanan.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :

- = Laki - Laki
- = Perempuan
- ⊗ / ⊗ = Meninggal
- ▨ = Klien
- ┌┐ = Menikah
- = Tinggal Serumah

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat OA GENUE

f. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien mengatakan tinggal di desa yang jauh dari jalan raya, Rumah klien terdiri dari 1 lantai, penataan barang tertata rapi, sehingga meminimalkan resiko jatuh.

2. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

a. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

- Sebelum sakit : Klien mengatakan Sebelum dirawat, Saat Ia merasa sakit. Klien langsung periksa ke Klinik maupun dokter umum di dekat rumah.
- Selama sakit : Klien merasa khawatir jika sakitnya lama Sembuh dan akan membebankan keluarga.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

- Sebelum sakit : Klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi penuh dan minum 5-6 gelas air putih dalam sehari
- Selama sakit : Klien hanya makan makanan dari RS. Kadang klien merasa mual saat akan makan

c. Pola Eliminasi

- Sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1-2x sehari dan BAK 5-6x sehari dengan warna kekuningan dan bau yang khas.
- Selama sakit : Klien BAK 3x sehari menggunakan pispot, dan BAB 3 hari sekali di kamar mandi dibantu keluarga.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit

Kemampuan	0	1	2	3	4
Makan/minum	✓				
Mandi	✓				
Toiletting	✓				
Berpakaian	✓				
Mobilitas di TT	✓				
Berpindah	✓				
Ambulasi ROM	✓				

Selama sakit

Kemampuan	0	1	2	3	4
makan/minum	✓				
Mandi	✓				
Toiletting	✓				
Berpakaian	✓				
Mobilitas di TT		✓			
Berpindah					✓
Ambulasi ROM					✓

Keterangan

- 0 = Mandiri
- 1 = Dibantu orang lain
- 2 = Dengan alat bantu
- 3 = Dibantu orang lain dan alat
- 4 = Dibantu total

- Nilai Indeks Katz Klien adalah 6, dimana klien tergantung pada orang lain untuk semua aktivitas

a) Kekuatan otot

- Ekstermitas Atas $\frac{5}{5}$
- Ekstermitas Bawah $\frac{0}{0}$

e. Pola Isitabat dan tidur

Sebelum Sakit : Klien mengatakan tidur 7-8 Jam dalam sehari dan tidak ada gangguan saat tidur

Selama Sakit : Klien mengatakan tidak puas saat tidur, Klien hanya tidur 4-5 Jam sehari dan mudah terbangun di malam hari

f. Pola persepsi - Kognitif

P - Kondisi Muskuloskeletal Kronis.

Q - Berdenyut

R - Lutut

S - 5

T - Bergerak

g. Pola persepsi - Konsep diri

Sebelum sakit : Klien mengatakan senang dengan identitasnya sebagai kepala keluarga

Selama sakit : Klien ingin cepat sembuh dan melaksanakan aktivitas seperti biasa.

h. Pola Mekanisme Koping

Sebelum sakit : Klien mengatakan dalam memecahkan suatu masalah di keluarga, Klien adalah pengambil keputusan setelah berdiskusi dengan anak-anaknya

Selama sakit : Klien tidak diikutsertakan dalam berdiskusi mengenai pengobatan Klien, anak-anak Klien berharap agar Klien dapat fokus dengan kesehatannya.

i. pola Seksual Reproduksi

Klien mempunyai 5 orang anak, dan 1 meninggal. Klien tidak mempunyai masalah seksual maupun Reproduksi.

j. Pola Peran berhubungan dengan orang lain

Klien dapat berhubungan dan berkomunikasi dengan baik, baik di lingkungan sekitar rumah maupun di rumah sakit.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien beragama Islam, dan tetap menjalankan ibadahnya walaupun di tempat tidur.

