

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk lebih memahami Asuhan keperawatan pada pasien Diabetes mellitus dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus Diabetes Mellitus di ruang Shomar RS. Siti Khodijah Sepanjang. Dimana dalam kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

#### **3.1 Pengkajian keperawatan**

Pengkajian: Pada tanggal 11 Mei 2015 Pukul 09.00 WIB.

##### 1. Identitas

Nama Pasien adalah Ny M. berjenis perempuan. Usianya 56 tahun. bersuku bangsa jawa tidak bekerja pendidikan terakhir SD, Alamat Jl. Gempol balas lontrek Wiyung Surabaya, Di ruang Shomar No. Register. 69066, Tanggal MRS, 10 Mei 2015. Dengan Diagnosa medis Diabetes Mellitus Ttype 2.

##### 2. Keluhan Utama

Klien mengeluh pusing

##### 3. Riwayat Kesehatan

###### 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan sebelum MRS pasien merasakan pusing sejak 2 hari mual muntah bila kemasukan makanan, dan merasa cekot-cekot pada kedua jari kakinya

,kalu dibuat jalan telapak kakinya di bagian kaki kirinya terasa kaku, sekitar pukul 21.00WIB. Dibawah ke UGD RS. Siti Khodijah Sepanjang dilakuakn tindakan pemeriksaan tanda-tanda fital TD: 130/70mmhg, N: 82x/menit, S: 36,7 C pemasangan cairan infus RL/ 14 tetes/ menit, tes GDA hasil 400, lalu dilakukan pemberian insulin 6 unit. setelah 2 jam di UGD pasien dipindahkan di ruang shomar jam 23.00WIB untuk penanganan selanjutnya.

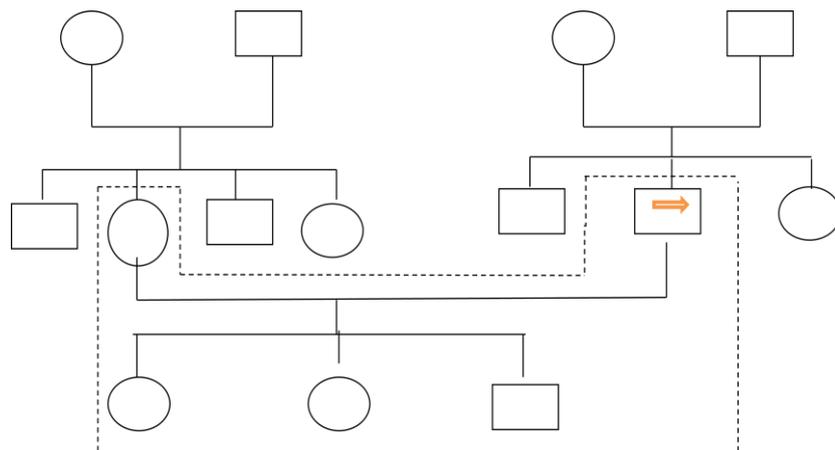
## 2. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sudah mempunyai penyakit Diabetes mellitus  $\pm$  5 tahun, dan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit Hipertensi, TBC

## 3. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit TBC, Hipertensi, Diabetes Melitus.

Genogram :



Keterangan :

○ : laki – laki hidup

- : perempuan hidup  
 □ → : pasien umur 56 tahun  
 — : hubungan  
 X : meninggal  
 - - - - - : yang tinggal serumah

#### 4. Pola Fungsi Kesehatan

##### 1. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pasien mengatakan sebelum masuk RS mandi 2x sehari dengan menggunakan sabun, dan menggosok giginya dengan melakukan sendiri, bila penyakitnya kembali kambuh pasien selalu istirahat dirumah, pasien sering berobat di Rumah sakit terdekat, pasien sudah mengetahui tentang penyakit yang sudah dideritanya tetapi pasien masih belum bisa mengontrol makanannya sering kali pasien mengonsumsi makanan yang manis-manis. sesudah masuk RS pasien mengatakan mandi 2x sehari dengan menggunakan air seka dari Rumah sakit di bantu dengan suami atau keluarganya.

