

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan penderita Ny.S ini penulis lakukan di ruang Chery 4 RS. Paru Karang Tembok Surabaya, sejak tanggal 03 – 06 Agustus 2012 dengan diagnose medis pneumonia melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

3.1. Pengumpulan data (dilakukan pada tanggal 03 - 06 Agustus 2012)

1. Identitas penderita

Nama : Ny. S, jenis kelamin : perempuan, umur : 22 tahun, agama : Islam, suku / bangsa : Jawa / Indonesia, pendidikan : Sekolah menengah atas, Pekerjaan : Ibu rumah tangga, alamat : tenggumung wetan 39, tanggal masuk rumah sakit : 27 Juli 2012, nomor register : 107062, diagnose medis : pneumonia.

2. Keluhan utama

Sesak

3. Riwayat penyakit sekarang

Penderita mengatakan sesak, nyeri dada dan batuk disertai dengan dahak berwarna putih kekuningan. Semenjak merasa ada keluhan penderita berobat ke dokter. Pada tanggal 27 Juli 2012 penderita dibawa ke Rumah Sakit Paru Karang Tembok Surabaya dan di rawat di ruang Chery 4 dengan diagnose medis pneumonia.

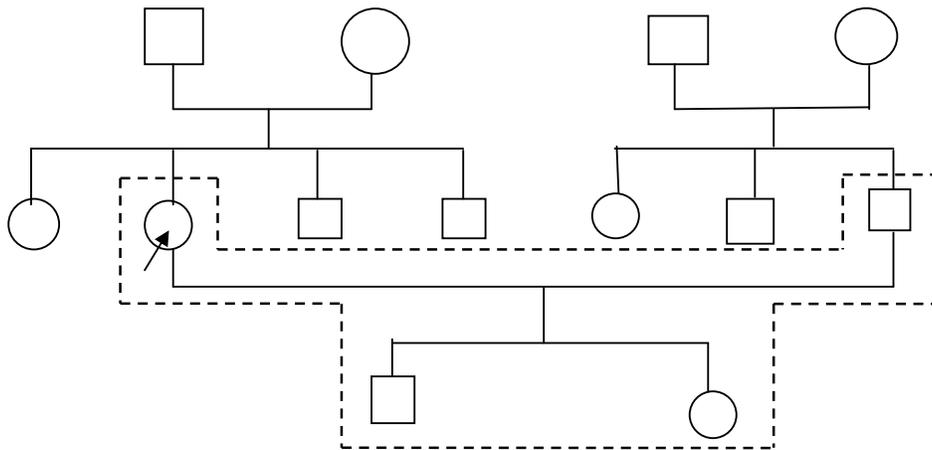
4. Riwayat penyakit dahulu

Penderita tidak mempunyai riwayat penyakit menular, seperti TBC, pneumonia, asma, dan hepatitis.

5. Riwayat penyakit keluarga

Anggota keluarga penderita tidak ada yang menderita penyakit pneumonia dan juga bronchitis kronis atau akut. Ataupun penyakit ISPA (infeksi saluran pernafasan atas) lainnya.

Genogram:



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

○ : Penderita

↖----- : orang yang tinggal serumah

6. Riwayat psikososial

Penderita mengatakan di Rumah Sakit ditunggu oleh Ibu, Bapak, atau saudaranya. Penderita tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, hubungan penderita dengan keluarga, perawat serta dokter baik.

7. Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsidan tata laksana hidup sehat

Sebelum masuk rumah sakit : Kebiasaan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, mencuci rambut 2 kali seminggu.

Masuk rumah sakit : penderita mandi 2 kali sehari (hanya diseka) dan gosok gigi 2 kali sehari.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit : penderita makan teratur 3 kali sehari dengan porsi nasi, sayur dan lauk, penderita menghabiskan porsinya. Minum air putih 1.500 setiap hari, berat badan 50 kg.

Masuk rumah sakit : penderita makan teratur 3 kali sehari dengan diet TKTP (tinggi kalori, tinggi protein) nasi tim,

Penderita mengatakan makan terasa tidak enak , nafsu makan menurun sehingga hanya menghabiskan 4-5 sendok dari porsi yang di sediakan, 1.700 cc dalam sehari (air putih,kacang hijau,susu)

Berat badan hari pertama dirawat 45 kg dan tinggi badan 150 cm.

3) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit : penderita buang air besar 1 kali sehari pada pagi hari dengan konsentrasi lembek dan buang air kecil 4 kali sehari, dengan warna kuning jernih dan tidak mengalami kesulitan.