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Kesadaran : Compo mentis
- b. Penampilan : Fisik lemah
- c. Vital Sign : TD : 80/60 mmHg S : 36 °C
M : 98 x/mnt RR : 20 x/mnt
- d. Kepala : Rambut berwarna putih, Bersih
- e. Mata : Conjunctiva tidak anemis, tidak ada Gangguan penglihatan.
- f. Hidung : Tidak terdapat sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- g. Telinga : Bentuk simetris, tidak ada gangguan pendengaran.
- h. Mulut dan Tenggorokan : Mukosa bibir lembap, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe.
- i. Dada
- Jantung → Inspeksi : Bentuk dada simetris
 - Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS \checkmark
 - Perkusi : Perikar
 - Auskultasi : Lup dup
 - Paru-Paru → Inspeksi : Ekspansi pengembangan Dada simetris
 - Palpasi : Vocal fremitus simetris pada kedua sisi
 - Perkusi : Resonan / Sonor
 - Auskultasi : Suara Paru Vesikuler
- j. Abdomen → Inspeksi : Supel, tidak ada lesi
- Auskultasi : Terdengar suara bising usus 10 x/mnt
- Perkusi : Timpani
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan benjolan.
- k. Genitalia : Tidak terpasang kateter
- l. Ekstermitas atas dan bawah
- | | | | |
|---------------------|---|---|---------------|
| → Ekstermitas atas | 5 | 5 | CRT < 3 detik |
| → Ekstermitas bawah | 0 | 0 | |
- m. Kulit : Tidak terdapat edema, Warna Kulit coklat tua, akral hangat, Turgor kulit baik.

4. DATA PENUNJANG

a. Hasil pemeriksaan Penunjang

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM tanggal 25 Februari 2020

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
<u>HEMATOLOGY</u>			
Darah Rutin 1			
Hemoglobin ↓	11,5	13,2 - 17,3	g/dl
Hematokrit	35,9	33 - 45	%
Leukosit	9,64	3,8 - 10,6	kibu/ul
Trombosit	217	150 - 440	kibu/ul
Golongan Darah / Rh	O / positif		-
<u>Kimia</u>			
Gula Darah Sewaktu ↓	68	75 - 110	mg/dl
Cholesterol	86	< 200	mg/dl
Trigliserid	63	< 160	mg/dl
Uric Acid ↑	8,3	3,5 - 7,2	mg/dl
Ureum	40	10 - 50	mg/dl
Creatinin darah ↑	1,48	0,7 - 1,3	mg/dl
<u>Na, K, Cl</u>			
Natrium	139,9	135 - 147	mmol/L
Kalium	4,84	3,5 - 5	mmol/L
Chloride ↑	108,8	95 - 105	mmol/L

M-Mode		Doppler	
IVSd	1.4 cm	MV E vel	0.47 m/s
LVIDd	4.6 cm	MV DecT	284 ms
LVPWd	1.6 cm	MV Dec slope	1.6 m/s ²
IVSs	2.0 cm	MV A vel	0.76 m/s
LVIDs	2.7 cm	MV E/A Ratio	0.62
LVPWs	1.9 cm	LVOT VMAX	1.13 m/s
EDV (Teich)	98 ml	LVOT Max PG	5.15 mmHg
ESV (Teich)	28 ml	RVOT Vmax	1.16 m/s
EF (Teich)	71 %	RVOT Max PG	5.34 mmHg
% FS	41 %		
SV (Teich)	70 ml		
Ao Diam	3.2 cm		
LA Diam	3.6 cm		
LA /Ao	1.13		
TAPSE	3.15 cm		

Echo Summary

Heart chambers Dimension = normal

Regional Wall motion Abnormality = Global Normokinetic

IAs and IVS Intact, concentric LVH

Good LV Systolic Function with LVEF 71 %

Diastolic function E/A < 1

Good RV Systolic function with TAPSE 3.2 cm

Valves :

MV : Calcification (-), Trivial MR (+), MS (-)

Ao : 3 Cusp, calcification (-), Trivial AR (+), AS (-)

TV and PV = Trivial TR

PE (-), Thrombus (-)

Conclusion =

Good LV and RV Systolic function

Diastolic dysfunction

Concentric LVH

Trivial MR, trivial AR

b. Ditt Yang Diperoleh : BBR RG DM

c. Terapi

Oral :

NO	Nama obat	Dosis	Kegunaan
1.	Glukosamine	1x1 250 mg	Suplemen makanan untuk mengurangi nyeri sendi
2.	Diclofenac	3x1 50 mg	mengurangi nyeri Peradangan sendi
3.	Folat	1x1 400 mcg	Menurunkan Risiko Penyakit Jantung
4.	Elkana	1x1	Suplemen Vitamin
5.	Q TEN	1x1 100 mg	Memelihara Kesehatan Jantung
6.	Paracetamol	2x1 500 mg	analgesik dan antipiretik
7.	Kalium Diclofenac	2x1 50 mg	meringankan nyeri akibat radang sendi
8.	Sucralfat	2x1 5g	Mengobati dan mencegah asam lambung

IV =

No.	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1.	Ondansetron	2x1	Mengatasi mual dan muntah
2.	Omeprazole	2x1	Mengatasi asam lambung
3.	Dobutamin	5 mg → 4,2 mg/jam	Membantu jantung memompa darah
4.	Pramadol	1x1 Drip	Mengatasi nyeri