##### 2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien mengatakan sebelum masuk RS makan 3x sehari dengan menu nasi, sayur, lauk pauk, dan buah-buahan, minum  $\pm 1500$ cc dalam 24 jam, sesudah masuk RS pasien mengatakan makan 3x sehari dapat diit dari RS B 2100 kalori tapi pasien kadang habis setengah porsi kadang tidak dimakan sama sekali bila kemasukan makanan selalu mual muntah, lidah terasa pahit dan pasien minum  $\pm 1000$ cc dalam 24jam hanya habis setengah gelas.

### 3. Pola Eliminasi

#### 1) Eliminasi Alvi

Pasien mengatakan sebelum masuk RS buang air besar tiap pagi, warna kuning, konsistensi lembek, warna kuning, tidak ada kesulitan saat buang air besar. sesudah di RS pasien mengatakan BAB hanya 1x konsistensi keras, warna kuning kecoklatan.

#### 2) Eliminasi uri

Sebelum masuk RS pasien mengatakan BAK dalam satu hari  $\pm 7-8$  kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau khas, sesudah masuk RS pasien mengatakan BAK sampai  $\pm 8-9$  kali dalam sehari dengan volume  $\pm 2500$  ml/24 jam dengan konsistensi berwarna kuning jernih berbau khas.

### 4. Pola Istirahat dan tidur

Sebelum masuk RS pasien mengatakan tidur dengan pulas siang 3 jam malam 7 jam, sesudah masuk RS pasien mengatakan siang tidur hanya 2 jam malam 6 jam sering terbangun.

### 5. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum masuk RS pasien mengatakan pasien mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan sendiri missal makan, dan sesudah masuk RS pasien mengatakan hanya tidur-tiduran dikamar sesekali duduk-duduk di tempat tidur.

### 6. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya

2. Ideal Diri : pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak bisa disembuhkan
3. Identitas diri : pasien mengatakan bahwa dirinya berumur 56 tahun.
4. Peran : pasien berperan sebagai ibu rumah tangga dari 3 orang anaknya.
5. Gambaran diri : pasien mengatakan bahwa penyakit yang di deritanya adalah cobaan dari allah SWT.

#### 7. Pola Sensori dan Kognitif

##### **Sensori**

Pasien mengatakan bahwa indra penglihatannya sudah agak kabur dan bila membaca buku menggunakan kacamata untuk alat bantu.

##### **Kognitif**

Pasien sudah mengetahui tentang penyakitnya sejak  $\pm 5$  tahun.

#### 8. Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan berusia 56 tahun dan sudah menikah dan mempunyai tiga orang anak.

#### 9. Pola Hubungan dan Peran

Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga hubungannya sangat baik dengan keluarganya, saat di RS hubungannya juga sangat baik dengan perawat.

#### 10. Pola Penanggulangan Stres

Pasien mengatakan jika ada masalah selalu di bicarakan dengan anak dan

keluarganya.

## 11. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam dan menjalankan sholat 5 waktu, selama di rs pasien juga melakukan sholat 5 waktu dengan cara berbaring dan bertayamum.

### **Pemeriksaan Fisik**

#### 1). Status Kesehatan Umum

Keadaan Penyakit sedang frekuensi pernafasan 20x/menit, suhu tubuh 36,7 C, frekuensi nadi 80x/menit, tekanan darah 130/80mmhg.

#### 2). Kepala

Bentuk simetris. Rambut warna hitam ada uban, keadaan kulit kepala bersih tidak ada ketombe, tidak ada benjolan di kepala, tidak ada nyeri tekan

#### 3). Muka

Wajah simetris, wajah berminyak, tidak odema, tidak ada nyeri tekan / lesi, wajah tampak cemas.

#### 4). Mata

Mata simetris, tidak ada perdarahan, reflek pupil terhadap cahaya bagus, sklera putih, pergerakan bola mata simetris, dan tidak ada nyeri tekan.

#### 5). Telinga

Bentuk simetris, tidak ada lesi atau massa, tidak ada benjolan, tidak ada serum, tidak ada gangguan pendengaran.

6). Hidung

Hidung simetris, lubang hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik.

7). Mulut dan Faring

Bentuk simetris, bibir dan mukosa mulut lembab, tidak ada sariawan, warna gigi putih, lidah terasa pahit, gusi tidak bengkak.