Masuk rumah sakit : penderita buang air besar 2 hari sekali dan buang air kecil 5 sampai 6 kali sehari dengan warna kuning jernih. Penderita tidak mengalami kesulitan dalam buang air besar ataupun buang air kecil.

4) Pola tidur dan istirahat

Sebelum masuk rumah Sakit : penderita biasa tidur 6 sampai 7 jam setiap hari, ventilasi dan sirkulasi udara kurang. Pada malam hari sering bangun karena panas dan batuk.

Masuk Rumah Sakit : penderita tidur 7 jam setiap hari dan tidak ada kesulitan untuk tidur tetapi kadang-kadang batuk.

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit : penderita sehari-harinya bekerja sebagai penjual nasi uduk, penderita tidak mengalami gangguan aktivitas.

Masuk Rumah Sakit : semua aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. Penderita mengatakan sesak nafas disertai nyeri dada pada saat batuk dan badan terasa lemah.

6) Pola sensori dan kognitif

Daya pembauan, rasa, penglihatan dan pendengaran tidak ada gangguan. Penderita mengatakan nyeri dada sebelah kiri dan bertambah nyeri bila batuk. Proses berfikir baik, mudah dimengerti.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Body dan image

Penderita tidak mengalami citra tubuh, penderita juga kooperatif bila dilakukan pemeriksaan fisik, perasaan dan persepsi penderita masa lalu dan sekarang tentang gambaran dirinya positif.

Self ideal (ideal diri)

Perilaku dan persepsi penderita tidak mengalami kemunduran. Tapi penderita ingin cepat pulang dan ingin bertemu dengan keluarganya.

Self esteem (harga diri)

Penderita tidak merasa malu pada dirinya, penderita mau menerima saran-saran tentang dirinya yang harus berbuat sesuatu dengan kelemahannya dan meminta saran kepada kedua orang tuanya jika mendapat masalah yang tidak dapat ia selesaikan sendiri. Penderita juga menunjukkan kontak mata bila berbicara dengan penderita lain.

Role (peran)

Selain berperan sebagai anak dari bersaudara, penderita juga berperan mencari nafkah untuk kedua anaknya.

8) Pola hubungan dan peran

Penderita adalah seorang anak dari 4 bersaudara dan hubungan penderita dengan keluarganya, teman-temannya, perawat dan dokter baik.

9) Pola reproduksi dan seksual

Penderita sudah menikah dan berumur 22 tahun dan melakukan hubungan seksual 2 kali seminggu (sebelum masuk Rumah Sakit), dan setelah masuk Rumah Sakit penderita tidak pernah melakukan hubungan seksual.

10) Pola penanggulangan stress

Penderita selalu memecahkan masalah dengan keluarganya terutama dengan ibu dan bapaknya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Sebelum masuk rumah skit : Penderita seorang muslim dan taat menjalankan ibadah sholat 5 waktu.

Masuk rumah sakit : penderita tetap menjalankan ibadah sholat 5 waktu (beskipun dengan tidur).

8. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Tingkat kesadaran dengan : 4-5-6, bicara dengan suara jelas tapi pelan, penderita sesak dan adanya kelemahan umum serta semua aktivitas sehari-hari penderita dibantu dan dilakukan diatas tempat tidur.

2) Sistem integument

Inspeksi : Kulit warna sawo matang, kulit basah karena keringat yang terus-menerus

rambut bersih, warna hitam dan mukosa bibir kering

palpasi : telapak tangan dingin, tugor kulit baik tidak terdapat sianosi pada ujung ekstrimitas

3). Sistem respirasi

Penderita batuk dengan mengeluarkan dahak berwarna kuning, penderita mengeluh sesak nafas, pernafasan 27 x/menit, irama dan kedalaman teratur, pada pemeriksaan dada didapatkan :

Inspeksi : frekwensi pernafasan 27x/menit, bentuk dada simetris, pergerakan dada dada kanan asimetris dengan dada kiri, masih batuk dan mengeluarkan dahak putih kekuningan

Palpasi : adanya nyeri tekan pada dada kiri.