B. ANALISA DATA

Hari / Tgl	Data fokus	Problem	Etiologi	Prinsip
Rabu 26 / 2 / 2020	<p>Ds = klien mengatakan nyeri pada Lutut sejak tahun 2017 dan rutin kontrol ke poli Saraf</p> <p>P = kondisi Muskuloskeletal kronis</p> <p>a = Berdenyut</p> <p>R = Lutut</p> <p>S = 5</p> <p>T = Saat Bergerak</p> <p>Do = - klien Gelisah</p> <p>- Klien meringis</p> <p>- Pola tidur Berubah</p> <p>- tidak mampu menuntaskan aktivitas</p> <p>TD = 80/60 mmHg S = 98 x/mnt</p> <p>M = 36 °C RR = 20 x/mnt</p>	<p>Nyeri</p> <p>Kronis</p>	<p>Kondisi</p> <p>Muskuloskeletal kronis</p>	<i>[Signature]</i>
	<p>Ds = klien mengatakan nyeri saat Berangkat</p> <p>Do = - Fisik klien Lemah</p> <p>- Gerakan terbatas</p> <p>- Indeks Katz "5"</p> <p>- kekuatan otot kaki 0/0</p>	<p>Gangguan</p> <p>Mobilitas</p> <p>Fisik</p>	<p>Gangguan</p> <p>Muskuloskeletal</p>	<i>[Signature]</i>
	<p>Ds = - Klien mengatakan mual,</p> <p>- merasa Ingin muntah</p> <p>- Tidak Berselera makan</p> <p>Do = - Klien tampak pucat</p>	<p>Nausea</p>	<p>Aroma</p> <p>tidak Sedap</p>	<i>[Signature]</i>

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Kronis b.d kondisi Muskuloskeletal kronis
d.d Mengeluh nyeri, Tampak meriangis, Gelisah, Tidak mampu menuntaskan aktivitas, pola tidur Berubah.
2. Gangguan Mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal
d.d Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, Kekuatan otot menurun, ROM menurun, Nyeri saat Bergerak, fisik lemah
3. Mual b.d Aroma tidak Sedap
d.d Mengeluh mual, Merasa Ingin muntah, Tidak berminat makan, pucat.

D. INTERVENSI

Tanggal	Dx	Kriteria Hasil	Intervensi
26/2/2020	1	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, maka kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol 2. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat 3. Keluhan nyeri menurun 	<p>Manajemen nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi Skala nyeri 3. Identifikasi Respons nyeri non verbal 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat / dingin, aromaterapi, dll) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu, kebisingan, dll) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
26/2/2020	2	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. ROM (Rentang gerak) meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kaku sendi menurun 	<p>Dukungan mobilisasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur dll).

GELATIK

26/1/2020	3	Setelah dilakukan intervensi kepatuhan selama 3x8 jam maka manajemen mual meningkat dengan kriteria hasil = 1. Kemampuan mengenali gejala meningkat 2. Kemampuan mengenali penyebab/pemicu meningkat 3. Melaporkan mual dan muntah terkontrol meningkat	1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (Mampu makan, aktivitas, dll) 3. Identifikasi faktor penyebab mual 4. Kendalikan faktor lingku- ngan penyebab mual (bau tidak sedap, suara, dll) 5. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 6. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 7. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat rendah lemak 8. Ajarkan penggunaan tek- nik non farmakologis 9. Kolaborasi pemberian antimemik jika perlu
-----------	---	--	---

E. IMPLEMENTASI

Tgl / Jam	Dx	Implementasi	Respon klien
26/1/2020 19.00	1	- mengidentifikasi skala nyeri klien	Ds - klien mengatakan nyeri lutut sejak th. 2007 P - kondisi muskuloskeletal kronis O - Berdenyut R - Lutut S - 9 T - Bergerak
13.05	1	- mengidentifikasi respons nyeri non verbal	Do - - klien tampak gelisah - klien tampak meringis - pola tidur berubah - klien tidak mampu menua- taskan aktivitas. TO - 80/60 mmHg S - 36 °C M - 98 x/mnt RR - 20 x/mnt