8). Leher

Tidak ada massa/benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

9). Thorak

Inspeksi : pergerakan dada simetris, tidak ada bekas luka

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : suara sonor pada paru, suara redup pada jantung.

Auskultasi : tidak ada suara nafas seperti ronci atau wheezing.

10). Abdomen

Inspeksi : tidak ada asites, tidak ada nyeri tekan

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : terdengar timpani

11). Inguinal, genital, dan Anus

Genetalia bersih, anus bersih, tidak ada hemoroid.

## 12). Integumen

Warna kulit sawo matang, tugor kulit menurun, akral hangat, CRT 1 detik, tidak ada peningkatan suhu tubuh.

## 13). Ekstremitas dan Neurologis

Pada tulang ekstremitas tidak ada fraktur, tidak ada edema pada ekstremitas.

Tingkat kesadaran compos mentis, GCS 456, tidak ada kaku kuduk.

## 14). Pemeriksaan Penunjang

Nama	Hasil	Nilai Normal
HGB	12,4 (g/dl)	L: 13,0-18,0 P: 11,5-16,5
RBC	4,35( $10^6$ /UL)	L: 4,5 P: 4,0-5,0
HCT	36,3(%)	L: 40,0-50,0 P: 37,0-45,0
MCV	83,4-	(FL) 82,0-92,0
MCH	28,5	(PG) 27,0-31,0
MCHC	34,2	(G/DL) 32,0-37,0
RDW-SD	39,0	(FL) 35-47
RDW-CV	13,29(%)	11,5-14,5
WBC	8,58( $10^3$ /UL)	4,0-11,0
EO%	0,79(%)	0-1
BASO%	0,5(%)	0-1

NEUT%	67,4 (%)	50-70
-------	----------	-------

Tanggal 10 Mei 2015

### 15. Terapi

Infuse pz 21 tpm, inj. Pantozol 1x1, melformin 500mg 3x1, glimepirid 3mg 1x1, neuredex 1x1.

### DAFTAR MASALAH KEPERWATAN

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2. Resiko kekurangan volume cairan
3. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya

### 3.2 Analisa Data

Setelah pengumpulan data di atas kemudian dikelompokkan sehingga di dapat suatu masalah sebagai berikut:

Tanggal : 11-5-2015.

- 1). 1. Data pertama yang didapatkan antara lain
  - a). DS: pasien mengatakan sulit untuk makan bila makan hanya sedikit, lemas, 1 porsi kadang habis 3 sendok lidah terasa pahit.

b). DO : keadaan umum lemas BB sebelum masuk rs 74 kg, setelah masuk rs 72 kg dapat diit B2100 kalori. Tidak habis hanya makan 3 sendok, membran mukosa dan konjungtiva agak pucat

A: Umur 56 tahun,bb 72 kg,sebelum mrs 74 kg, B: HGB: 12,4 RBC:4,35 C:ttv TD:130/80 mmhg N: 80x/menit, RR: 20x/menit, D: B2100 kalori dari RS hasil dari GDA : 400

2. Masalah keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubu

3. Kemungkinan penyebab : Ketidaksempurnaan metabolisme dalam tubuh

Tanggal : 11-5-2015.

2). 1. Data yang kedua didapatkan

a). DS : Pasien mengatakan tidak nafsu makan, minum hanya  $\pm 1000$ cc/hari

b). DO : Keadaan umum lemas, pasien hanya makan 3 sendok, Intake infus 3 klorof 1500cc, minum air putih: 1000cc, injeksi insulin 6 unit : 60cc jadi jumlah 2560, Output: Urine: 2500cc, IWL (insensible water loss) jadi jumlah 3580, jadi jumlah dari Intake dan output  $2560 - 3580 = -1020$

2. Masalah keperawatan : Resiko kekurangan volume cairan

3. Kemungkinan penyebab : Output lebih besar (poliuri)

Tanggal : 11-5-2015.

3).1. Data yang ke tiga ditemukan

a). Data subyektif : pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak dapat disembuhkan

b). Data obyektif : wajah pasien tampak cemas sebetulnya bertanya apakah bisa sembuh penyakitnya, merasa bingung gula darahnya selalu tinggi.