Perkusi : pada dada kiri ditemukan adanya suara redup dan pada dada kanan dalam batas normal

Auskultasi : pada dada kiri terdengar suara ronchi dan pada dada kiri dalam batas normal

4) Sistem kardiovaskuler

Selama dirumah penderita batuk keluar dahak putih kekuningan dan di rumah sakit penderita masih mengeluarkan dahak putih kekuningan

Tensi : 110/70 mmHg, nadi : 100 x/menit teratur akral hangat

Suhu : 36,7°C

5) Sistem genitourinaria

Penderita tidak terpasang kateter, urin keluar secara spontan, warna kuning jernih, tidak didapatkan adanya inkontinensia urin maupun retensi urin dan tidak didapatkan adanya nyeri pada saat buang air kecil.

6) Sistem gastro intestinal

Nafsu makan penderita menurun, tidak didapatkan mual dan muntah, penderita tidak diare ataupun konstipasi

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan tidak adanya massa pada perut bawah

Perkusi : bunyi timpani

Auskultasi : bising usus 6x/menit

7) Sistem musculoskeletal

Tidak ada kelainan pada musculoskeletal, penderita tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari karena sesak dan kelemahan umum.

9. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan radiologi (tanggal 30 Juli 2012)

Thorax foto PA :

Cor : besar dan bentuk dalam batas normal

Pulmo : tampak perselubungan pada paru dari adanya gambaran bronkogram udara.

2) Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 31 Juli 2012

HB : 8,7 gr/dl (3,4-17,7)

Leukosit : 15,2 x 10⁹/l (4,3-10,3)

Trombosit : 313 x 10⁹/l (150-350)

GDA : 119 mg/dl (\leq 200)

Elektrolit : - kalium = 2,66 mg/l (3,8-5,0) menurun.

- natrium = 133 mg/l (136-144) menurun.

Analisa Gas Darah :

pH : 7,56 (7,35-7,45)

PCO₂s : 52,4 mmHg (35-45) meningkat.

PO₂ : 73,2 mmHg (80-104) menurun.

HCO₂ : 308 mmol /l (21-25) meningkat.

Be : -5,8 mmol /l (-3,3 + 2,3) meningkat.

Hasil pemeriksaan sputum ditemukan bakteri Streptococcus Pneumonia gram positif.

Dilakukan terapi pada tanggal 3 agustus 2012

Infuse PZ : 18 tetes/menit

Gentamycin: 800 mg

Cefotaxime: 1 gr

Dexametason: ½ amp.

3.2. Analisa data

Setelah pengumpulan data kemudian data dikelompokkan sehingga didapatkan masalah-masalah penderita sebagai berikut :

DATA	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB	T.T
Subjektif : Penderita mengatakan sesak nafas , batuk dengan Mengeluarkan dahak putih kekuningan Objektif : Frekuensi pernafasan 27 x/menit ,pergerakan cuping hidung, batuk dengan mengeluarkan	Ketidak efektifan jalan nafas	Penumpukan secret di bronkus	

<p>dahak putih kekuningan, Terdengar suara ronchi pada paru – paru.</p>			
<p>Subjektif : penderita mengatakan nyeri pada dada dan bertambah nyeri bila batuk</p> <p>Objektif : penderita menahan rasa nyeri dengan menahan dada sebelah kiri pada saat batuk</p> <p>tanda-tanda vital tensi : 110/70 mmHg Suhu : 36,7°C</p>	<p>nyeri akut</p>	<p>Peradangan parenkim paru</p>	

<p>Nadi : 100 x/menit</p> <p>RR : 27 x/menit</p> <p>Skala nyeri : 05(sedang)</p>			
<p>Subjektif : Penderita mengatakan makan terasa tidak enak hanya menghabiskan 4-5 sendok makan yang di sediakan</p> <p>Objektif : penderita hanya menghabiskan 4-5 sendok makan dari porsi yang</p>	<p>Nutrisi</p>	<p>Anoreksia (tidak nafsu makan)</p>	

<p>disediakan</p> <p>penderita lemah, tanda-tanda vital.</p> <p>Tensi : 110/70 mmHg</p> <p>Suhu : 36,°C</p> <p>Nadi : 100 x/menit</p> <p>RR : 27 x/menit</p> <p>BB : sebelum masuk rumah sakit 50</p> <p>BB : setelah masuk rumah sakit 45</p>			
--	--	--	--

3.3. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data tersebut, dapat dibuat beberapa diagnose keperawatan pada penderita berdasarkan prioritasnya :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas sehubungan dengan penumpukan secret pada jalan nafas ditandai dengan penderita mengatakan sesak nafas, frekuensi pernafasan 27 x/menit, pergerakan cuping hidung, batuk dengan mengeluarkan dahak kental berwarna putih kekuningan.
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan peradangan parenkim paru, ditandai dengan penderita mengatakan nyeri dada, dan bertambah nyeri

bila batuk, tanda-tanda vital (tensi : 110/70 mmHg, suhu : 36,7 °C , nadi : 100 x/menit, RR : 27 x/menit).

3. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sehubungan dengan anoreksia ditandai dengan penderita mengatakan makan terasa tidak enak, menghabiskan 4-5 sendok makan dari porsi yang disediakan, nafsu makan menurun, tanda-tanda vital (tensi : 110/70 mmHg, nadi : 100 x/menit, suhu : 36,7 °C, pernafasan : 27 x/menit) berat badan penderita sebelum masuk Rumah Sakit 50 kg, berat badan pada hari pertama 45 kg dan tinggi badannya 150cm.
4. Keterbatasan aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum, ditandai dengan penderita mengatakan badannya lemah tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari, penderita mengatakan bila beraktifitas nafasnya menjadi cepat, segala aktifitas penderita dibantu oleh keluarga.

3.4. Rencana Keperawatan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas sehubungan dengan penumpukan secret pada jalan nafas ditandai dengan penderita mengatakan sesak nafas, frekuensi pernafasan 27 x/menit, pergerakan cuping hidung, batuk dengan mengeluarkan dahak kental berwarna putih kekuningan

Tujuan : Jalan nafas penderita kembali efektif dalam waktu 2 x 24 jam

Kriteria hasil :

- a) Penderita dapat mendemonstrasikan batuk yang efektif.

- b) Frekuensi pernafasan 16 – 24 x/menit.
- c) Tidak menggunakan otot bantu pernafasan.
- d) Tidak ada pergerakan cupping hidung.
- e) Tidak ada suara tambahan pada paru.

Rencana Tindakan :

- a) Lakukan pendekatan secara terapeutik kepada penderita dan keluarga.
- b) Auskultasi paru, catat daerah penurunan aliran udara dan suara tambahan.
- c) Berikan posisi semi fowler.
- d) Demonstrasikan cara batuk efektif dan motivasi penderita untuk melakukannya.
- e) Lakukan fibrasi dan vupping pada punggung.
- f) Berikan minuman air hangat minimal 2500cc/hari.
- g) Kolaborasi dg dokter dalam pemberian nebulizer , suction , oksigen.

Rasional :

- a) Pendekatan diharapkan penderita dan keluarga dapat di ajak kerjasama didalam membantu pelaksanaan asuhan keperawatan
- b) Auskultasi dapat mengetahui apakah ada suara tambahan / tidak .
- c) Posisi semi fowler dapat memberikan pengembangan dada menjadi maksimal dan pengisian udara pad paru bisa maksimal.
- d) Batuk efektif merupakan mekanisme pergerakan dan pengeluaran secret.
- e) Callaping diharapkan dapat menjatuhkan secret-secret pada saluran pernafasan dan fibrasi dapat mengeluarkan secret.
- f) Cairan terutama yang hangat membantu didalam mengencerkan secret.

g) Mekanisme pembersihan silia pada jalan nafas dapat membantu mengeluarkan sputum.

2. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan peradangan parenkim paru, ditandai dengan nyeri dada, dan bertambah nyeri bila batuk, tanda-tanda vital (tensi : 110/70 mmHg, suhu : 36,7°C, nadi : 100 x/menit, RR : 27 x/menit), penderita menahan nyerinya dengan menahan dada pada saat batuk.

a. Tujuan : rasa nyeri penderita berkurang / hilang dalam waktu 2 x 24 jam.

b. Kriteria hasil

- 1) Penderita mengatakan nyeri berkurang
- 2) Ekpresi wajah dan gerakan tubuh rileks penderita dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi.

c. Rencana tindakan

- 1) Ukur skala nyeri (tipe, lokasi, skala serta perubahan intensitasnya)
- 2) Jelaskan sebab terjadinya nyeri pada penderita.
- 3) Anjurkan penderita untuk mengurangi nyeri misalnya dengan teknik relaksasi, stimulasi, mendengarkan musik / radio.
- 4) Berikan lingkungan yang nyaman dan tenang, batasi pengunjung.
- 5) Lakukan observasi tanda-tanda vital.
- 6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik jika perlu.

d. Rasional

- 1) Dengan mengukur skala nyeri dapat mengidentifikasi masalah yang timbul untuk menentukan intervensi selanjutnya.
- 2) Penjelasan akan dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat mengurangi rangsangan nyeri.