13.15	1	- Mengajarkan tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Do = klien mengatakan nyeri Saat Bergerak =
			Do = Klien kooperatif
13.30	2	melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan	Do = Klien mengatakan nyeri saat gerak Do = Klien kooperatif
17.00		- Mengganti Plabot Intus	Do = klien mengeluh mual
	3	- mengidentifikasi pengamatan mual - mengidentifikasi dampak mual - menganjurkan penggunaan modal terapi untuk mengendalikan faktor mual	Do = - Klien tampak pucat - Klien tidak beseleka makan. - Klien tampak lemas
27/2/2020			
21.00		memberikan obat melalui IV	Do = Klien mengatakan nyeri lutut dan sakit bila digerakkan
21.05	1	mengidentifikasi skala nyeri	P = Kondisi Muskuloskeletal kronis D = Berdenyut R = Lutut S = 5 T = Bergerak
21.15		mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Do = - Klien nampak Gelisah - Pola tidur berubah
21.20	3	Menganjurkan klien untuk istirahat	Do = Klien kooperatif
06.15	2	Menganjurkan klien untuk melakukan pergerakan (miring kanan / kiri)	Do = Klien kooperatif
06.20	1	memberikan kompres dingin untuk mengurangi peradangan	Do = Klien kooperatif.
29/2/2020			
07.30		Perbed	Do = -
	2	- mengajarkan klien mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur)	Do = - klien dapat melakukan pergerakan miring kanan / miring kiri - Klien dapat duduk di tempat tidur.
07.45	3	- Menganjurkan klien untuk makan sedikit - sedikit agar tidak mual	Do = Klien kooperatif.

GELATIK

08.00	1	- mengidentifikasi skala nyeri klien - mengidentifikasi respons nyeri non verbal	Ds = Klien mengatakan nyeri berkurang saat dikompres. Setelah dikompres nyeri timbul lagi dan bertambah saat bergerak P = kondisi Muskuloskeletal kronis O = Berdenyut R = Lutut S = 3 T = Hilang timbul
08.10	1	Menganjurkan klien untuk melakukan kompres dingin agar nyeri berkurang	Do = - klien tidak mampu menuntaskan aktivitas Do = klien kooperatif.

F. EVALUASI

Tgl / Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
26/2/2020 21.30	1	S = Klien mengeluh nyeri lutut sejak 2017 dan rutin kontrol di poli Saraf. P = Kondisi Muskuloskeletal kronis S = 5 O = Berdenyut R = Lutut T = Saat bergerak D = - klien tampak meragis - klien gelisah - pola tidur berubah - tidak mampu menuntaskan aktivitas TD = 80/60 RR = 20 S = 36 N = 98 A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan intervensi	
	2	S = Klien mengeluh nyeri saat bergerak O = - Fisik lemah - gerakan terbatas A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan intervensi	

GELATIK

		3	<p>S = - Klien mengeluh mulai saat akan makan D = - Makan klien tidak habis, klien tampak lemah</p> <p>A = Masalah Belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi</p>	
27/2/2020 08.00	1	<p>S = Klien mengatakan nyeri pada lutut P = Muskuloskeletal kronis S. 5 Q = Berdenyut T = Saat Bergerak R = Lutut</p> <p>D = - Klien gelisah - pola tidur membaik - klien sudah tidak meringis</p> <p>A = Masalah Belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi</p>		
		2	<p>S = klien mengatakan nyeri saat bergerak D = - klien tampak lemah - klien mau bergerak (miring kanan / kiri)</p> <p>A = Masalah Belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi</p>	
		3	<p>S = Klien mengatakan mulai berkurang setelah menggunakan aromaterapi dan beristirahat.</p> <p>D = klien tampak lebih bertenaga, klien mau makan</p> <p>A = Masalah Belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi</p>	
28/2/2020 14.19	1	<p>S = klien mengatakan nyeri berkurang setelah dikompres</p> <p>P = Muskuloskeletal kronis S. 5 Q = Berdenyut T = Bergerak R = Lutut</p> <p>D = - klien tampak lebih tenang - Pola tidur membaik</p> <p>TD = 100/66 mmHg C = 36.5 °C N = 98 x /mnt RR = 18 x /mnt</p> <p>A = Masalah teratasi P = Pertahankan Intervensi</p>		

GELATIK

28/2/2020 14.15	2	<p>S = Klien mengatakan kaki dan lutut nyeri saat digerakkan</p> <p>O = - Klien hanya beraktivitas di tempat tidur - Klien dapat duduk di tempat tidur dan minggir kanan / kiri - Fisik klien lemah - Aktivitas harus dibantu keluarga</p> <p>A = Masalah belum teratasi P = Pertahankan intervensi</p>	JMP
	3	<p>S = Klien mengatakan mau makan sedikit-sedikit</p> <p>O = - Klien mampu mengenali gejala mual - Klien mampu melaporkan kejadian mual - Klien dapat mengetahui penyebab mual</p> <p>A = Masalah teratasi P = Hentikan intervensi</p>	JMP