2. Masalah keperawatan : Ansietas

3. Kemungkinan penyebab : kurangnya informasi tentang penyakitnya

### **3.3 Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil analisa data di atas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny M adalah:

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidaksempurnaan metabolisme dalam darah, BB sebelum SMR: 74kg MRS: 72kg dapat diit B2100.

2. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan output lebih besar(poliuri)

3. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya, wajah terlihat cemas, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan.

### **3.4. Rencana Keperawatan**

Tahap perencanaan dibawah ini disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yaitu:

**Tanggal 11 Mei 2015/jam : 10.00WIB.**

### **1. Diagnosa keperawatan 1**

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidaksempurnaan metabolisme dalam darah

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi

**Kriteria hasil :** Klien dapat mempertahankan status mal nutrisi yang adekuat, nafsu makan meningkat, berat badan yang stabil dalam batas normal.

#### **Intervensi :**

1. Mencatat status nutrisi klien, riwayat mual muntah, dan lidah terasa pahit.

Rasional:

Berguna dalam mendefinisikan derajat masalah dan pilihan intervensi yang tepat

2. Pastikan pola diet jadwal makanan, jumlah makanan, dan jenis makannya

Rasional:

Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan/kekuatan khusus pertimbangan keinginan individu dapat memperbaiki masalah diet.

3. Timbang berat badan tiap dua hari sekali.

Rasional:

Berguna dalam mengukur keefektifan nutrisi dan dukungan cairan.

4. Libatkan keluarga pada perencanaan makanan sesuai indikasi

Rasional:

Memberikan informasi pada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien

5. Melakukan pengecekan cek gula darah acak 2 jam pp

Rasional :

Untuk mengetahui hasil cek gula darah

6. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diet B 2100 kalori.

Rasional:

Memberikan bantuan dalam perencanaan diet dengan nutrisi adekuat untuk kebutuhan metabolik tubuh.

## **2. Diagnosa keperawatan 2**

Resiko kekurangan volume cairan

**Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam resiko volume cairan dapat terpenihi pasien tidak mual muntah

**Kriteria hasil :** tanda vital stabil, turgor kulit membaik.

**Intervensi :**

1. Pantau TTV pada klien

Rasional :

Untuk mengetahui perkembangan pada klien

2. Pantau suhu, warna kulit, atau kelembapan pada kulit klien

Rasional :

Meskipun demam menggigil merupakan hal umum terjadi pada proses infeksi demam dengan kulit yang kemerahan, kering mungkin sebagai cerminan dari dehidrasi

3. Catat input dan output

Rasional :

Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal, dan keefektifan dari terapi yang diberikan

4. Kaji nadi perifer, turgor kulit, dan membran mukosa

Rasional :

Merupakan indikator dari tingkat dehidrasi

5. Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual-muntah, nyeri abdomen

Rasional :

Kekurangan cairan dan elektrolit sering kali akan menimbulkan mual-muntah pada klien.

### **3. Diagnosa keperawatan 3**

Ansietas b/d kurangnya informasi tentang penyakitnya.

**Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1x24 jam diharapkan cemas tidak terjadi/hilang

**Kriteria Hasil :**

Pasien mampu mengungkapkan secara verbal cemasnya berkurang, ekspresi tenang, meragakan teknik bernafas untuk mengurangi dispneu

**Intervensi :**

1. Beri penjelasan tentang penyakit, penyebab, pengobatan, serta komplikasi yang timbul bila tidak diobati secara adekuat.

Rasional : Dengan memberikan penjelasan tentang penyakitnya diharapkan pasien mengerti apa yang terjadi pada dirinya serta fungsi terapi yang diberikan sehingga dapat diajak kerjasama dalam perawatan dan pengobatan.

2. Yakinkan dengan pasien bahwa pengobatan dan perawatan dapat membantu menyembuhkan penyakitnya.

Rasional : Pasien merasa diperhatikan sehingga tidak merasa rendah diri dan bersemangat dalam menjalani pengobatan yang lebih kooperatif dalam tindakan keperawatan.