- 3) Tehnik relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot sehingga asetikolin tidak banyak diproduksi sehingga nyeri berkurang.
- 4) Dengan lingkungan yang nyaman diharapkan penderita lebih tenang sehingga dapat mengurangi nyeri.
- 5) Untuk mendeteksi gejala dini yang timbul.

Analgetik dapat mengurangi rangsangan nyeri. Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sehubungan dengan anoreksia ditandai dengan penderita mengatakan makan terasa tidak enak, menghabiskan 4-5 sendok makan dari porsi yang disediakan, nafsu makan menurun, tanda-tanda vital (tensi : 110/70 mmHg, nadi : 100 x/menit, suhu : 36,7 °C, pernafasan : 27 x/menit) berat badan penderita sebelum masuk Rumah Sakit 50 kg, berat badan pada hari pertama 45 kg dan tinggi badannya 150cm.

Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi dalam waktu 3 x 24 jam

Kriteria hasil :

- 1) Penderita dapat mempertahankan atau mencapai berat badan yang ditargetkan (0,5 – 1 kg/minggu).
- 2) Tidak terjadi penurunan berat badan.
- 3) Penderita dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan.

Rencana tindakan :

- 1) Identifikasi faktor – faktor yang dapat menimbulkan mual dan muntah.
- 2) Berikan tempat yang tertutup untuk menampung sputum dan gantilah secara teratur.
- 3) Anjurkan penderita membersihkan mulut setelah muntah dan makan.
- 4) Auskultasi peristaltik usus, palpasi adanya massa pada saluran pencernaan.

- 5) Berikan makanan dengan diit TKTP.
- 6) Anjurkan makan dengan porsi kecil tapi sering.
- 7) Batasi makan dan minum yang berlemak.
- 8) Timbang berat badan secara teratur setiap minggu.
- 9) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian vitamin

Rasional :

- 1) Untuk membantu merencanakan tindakan yang dipilih berdasarkan penyebab yang menimbulkan masalah.
- 2) Untuk menciptakan lingkungan yang bersih dan dapat mengurangi reflek mual.
- 3) Untuk mengurangi tindakan keperawatan.
- 4) Suara peristaltik usus menurun dapat menunjukkan proses perencanaan yang tidak adekuat karna proses infeksi.
- 5) Tindakan ini dimaksudkan untuk memberikan pemasukan makanan yang dibutuhkan.
- 6) Dengan porsi kecil tapi sering dapat memenuhi kebutuhan makanan yang diperlukan.
- 7) Makanan dan minuman yang berlemak mempersulit pencernaan.
- 8) Untuk memonitor berat badan penderita.
- 9) Salah satu alternatif untuk meningkatkan nafsu makan sehingga kebutuhan nutrisi terpenuhi.

3.5. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan perwujudan atau penerapan secara nyata dari rencana tindakan keperawatan penderita. Berdasarkan

perencanaan yang termasuk di atas maka pelaksanaan pada masing-masing diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Diagnosa keperawatan 1 : Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret pada jalan nafas.

Tanggal 03 agustus 2012 :

- 1) Melakukan pendekatan secara terapeutik kepada penderita dan keluarga.
 - 2) Mengobservasi kecepatan dan kedalaman pernafasan serta pergerakan dada.
 - 3) Mencatat daerah penurunan aliran udara dan suara tambahan dan auskultasi paru.
 - 4) Memberikan posisi semi fowler kepada klien.
 - 5) Mengajarkan pada penderita untuk berlatih nafas dalam dan batuk efektif.
 - 6) Melakukan fibrasi dan clapping pada punggung.
 - 7) Memberikan minum air hangat minimal 2500cc/hari.
 - 8) Melakukan advis dokter dalam memberikan terapi nebuliser dan suction.
 - 9) Melakukan advis dokter dalam pemberian terapi oksigen 4m/menit.
 - 10) Kolaborasi dengan dokter dalam terapi obat
2. Diagnosa keperawatan 3 : Gangguan rasa (nyeri akut) berhubungan dengan peradangan parenkim paru.

tanggal 03 agustus 2012

- 1) Mengukur skala nyeri (tipe, lokasi, skala serta perubahan intensitasnya).
- 2) Menjelaskan sebab terjadinya nyeri pada penderita.
- 3) Menganjurkan serta mengajari penderita mengurangi rasa nyeri dengan tehnik relaksasi dan mengalihkan perhatian penderitadengan mendengarkan music dan lain-lain.

