

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami Asuhan Keperawatan pada pasien tuberkulosis paru dengan hemoptoe dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus tuberkulosis paru di ruangan Leci RS Paru Surabaya sejak tanggal 25 juli 2012 sampai 30 juli 2012, dimana dalam kasus ini penulis memberikan Asuhan Keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

3.1 Pengkajian keperawatan

1. Identitas pasien

Nama : Tn A, umur 38 tahun, Alamat : Wonosari Wetan , Jenis Kelamin : Laki-laki, Pendidikan : Tidak tamat SD, Agama : Islam, suku/bangsa : Jawa/Indonesia, Pekerjaan : Serabutan, Tanggal MRS: 23 juli 2012, Diagnosa medis : Hemoptoe, Nomor register : 03-18-XX

2. Keluhan utama: Batuk darah

3. Riwayat kesehatan

1). Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit batuk terus menerus ada dahak dan dua hari yang lalu batuk ada dahak disertai darah \pm 1 gelas, nyeri dada badan terasa lemas, nafsu makan menurun kemudian di bawa ke UGD RS paru Surabaya dan MRS. Pada saat pengkajian pasien mengatakan pusing, batuk

dengan dahak disertai darah, punggungnya sakit, dan nyeri dada nafsu makan menurun dan mulutnya terasa pahit.

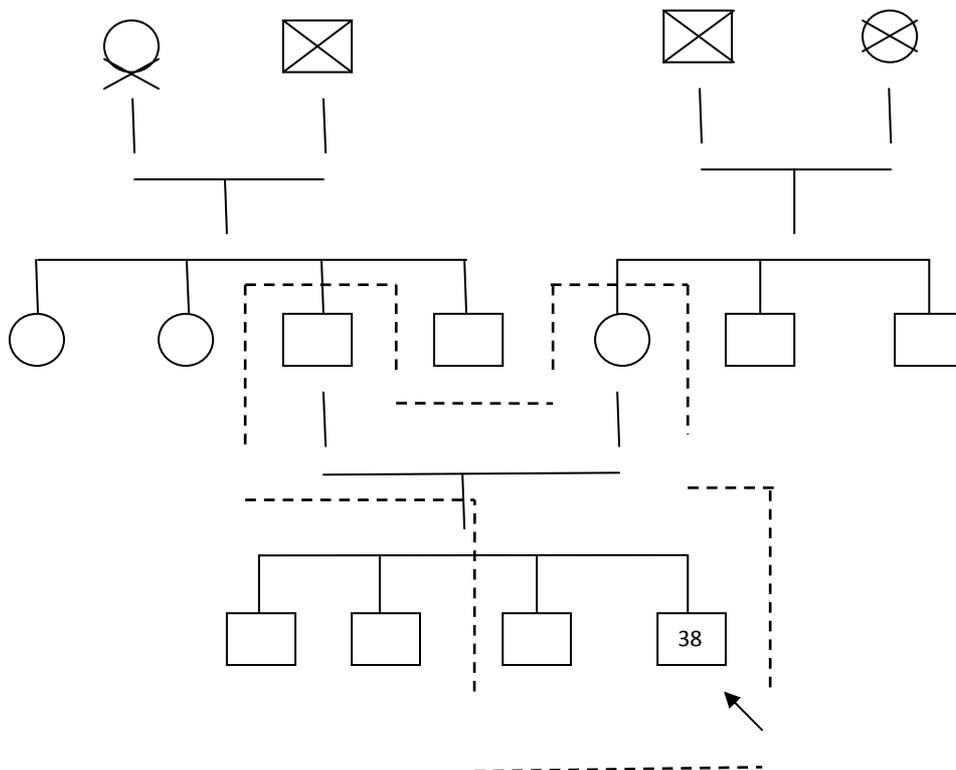
2). Riwayat kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan satu tahun yang lalu pernah pengobatan TB di puskesmas dua bulan kemudian pasien menghentikan pengobatan karena merasa sudah sembuh. Sebelumnya pernah masuk RS. Paru Surabaya pada tanggal 13 juli 2012 dengan sakit batuk darah, pasien tidak memiliki riwayat darah tinggi, dan kencing manis.

3). Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita darah tinggi, kencing manis dan TBC tetapi bapaknya dulu menderita batuk darah.

4. Genogram



keterangan :

○ : perempuan



: laki-laki

----- : tinggal serumah



: meninggal

38 : pasien



5. Pola Fungsi Kesehatan

1). Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Pasien mengatakan selalu rutin setiap bulan kontrol di Rs. Paru Surabaya, pasien tidak pernah merokok, kebiasaan mandi dua kali sehari, gosok gigi pagi dan sore, mencuci rambut 3-4 kali seminggu, pasien tidak pernah olah raga, pasien tinggal di rumah yang ventilasinya kurang.

2). Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit makan 2-3 kali sehari dengan porsi satu piring nasi dengan lauk tahu, tempe dan sayur, makanan kadang di habiskan kadang tidak . Kebiasaan minum air putih 5-6 gelas perhari. Selama di rumah sakit makan tiga kali sehari dengan diit TKTP makanan di habiskan setengah porsi, nafsu makan menurun, mulut terasa pait . Minum 1-1,5 lt air putih

3). Pola eliminasi

(1). Eliminasi alvi

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit buang air besar satu kali sehari, warna kuning, konsistensi lembek, tidak ada kesulitan saat buang air besar. Selama di rumah sakit pasien belum buang air besar

(2).Eliminasi uri

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit buang air kecil 4-5 kali sehari warna kuning jernih, bau khas, tidak ada kesulitan saat buang air kecil. Saat di rumah sakit buang air kecil 3-4 kali sehari warna kuning jernih.

4). Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur malam 6 jam sering terbangun karena batuk . Selama di rumah sakit pasien mengatakan susah tidur disebabkan batuk, tidur malam 4 jam , tidur siang 1 jam .

5). Pola aktifitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan sendiri misalnya makan, minum, mandi dan lain-lain. Selama di rumah sakit pasien hanya duduk-duduk di tempat tidur aktifitas sebagian di bantu keluarga karena pinggang sakit tangan kiri terpasang infus.

6). Pola persepsi dan konsep diri.

Gambaran diri : pasien mengatakan penyakit yang di deritanya merupakan cobaan dari Alloh SWT

Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya

Ideal diri : pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak bisa disembuhkan

Identitas diri : pasien mengatakan Tn. A berumur 38 tahun

7). Pola sensori dan kognitif

Pasien mengatakan nyeri pada dada dan punggungnya, skala nyeri 5, nyeri dada saat batuk . Penglihatan tidak ada gangguan, penciuman, pendengaran, perabaan, dan pendengaran tidak mengalami gangguan. Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakitnya

8). Pola reproduksi seksual

Pasien mngatakan seorang laki-laki berumur 38 tahun dan belum menikah

9). Pola hubungan peran

sebelum masuk rumah sakit hubungan pasien dengan keluarga baik. Selama di rumah sakit hubungan pasien dengan keluarga baik

10).pola penaggulangan stres

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah bercerita dengan keluarganya

11). Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam sholat lima waktu. Selama dirumah sakit pasien sholat lima waktu.

6. Pemeriksaan Fisik

1). Status kesehatan umum

Keadaan penyakit berat, kesadaran kompos mentis, GCS 456, suara bicara jelas, pernapasan frekuensi 24 x/menit, irama reguler, suhu tubuh 36,5° c, nadi

88 x/menit irama reguler kualitas baik, tekanan darah 130/80 mmhg, berat badan 45 kg, tinggi badan 168 cm.

2). Kepala

Kepala simetris, tidak ada luka, rambut bersih berwarna hitam tidak berketombe.

3). Muka

Muka simetris, tampak menyeringai kesakitan dan tegang, lesu, tidak ada lesi dan odema.

4). Mata

Palpebra simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, pupil isokor, reflek cahaya +/+

5). Telingga

Telingga simetris, tidak ada serumen, terjadi penurunan pendengaran

6). Hidung

Hidung simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epetaksis, fungsi penciuman baik.