3. Ciptakan lingkungan yang mendukung terjadinya diskusi terbuka dengan pasien libatkan anggota keluarga dalam diskusi.

Rasional : Dengan adanya diskusi pasien dapat mengungkapkan perasaan dan permasalahannya sehingga perawat dapat memberi alternatif pemecahan masalah dan keluarga dapat diajak kerjasama dalam terapi dan membantu memberi dorongan semangat pada pasien.

4. Anjurkan pasien untuk selalu mendekatkan diri kepada Allah

Rasional : Memberi rasa tenang dan tabah dalam menerima cobaan yang diberikan padanya

### **3.5 Implementasi**

Merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di buat sebelumnya.

#### **1. Diagnosa keperawatan 1**

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidaksempurnaan metabolisme dalam darah, keadaan lemah BB SMRS 74kg MRS 72kg. diit dari RS B2100 kalori hanya habis satu porsi habis kadang satu atau tiga sendok.

**Pelaksanaan :**

**Tanggal 11 Mei 2015/jam : 10.20WIB**

1. Mencatat status nutrisi klien

Respon : BB sebelum masuk RS 74 kg, sesudah masuk RS 72 kg, masih makan sedikit-sedikit.

2. Mencatat masukan dan pengeluaran

Respon : pasien hanya habis satu porsi satu atau dua sendok diit B2100 kalori yang disediakan rumah sakit, pasien belum BAB

3. Menganjurkan makan sedikit tapi sering

Respon : pasien kooperatif

4. Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan mau untuk di periksa

5. Memberikan instruksi pada keluarga untuk memberikan diit, dan menyuapi

Pasien sedikit-sedikit tapi sering

Respon : pasien tidak mau makan

## **2. Diagnosa keperawatan 2**

Resiko kekurangan volume cairan

**Pelaksanaan :**

**Tanggal 11 Mei 2015/jam :10.30WIB.**

1. Anjurkan pasien untuk minum sedikit-sedikit

Respon : pasien kooperatif dan menurut pada perawat

2. Pantau hasil intake dan output

Respon : pasien kooperatif, dan mau memberikan informasi

3. Mengukur tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan mau untuk diperiksa

4. Kaji suhu, warna kulit dan kelembaban

Respon : pasien kooperatif

### **3. Diagnosa keperawatan 3**

Ansietas b/d kurangnya informasi tentang penyakitnya d/d ekspresi wajah cemas, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan.

**Pelaksanaan :**

**11 Mei 2015/ jam :10.35WIB.**

1. Menjelaskan pada pasien tentang penyakitnya, penyebabnya, dan pengobatan, serta komplikasi yang timbul bila tidak diobati secara adekuat.

Respon : pasien mengerti penjelasan perawat

2. Meyakinkan pada pasien bahwa dengan pengobatan dan perawatan dapat membantu menyembuhkan penyakitnya.

Respon : pasien percaya penyakitnya bisa disembuhkan.

3. Menganjurkan pasien untuk selalu mendekatkan diri kepada allah SWT

Respon : pasien kooperatif

### **2. Diagnosa keperawatan 1**

Ketidakmampuan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidaksempurnaan metabolisme dalam darah, keadaan lemah BB smrs 74kg masuk mrs 72kg. diit dari RS B2100 kalori diit dihabiskan hanya sedikit.

**Pelaksanaan :****Tanggal 12 Mei 2015/ jam :09.00WIB.**

1. Mencatat status nutrisi klien

Respon : Pasien kooperatif

2. Mencatat masukan dan pengeluaran

Respon : Makanan yang disediakan rumah sakit habis ½ porsi, pasien belum BAB.

3. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering

Respon : Pasien kooperatif dengan perawat

4. Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : Pasien kooperatif dan mau untuk di periksa

5. Memberikan intruksi pada keluarga untuk memberikan diit,dan menyuapi pasien sedikit-sedikit tapi sering

Rasional : Pasien tidak mau makan

**2. Diagnosa keperawatan 2**

Resiko kekurangan volume cairan

**Pelaksanaan :****Tanggal 12 Mei 2015/ jam :09.30WIB.**

1. Anjurkan pasien untuk minum sedikit-sedikit

Respon : pasien kooperatif dan menurut pada perawat

2. Pantau hasil intake dan output

Respon : Pasien kooperatif, dan mau memberikan informasi

3. Mengukur tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan mau untuk diperiksa

4. Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual

Respon : pasien masih mual muntah bila kemasukan makanan satu hari dua kali.