- 4) Memberi lingkungan yang nyaman dan tenaga pada penderita dengan membatasi pengunjung.
 - 5) Mengukur dan mencatat tanda-tanda vital (tensi : 110/70 mmHg, suhu : 36,7°C, nadi : 100 x/menit, RR : 27 x/menit).
 - 6) Mengukur advis dokter dalam memberikan terapi.
3. Diagnosa keperawatan 2 :Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan dengan anoreksia.

Tanggal 3 agustus 2012

- 1) Mengiden tifikasikan faktor yang menimbulkan anoreksia
- 2) Memberikan tempat yang tertutup untuk menampung sputum dan mengatikannya secara teratur.
- 3) Menganjurkan penderita untuk membersihkan mulut setelah makan.
- 4) Memberikan makan dengan diit TKTP.
- 5) Menganjurkan pada klien dengan porsi makan sedikit tapi sering.
- 6) Membatasi makan dan minum yang berlemak.
- 7) Menimbang berat badan klien setiap 2hari.

3.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan , yang mana evaluasi dapat dikatakan berhasil bila tujuan dari kriteria hasil tercapai.

Catatan perkembangan dan evaluasi hasil :

Diagnosa keperawatan 1 : ketidakefektifan jalan nafas berhungan dengan penumpukan secret pada jalan nafas.

Tanggal 04 agustus 2012

Subyektif : penderita mengatakan sesak nafas

Obyektif : penderita tidak dapat mendemonstrasikan batuk efektif ,tanda – tanda vital (tensi : 110/70mmhg,nadi : 88x/menit,suhu: 36,3°C, Rr :24x/menit).

Assesment : tujuan belim tercapai

Planing : tindakan dilanjutkan.

Tanggal 05 agustus 2012

Subyektif : Penderita mengatakan sesak berkurang

Objektif : Penderita dapat mendemonstrasikan batuk efektif , tanda-tanda vital(tensi : 110/70mmHg, nadi : 88x/menit, suhu : 36,3°C, RR : 24x/menit)

Assesment : masalah teratasi

Planing : tindakan di hentikan

Diagnosa keperawatan 2 :Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan peradangan parenkim paru.

Tanggal 04 agustus 2012

Subyektif : penderita mengatakan nyeri pada dada

Obyektif : penderita masih memegang dadanya saat batuk, penderita mengalihkan perhatiannya dengan mendengarkan musik / radio, tanda-tanda vital (tensi : 110/70 mmHg, suhu : 36,3°C, nadi : 88 x/menit, RR : 24 x/menit)

Assesment : Masalah belum teratasi

Planing : Tindakan dilanjutkan

Tanggal 05 agustus 2012

Subyektif : Penderita mengatakan nyeri pada dada hilang

Obyektif : Penderita tampak rilek , tanda-tanda vital (tensi : 110/70mmHg, suhu : 36,3°C, nadi : 88x/menit, RR : 24 x/menit)

Assesmen : Masalah teratasi

Planing : tindakan dihentikan

Diagnosa keperawatan 3 :Gangguan kebutuhan Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia

Tanggal 04 agustus 2012 :

Subyektif : penderita mengatakan makan terasa tidak enak, nafsu makan menurun,tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan.

Obyektif : klien tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan,klien menghabiskan 4-5 sendok makan tiap kali makan,klien tampak lemah,bibir kering,tanda-tanda vital (tensi 110/70mmhg,suhu 36,2°C,nadi 88 x/menit,Rr 24x/menit)

Assesment : masalah belum teratasi

Planning : Tindakan dilanjutkan

Tanggal 05 agustus 2012

Supyektif : penderita mengatakn nafsu makan menurun,

Penderita tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan

obyektif : Penderita tidak menghabiskan porsi makan yang

Disediakan penderita menghabiskan ½ porsi makan setiap kali makan, penderita sedikit segar tanda-tanda vital, (110/70 mmHg, nadi :88x/menit, suhu : 36,°C, pernafasan : 24 x /menit)

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Plenning : Tindakan dipertahankan

Tanggal 06 agustus 2012

Subyektif : penderita mengatakan nafsu makan meningkat,

Tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan

Obyektif : penderita tidak menghabiskan porsi makan yang

Disediakan , penderita menghabiskan 2/3 porsi maka yang disediakan setiap makan , tanda-tanda vital, (tensi : 120/80 mmHg, nadi : 88x/menit suhu : 36, °C, pernafasan : 24 x/menit.

Assesment : Masalah teratasi

Plenning : tindakan dihentikan