7). Mulut

Mulut simetris, Mukosa bibir kering, tidak ada nyeri telan, mulut terasa pahit.

8). Leher

Tidak ada masa/benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

9). Thorak

Inspeksi : pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu pernafasan,

Palpasi : tidak ada nyeri tekan,

Perkusi : suara sonor pada paru , suara redup pada jantung

Auskultasi : tidak ada suara ronchi atau whezing

10). Abdomen

Inspeksi : tidak ada asites,

Palpasi : tidak ada nyeri tekan , tidak terjadi pembesaran hepar

Perkusi : tidak kembung

Auskultasi : bising usus 5 x/menit

11). Inguinal, genital, dan anus

Tidak ada hemoroid dan hernia

12). Integumen

Turgor kulit elastis warna kulit sawo matang, tidak ada odema, tidak ada ikterus didaerah muka dan leher.

13). Ekstremitas dan neurologis

Tidak ada kelemahan pada keempat ekstremitas, Tangan kanan terpasang infus RL drip adona 14 tpm, Kesadaran kompos mentis GCS 456

7. Pemeriksaan Penunjang

1). Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 23 juli 2012

Sgot : 61 u/l (<38 u/l)

Sgpt : 35 u/l (<41 u/l)

Bun : 12,3 mg/dl (10-20 mg/dl)

Creat : 0,78 mg/dl (< 1,2 mg/dl)

Gda : 114 mg/dl (< 140 mg/dl)

Wbc : 8,7

Hgb: 13,8 gr/dl (11-16 gr/dl)

Rbc : 4,87 (3,50-5,50)

Hct : 39,9 (37-50)

Plt : 326 (150-400)

2). Radiologi

Tanggal 24 juli 2012

Thorak : kp lama duplek kesan masih aktif

3). Terapi

Infus RL + adona : 14 tpm

Injeksi ceftriaxon : 2 x 1 gr

Injeksi asamtraneksamat : 1 amp

Oral INH : 1 x 400 mg

Codein 20 : 3 x 1 tab

Ripamfisin : 1 x 600 mg

Metioson : 3x 1 tab

B6 : 3 x 1 tab

3.2 Analisa data

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan penyebab
---------	------	---------	----------------------

25 juli 2012	<p>Data subyektif:</p> <p>Pasien mengatakan nafsu makanya menuru, mulutnya pahit, badanya lemas.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit 45 kg, berat badan sebelum masuk Rs. 48 kg, tinggi badan 165 cm, diit TKTP dari rumah sakit di habiskan setengah, konjungtiva anemis,turgor kulit elastis, IMT 16,5.</p>	Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Intake in adekuat
25 juli 2012	<p>Data subyektif:</p> <p>pasien mengatakan tidur sering terbangun karena dadanya sakit.</p> <p>Data objektif : wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam tidur malam 5 jam, T 130/80 mmHg, S 36,5 ° c, N 88x/menit.</p>	Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur	Nyeri dada
25 juli 2012	<p>Data subyektif :</p> <p>pasien mengtakan takut jika penyakitnya tidak bisa sembuhkan.</p> <p>Data objektif :</p> <p>ekspresi wajah tegang , sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan, N 88 x/menit, T 130/80 mmHg, RR 24</p>	Ansiatas	Kurangnya informasi tentang penyakitnya

--	--	--	--

3.3 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas, dapat di buat diagnose keperawatan pada pasien tuberkulosis paru dengan hemaptoe dengan prioritas :

1. Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit : 45 kg, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah konjungtiva anemis, turgor kulit elastis, IMT 16,5. .
2. Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri dada ditandai dengan wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam.
3. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya di tandai dengan Ekspresi wajah tegang, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan, N 88x/mnt, T 120/80 mmHg, RR 24 x/mnt.

3.4 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan pada pasien TB paru dengan hemoptoe telah di susun berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut:

Perencanaan tanggal 25-07-2012

1. Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit : 45 kg, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabiskan setengah, konjungtiva anemis, turgor kulit elastis, IMT 16,5. .

- 1). Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi

- 2). Kriteria hasil

Klien dapat mempertahankan status malnutrisi yang adekuat, terjadi peningkatan nafsu makan, Berat badan stabil dalam batas yang normal

- 3). Rencana tindakan

- (1). Mencatat status nutrisi klien, turgor kulit, integritas mukosa oral, riwayat mual / muntah atau diare.

- (2). Pastikan pola diet biasa klien yang disukai atau tidak

- (3). Timbang berat badan tiap 2 hari sekali

- (4). anjurkan perawatan mulut sebelum dan sesudah tindakan pernafasan

- (5). Dorong makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.

(6). Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan komposisi diet TKTP

4). Rasional

(1). Berguna dalam mendefinisikan derajat / wasnya masalah dan pilihan indervensi yang tepat.

(2). Membantu dalam mengidentifukasi kebutuhan / kekuatan khusus. Pertimbangan keinginan individu dapat memperbaiki masakan diet.

(3). Berguna dalam mengukur keepektifan nutrisi dan dukungan cairan

(4). Menurunkan rasa tidak enak karena sisa sputun atau obat untuk pengobatan respirasi yang merangsang pusat muntah.

(5). Memaksimalkan masukan nutrisi tanpa kelemahan yang tak perlu / legaster.

(6). Memberikan bantuan dalam perencanaan diet dengan nutrisi adekuat untuk kebutuhan metabolik dan diet.

2. Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri dada ditandai dengan wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam.

1) Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan kebutuhan tidur terpenuhi

2) Kriteria hasil :

memahami faktor yang menyebabkan gangguan tidur

Dapat menangani penyebab tidur yang tidak adekuat

Tanda – tanda kurang tidur dan istirahat tidak ada

3) Rencana tindakan

- (1). Mengawasi aktivitas kebiasaan penderita
- (2). Anjurkan klien untuk relaksasi pada waktu akan tidur.
- (3). Ciptakan suasana dan lingkungan yang nyaman.
- (4). Batasi asupan minuman yang mengandung kafein pada sore hari.
- (5). Jika berkemih pada malam hari mengganggu, batasi asupan cairan waktu malam dan berkemih waktu tidur

4) Rasional

- (1). Untuk mengetahui apa penyebab gangguan tidur penderita
- (2). Memudahkan klien untuk bisa tidur
- (3). Lingkungan dan suasana yang nyaman akan mempermudah penderita untuk tidur.
- (4). Kafein dapat mengurangi rasa ngantuk.
- (5). Meminimalkan gangguan pada waktu tidur.

3. Ansietas Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya di tandai dengan Ekspresi wajah tegang, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan, N 88x/mnt, T 120/80 mmHg, RR 24 x/mnt.

1). Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan cemas tidak terjadi/hilang.

2). Kriteria hasil :

Pasien mampu mengungkapkan secara verbal cemasnya berkurang

Ekspresi wajah tenang

Memeragakan teknik bernafas untuk mengurangi dispneu

3). Rencana tindakan :

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

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

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

(4). Anjurkan pasien untuk selalu mendekati diri kepada Alloh SWT.

4). Rasional.

(1). 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). Pasien merasa diperhatikan sehingga tidak merasa rendah diri dan bersemangat dalam menjalani pengobatan atau lebih kooperatif dalam tindakan perawatan

(3). 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). Memberi rasa tenang dan tabah dalam menerima cobaan yang diberikan padanya.

3.5 Implementasi keperawatan

Merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di buat sebelumnya

Tanggal 25-07-2012

1. Diaknosa keperawatan I

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit: 45 kg, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah, konjungtiva anemis, turgor kulit elastis, IMT 16,5.

1).Pelaksanaan

(1).Memperkenalkan diri pada pasien dan keluarga. Rasional : pasien kooperatif dengan perawat.

(2).Mencatat status nutrisi klien. Rasional: BB sebelum masuk Rs. 48 kg sesudah masuk Rs 45 kg, turgor kulit elastis, pasien tidak mual dan muntah, pasien mengatakan mulut terasa pahit.

(3).Mencatat masukan dan pengeluaran. Rasional : pasien hanya menghabiskan ½ porsi diit yang disediakan rumah sakit, pasien belum bab.

(5).Menganjurkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat. Rasional : pasien kooperatif.

2. Diagnosa keperawatan II

Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri dada ditandai dengan wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam.

1). Pelaksanaan

(1).Menanyakan kebiasaan sebelum tidur pasien. Rasional : pasien mengatakan sebelum tidur biasanya menonton tv.

(2). Mengajukan klien untuk relaksasi pada waktu akan tidur. Rasional : pasien kooperatif

(3). Menciptakan suasana dan lingkungan yang nyaman.

(4). Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Rasional : pasien kooperatif.

3. Diagnosa keperawatan III

Ansiatas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya di tandai dengan Ekspresi wajah tegang, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan, N 88x/mnt, T 120/80 mmHg, RR 24 x/mnt.

1). pelaksanaan :

(1). Menjelaskan pada pasien tentang penyakitnya, penyebabnya, penularan, dan pengobatan, serta komplikasi yang timbul bila tidak diobati secara adekuat. Rasional : pasien mengerti penjelasan perawat.

(2). Menyakinkan pada pasien bahwa dengan pengobatan dan perawatan dapat membantu menyembuhkan penyakitnya. Rasional : pasien percaya penyakitnya bisa disembuhkan.

(3). Mengajukan pasien untuk selalu mendekati diri kepada Allah SWT.

Tanggal 26-07-2012

1. Diagnosa keperawatan I

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit

: 45 kg, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah konjungtiva anemis, IMT 16,5.

1). pelaksanaan

(1). Mencatat status nutrisi klien. Rasional : turgor kulit elastis, pasien tidak mual dan muntah, pasien mengatakan mulut terasa pahit.

(2). Mencatat masukan dan pengeluaran. Rasional : makanan yang di sediakan rumah sakit habis ½ porsi, pasien belum buang air besar.

(3). Menganjurkan mengosok gigi sebelum makan. Rasional : pasien mau mengosok gigi sebelum makan.

(4). Menganjurkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat. Rasional : pasien kooperatif dengan perawat.

2. Diaknosa keperawatan II

Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri dada ditandai dengan wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam

1). Pelaksanaan

(1). Menganjurkan klien untuk relaksasi pada waktu akan tidur. Rasional : pasien kooperatif.

(2). Menciptakan suasana dan lingkungan yang nyaman. Rasional : pasien kooperatif.

(3). Melakukan observasi tanda-tanda vital. Rasional ; T: 120/80 mmHg, S: 36,5^oc, N: 88x/mnt, RR : 24x/mnt.

(4). Mengganti cairan infus RL + adona 14 tpm

- (5). Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Rasional : pasien kooperatif.

Tanggal 27-07-2012

1. Diagnosa keperawatan I

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit : 45 kg, diet TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah konjungtiva anemis, IMT 16,5.

1). pelaksanaan

(1). Mencatat status nutrisi klien. Rasional : BB 45 kg, turgor kulit elastis, pasien tidak mual dan muntah, mulut terasa pahit.

(2). Mencatat masukan dan pengeluaran. Rasional : makanan yang di sediakan rumah sakit habis ½ porsi.

(3). Menganjurkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat. Rasional : pasien kooperatif.

(4). Melakukan observasi tanda-tanda vital. Rasional ; T: 120/80 mmHg, S: 36,5^oC, N: 88x/mnt, RR : 24x/mnt

2. Diagnosa keperawatan II

Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri dada ditandai dengan wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam

1). Pelaksanaan

- (1). Mengajarkan klien untuk relaksasi pada waktu akan tidur.
- (2). Menciptakan suasana dan lingkungan yang nyaman.
- (3). Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Rasional : pasien kooperatif.

Tanggal 28-07-2012

1. Diaknosa keperawatan I

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit : 45 kg, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah konjungtiva anemis, IMT 16,5.

1). pelaksanaan

- (1). Mencatat status nutrisi klien. Rasional: turgor kulit elasti, pasien tidak mual dan muntah, mulut terasa pahit
- (2). Mencatat masukan dan pengeluaran : makanan yang di sediakan rumah sakit dihabiskan
- (3). Mengajarkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.

2. Diaknosa keperawatan II

Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri dada ditandai dengan wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam

1). Pelaksanaan

- (1). Mengajarkan klien untuk relaksasi pada waktu akan tidur.
- (2). Menciptakan suasana dan lingkungan yang nyaman.
- (3). Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Rasional : pasien kooperatif.

Tanggal 29-07-2012

1. Diaknosa keperawatan I

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit : 45 kg, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah konjungtifa anemis, IMT 16,5.

1). pelaksanaan

- (1). Mencatat status nutrisi klien. Rasional : turgor kulit elasti, pasien tidak mual dan muntah.
- (2). Mencatat masukan dan pengeluaran. Rasional : makanan yang di sediakan rumah sakit dihabiskan.
- (3). Mengajarkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.
- (4). Menimbang berat badan, hasil : 45 kg

2. Diaknosa keperawatan II

Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri dada ditandai dengan wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam

1). Pelaksanaan

- (1). Menganjurkan klien untuk relaksasi pada waktu akan tidur.
- (2). Menciptakan suasana dan lingkungan yang nyaman
- (3). Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Rasional : pasien kooperatif.

Tanggal 30-07-2012

1. Diaknosa keperawatan I

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit : 45 kg, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah konjungtifa anemis, IMT 16,5.

1). pelaksanaan

- (1). Mencatat status nutrisi klien. Rasional : turgor kulit elasti, pasien tidak mual dan muntah.
- (2). Mencatat masukan dan pengeluaran. Rasional : makanan yang di sediakan rumah sakit dihabiskan
- (3). Menganjurkan pasien makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.
- (4). Menimbang berat badan, hasil : 45 kg

3.6 Evaluasi Keperawatan

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

1. Dignosa I

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan intake yang kurang di tandai dengan keadaan umum lemah, berat badan setelah masuk rumah sakit : 45 kg, diit TKTP yang di sediakan rumah sakit dihabis setengah konjungtifa anemis

Catatan perkembangan tanggal 27-07-2012

S : Pasien mengatakan tidak nafsu makan, badan lemas.

O : keadaan umum lemah, makanan dihabiskan setengah porsi, konjungtifa anemis, berat badan 45 kg.

A : masalah belum teratasi

P : rencana di lanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 30-07-2012

S : pasien mengatakan nafsu makan meningkat,mulut tidak pahit.

O : keadaan umum cukup, BB : 45 kg, diit yang di berikan rumah sakit habis, konjungtifa tidak anemis.

A : masalah teratasi

P : rencana dihentikan

2. Diagnosa II

Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri dada ditandai dengan wajah pasien kelihatan lesu, skala nyeri 5, tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam.

Catatan perkembangan tanggal 26-07-2012

S : pasien mengatakan tidur sering terbangun karena sakit dada

O : keadaan umu lemah, wajah tampaak lesu, skala nyeri 5, tidur malam 6 jam, tidak tidur siang.

A : masalah belum teratasi

P : rencana tindakan dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 27-07-2012

S : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena dadanya sakit

O : keadaan umum lemah, skala nyeri 5, tidur malam 4 jam, tidur siang 1 jam.

A : masalah belum teratasi

P : rencana tindakan dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 28-07-2012

S : pasien mengatakan bisa tidur

O : keadaan umum cukup, tidur malam 5 jam, tidur siang 1 jam

A : masalah teratasi

P : rencana tindakan di hentikan

3. Diagnosa III

Ansiatas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya di tandai dengan Ekspresi wajah tegang, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan, N 88x/mnt, T 120/80 mmHg, RR 24 x/mnt.

Catatan perkembangan tanggal 26-07-2012

S : pasien mengatakan mulai mengerti tentang penyakitnya dan pengobatannya, pasien mengatakan tidak cemas lagi dan mau menerima keadaanya saat ini.

O : ekspresi wajah pasien tenang , pasien minum obat secara teratur. T 120/80 mmHg, N 88x/ menit, RR 20x/ menit

A : masalah teratasi

P : rencana tindakan dihentikan