## **2. Diagnosa keperawatan 1**

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, b/d ketidak mampuan mengabsorpsi makanan, keadaan lemah bb smrs 74kg masuk mrs 72kg. diit dari RS B2100 kalori diit dihabiskan,

**Pelaksanaan :**

**Tanggal 13 Mei 2015/ jam :10.15WIB.**

1. Mencatat status nutrisi klien

Respon : Pasien kooperatif dan mau memberikan informasi

2. Mencatat masukan pengeluaran dan pemasukan

Respon : Makanan yang di sediakan oleh rumah sakit hanya habis ½ porsi

3. Menimbang berat badan pasien

Respon : Hasil 72 kg

4. Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan mau untuk di periksa

5. Memberikan instruksi pada keluarga untuk memberikan diit sedikit

Respon : Pasien makan sedikit-sedikit

## **2. Diagnosa keperawatan 2**

Resiko kekurangan volume cairan

**Pelaksanaan :**

**Tanggal 13 Mei 2015/ jam :10.25WIB.**

1. Anjurkan pasien untuk minum sedikit-demisedikit

Respon : Pasien kooperatif dan menurut pada perawat

2.Pantau hasil intake dan ouput

Respon : Pasien kooperatif, dan mau memberikan informasi

3. Mengukur tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan mau untuk diperiksa

4. Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual-muntah

Respon : Pasien mual muntah sudah berkurang

## **3.6 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mana evaluasi dapat dikatakan berhasil bila tujuan dan kriteria hasil tercapai. Untuk mengetahui berhasil tidaknya maka diperlukan perkembangan sebagai berikut.

### **1. Diagnosa keperawatan 1**

Ketidakmampuan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidaksempurnaan metabolisme dalam darah, keadaan lemah bb smrs 74kg masuk mrs 72kg. diit dari RS B2100 kalori.

**Catatan perkembangan tanggal 11 Mei 2015/ jam : 10.00 WIB.**

S : Pasien mengatakan tidak nafsu makan, badan lemas, mulut terasa pahit

O : Keadaan umum lemah, BB sebelum masuk RS 74, setelah masuk RS 72 Diit B2100 kalori hanya habis satu atau dua sendok

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**Catatan perkembangan tanggal 12 Mei 2015/ jam : 10.00 WIB.**

S : Pasien mengatakan tidak mau makan, mulut tidak tersasa pahit

O : Keadaan umum cukup, makanan dihabiskan ½ porsi bb 72kg,

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan.

**Catatan perkembangan tanggal 13 Mei 2015/ jam : 09.00 WIB.**

S : Pasien mengatakan makan hannya sedikit-sedikit.

O : Keadaan umum cukup, bb 72 kg, diit yang diberikan RS habis hanya setengah

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

## **2. Diagnosa keperawatan 2**

Resiko kekurangan volume cairan

### **Catatan perkembangan tanggal 11 Mei 2015/ jam : 10.00 WIB.**

S : Pasien merasa dibagian kepala terasa pusing, sering mual muntah satu hari dua kali

O : Keadaan umum lemah

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Catatan perkembangan tanggal 12 Mei 2015/jam : 10.00 WIB.**

S : Pasien merasa dibagian kepala terasa pusing, mual-muntah

O : Keadaan umum lemah

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Catatan perkembangan tanggal 13 Mei 2015/jam : 09.00 WIB.**

S : Pasien merasa pusing dibagian kepala, mual muntah masih sering

O : Keadaan umum cukup

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

### **3. Diagnosa keperawatan 3**

Ansietas b/d kurangnya informasi tentang penyakitnya d/d ekspresi wajah tenang, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan.

**Catatan perkembangan tanggal 11 Mei 2014/ jam : 10,00 WIB.**

S : Pasien Mengatakan mulai mengerti tentang penyakit dan pengobatannya, pasien mengatakan tidak cemas lagi dan mau menerima keadaanya saat ini

O : Ekspresi wajah pasien tenang, pasien minum obat secara teratur TD: 130/80 mmhg, N: 80x/menit, S: 36,7 C.

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan