

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan Keperawatan pada klien Ny. U dengan leukemia kronik melanosit dengan menggunakan proses perawatan yang dilaksanakan di ruang rawat inap interne wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 12 – 24 Mei 2001.

A. Pengkajian.

Tanggal 16 Mei 2001.

1. Pengumpulan Data.

a. Biodata.

Nama : Ny. U, Umur 25 tahun, jenis kelamin : perempuan,
pendidikan : SMU, agama : Islam, pekerjaan ; karyawan, tanggal MRS
: 9 Mei 2001, Diagnosa Medis : leukemia kronik melanosit, Nomor
Register : 10 72 07.

2. Keluhan Utama.

Klien merasa lemah, badan panas, pusing, mual dan muntah jika makan dari rumah sakit.

3. Riwayat Kesehatan.

1) Riwayat kesehatan lalu.

Klien mengatakan bahwa sebelumnya klien pernah mengalami sakit leukemia 2 tahun yang lalu dan di opname di RSUD Dr. Soetomo selama satu bulan dan selain mendapat terapi obat klien juga mendapat terapi sitostatika 1 kali selama di rumah sakit dan kemudian klien sembuh.

2) Riwayat kesehatan sekarang.

Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing, mual dan muntah jika makan dan perut membesar pada tanggal 8 Mei 2001. Kemudian klien dibawa ke RSUD Dr. Soetomo dan di IRD klien pingsan. Kemudian klien dianjurkan untuk opname oleh dokter, lalu klien dikirim ke ruang interne wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan diagnosa medis cronik melanosit leukemia (CML).

3) Riwayat penyakit keluarga.

Dalam keluarga klien tidak ada yang menderita leukemia dan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit diabetes militus, hipertensi ataupun penyakit menular dan menurun yang lain.

4. Pola – pola fungsi kesehatan.

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat.

Sebelum masuk rumah sakit apabila klien atau keluarganya ada yang sakit selalu berobat ke puskesmas atau ke dokter. Klien mandi 3 kali sehari, keramas 3 kali seminggu, dan klien menggosok gigi 2 kali sehari.

Saat di rumah sakit klien mendapatkan terapi obat dari dokter dan klien mandi hanya di seka oleh keluarga ataupun perawat 2 kali sehari.

2) Pola nutrisi dan metabolisme.

Sebelum MRS klien makan 3 kali / hari dengan porsi yang cukup dengan komposisi nasi, sayur, dan lauk pauk. Klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan. Klien minum air putih 6-7 gelas / hari.

Saat MRS klien makan 3 kali / hari dan menghabiskan seperempat porsi yang disediakan rumah sakit seperti nasi, sayur, dan daging atau telur dan klien juga mendapat tambahan buah. Klien tidak nafsu makan karena tidak suka dengan bau makanan yang disediakan di rumah sakit. Minum 6-7 gelas / hari, klien merasa enek (mual) dan muntah jika makan, klien mendapat diit TKTP.

3) Pola aktivitas dan latihan.

Sebelum masuk rumah sakit klien beraktivitas biasa sebagai karyawan pabrik.

Saat di rumah sakit karena badannya lemah dan klien merasa pusing jika berdiri, klien hanya tiduran dan untuk melakukan aktivitas sehari-hari terkadang memerlukan bantuan orang lain (mandi, berdiri).

4) Pola eliminasi.

Sebelum masuk rumah sakit klien buang air kecil dengan lancar 4 – 5 kali / hari tanpa ada keluhan, buang air besar 1 kali /

hari dengan lancar dengan konsistensi lunak, bau khas, warna kuning kecoklatan.

Saat masuk rumah sakit klien buang air kecil dengan lancar 4 – 5 kali / hari dengan dibantu diatas tempat tidur, klien selama dirumah sakit buang air besar 2 hari sekali dengan konsistensi padat, bau khas, kuning kecoklatan.

5) Pola tidur dan istirahat.

Sebelum masuk rumah sakit klien tidur 7 – 8 jam, pada malam hari mulai jam 21.00 – 04.00 WIB. Dan siang hari tidak pernah tidur karena klien harus bekerja. Klien tidak menggunakan obat-obatan sebelum tidur.

Saat di rumah sakit klien tidur \pm 7 – 8 jam pada malam hari mulai jam 22.00 – 05.00 WIB tetapi sedikit-sedikit terbangun karena suasana ruangnya dan tidur siang 1 jam, klien tidur dengan menggunakan lampu tidak dimatikan.

6) Pola persepsi dan kognitif.

Status penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan pengecapan baik. Klien mengerti tentang sakitnya yang lama tak kunjung sembuh. Klien masih takut dan khawatir tentang keadaannya saat ini.

7) Pola persepsi diri.

Klien berharap apabila sembuh akan segera pulang kerumah dan bekerja kembali, klien mengatakan takut dan cemas kalau tidak bisa sembuh.

8) Pola hubungan dan peran.

Klien adalah seorang istri dan ibu dari satu anaknya, klien tinggal di rumah bersama suami, anak dan orang tuanya. Hubungan antara klien dan keluarga serta masyarakat tetap baik meskipun klien berada di rumah sakit. Klien sering di jenguk baik keluarga maupun temannya sekampung atau sekerjanya.

9) Pola reproduksi dan seksual.

Klien berjenis kelamin perempuan, usia 25 tahun, mempunyai seorang putri dan status sudah menikah.

10) Pola penanggulangan stres.

Di rumah apabila klien mempunyai masalah selalu dibicarakan pada suaminya kadang pada ibunya.

Saat di rumah sakit jika mempunyai masalah selain dibicarakan dengan keluarga kadang diselesaikan dengan perawat maupun dokter.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan.

Klien adalah orang yang beragama Islam dan taat beribadat. Kewajiban melaksanakan sholat lima waktu tetap dilakukan walaupun berada di rumah sakit (walaupun dengan tidur).

5. Pemeriksaan fisik.

1) Keadaan Umum.

Keadaan umum klien lemah, terbaring di tempat tidur, ekspresi wajah klien gelisah, pada lengan kiri terpasang infus RL 14 tetes / menit. Tanda-tanda vital tekanan darah : 110 / 70 mmHg, nadi 80 kali / menit, suhu 38 °C, RR 20 kali / menit. Klien sering bertanya tentang penyakitnya baik pada dokter maupun perawat.

2) Sistem respirasi.

Bentuk dada simetris, pernafasan : 20 kali / menit, tidak didapatkan sesak nafas, pernafasan melalui hidung, tidak didapatkan gerakan cuping hidung, tidak terdapat lesi pada hidung, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada batuk atau pilek.

3) Sistem kardiovaskuler.

Tidak ditemukan adanya takikardi, nadi 80 kali / menit. irama teratur, suara jantung normal, S1, S2 tunggal, tekanan darah 110 / 70 mmHg pada lengan kanan dalam posisi berbaring, tidak ada nyeri dada, tidak cyanosis, akral hangat.

4) Sistem genitourinaria.

Buang air kecil lancar, frekuensi 4 – 5 kali / hari klien tidak terpasang kateter. Tidak nyeri saat buang air kecil, tidak inkontinensia dan tidak retensi urin.

5) Sistem gastrointestinal.

Pada perut didapatkan kembung, bising usus normal (10 kali / menit), perut membesar dan keras, perut terasa mual dan ingin muntah jika ditekan.

6) Sistem integument.

Pada palpasi kulit terasa hangat, kulit tidak cyanosis, turgor kulit baik, warna kulit hitam dan kering, tidak terdapat lesi dan tidak terdapat purpura.

7) Sistem endokrin.

Tidak didapatkan adanya pembesaran kelenjar thyroid, dan tidak terdapat pembesaran pada vena jugularis, tidak ada kelainan pada kelenjar pankreas.

8) Sistem muskuloskeletal.

Saat ini klien membatasi gerakannya karena klien lemah, pada ekstremitas atas dan bawah tidak ada gangguan, tidak ada bengkak pada ekstremitas, tidak ada nyeri tekan.

9) Sistem Persyarafan.

Kesadaran compos mentis, orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu baik. Refleks terhadap cahaya baik, tidak ada tetraplegi atau paraplegi.

6. Pemeriksaan penunjang.

1) Pemeriksaan laboratorium.

Tanggal 9 Mei 2001.

- Trombosit: 152.000 / ul (normal : 150.000 – 400.000 / ul)
- Hb : 9,6 gr / dl. (normal : 12 – 14 gr / dl)
- Leukosit : 34.800 / mm³ (normal : 5000 – 10.000 / ul)
- Hitung jenis :
 - basofil : -1 (normal : 0 – 1)
 - eosinofil : -3 (normal : 1 – 3)
 - neutrofil segment : -20 (normal : 50 – 70)
 - limfosit : -23 (normal : 20 – 70)
 - monosit : -1 (normal : 2 – 8)

Tanggal 10 Mei 2001

- Urea natrium : 10 mg / dl (normal : 10 – 20 mg / dl)
- kreatinin serum : 0,85 mg / dl (normal : < 1,5 mg / dl)
- SGOT : 18 u / l (normal 25 u / l)
- SGPT : 9 u / l (normal : 29 u / l)

2. Analisa Data.

1. Kelompok data pertama (tanggal 16 Mei 2001).

1) Data subyektif.

Klien mengatakan badan terasa panas, pusing.

2) Data obyektif.

Klien terbaring lemah ditempat tidur, leukosit $34.800 / \text{mm}^3$.

Tensi : 110 / 70 mmHg, nadi : 80 kali / menit, suhu : 38°C , Hb 9,6 gr %.

3) Masalah.

Potensial terjadinya infeksi.

4) Kemungkinan penyebab.

Menurunnya daya tahan tubuh.

b. Kelompok data kedua.

Tanggal 16 Mei 2001

1). Data Subyektif.

Klien mengatakan tidak suka dengan bau makanan di rumah sakit.

Klien mengatakan jika makan muntah.

2). Data Obyektif

Makan habis $\frac{1}{4}$ porsi, berat badan sebelum masuk rumah sakit 37

Kg dan saat masuk rumah sakit 35 Kg, perut kembung, tensi 110 /

70 mmHg, nadi 80 kali / menit, suhu 38°C .

3). Masalah

Perubahan pola nutrisi.

4). Kemungkinan penyebab

Nafsu makan menurun.

c. Kelompok Data Ketiga

Tanggal 16 Mei 2001

1). Data Subyektif

Klien mengatakan badan terasa lemah.

2). Data Obyektif

Klien hanya beristirahat di tempat tidur, klien pusing, pucat, Hb 9,6 gr %, leukosit 34.800 / mm³, tensi 110 / 70 mmHg, nadi 80 kali / menit, suhu 38 °C.

3). Masalah

Intoleransi aktivitas.

4). Kemungkinan penyebab

Kelemahan fisik.

d. Kelompok Data Keempat

Tanggal 16 Mei 2001

1). Data Subyektif

Klien mengatakan khawatir akan penyakitnya.

2). Data Obyektif

Klien cemas, lemah, ekspresi wajah gelisah, klien sering bertanya tentang penyakitnya baik pada dokter maupun pada perawat, tensi 110 / 70 mmHg, nadi 80 kali / menit, suhu 38 °C.

3). Masalah

Psikologi (cemas).

4). Kemungkinan penyebab

Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang ditemukan adalah sebagai berikut :

1. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan menurunnya daya tahan tubuh ditandai dengan badan terasa panas, suhu 38 C, pusing, klien lemah, Hb 9,6 gr %.
2. Perubahan pola nutrisi berhubungan dengan nafsu makan menurun ditandai dengan klien jika makan muntah, berat badan sebelum masuk rumah sakit 37 Kg turun menjadi 35 Kg, perut kembung, tensi 110 / 70 mmHg, nadi 80 kali / menit, suhu 38 C, klien lemah.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan badan terasa lemah, klien hanya bedrest ditempat tidur, klien pucat, pusing, tensi 110 / 70 mmHg, nadi 80 kali / menit, suhu 38 C, Hb 9,6 gr %, leukosit 34.800 mm.
4. Gangguan psikologi (cemas) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya ditandai dengan klien sering bertanya tentang penyakitnya, ekspresi wajah gelisah, tensi 110 / 70 mmHg, nadi 80 kali / menit.

B. Perencanaan

Perencanaan dari diagnosa keperawatan yang ada berdasarkan prioritas adalah sebagai berikut :

1. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan menurunnya daya tahan tubuh ditandai dengan badan terasa panas, pusing, klien lemah, Hb 9,6 gr %, leukosit 34.800 mm, suhu 38 C.

a. Tujuan :

Infeksi tidak terjadi dalam 3x24 jam.

b. Kriteria hasil :

- Pasien tidak lemah
- Hb normal (12 – 14 gr %), leukosit normal (4.000 – 11.000 / mm).
- Tanda-tanda infeksi tidak ada.
- Tanda tanda vital dalam batas normal.

c. Rencana Tindakan

- 1) Beri penjelasan sebab akibat infeksi.
- 2) Monitor terjadinya tanda-tanda infeksi (rubor, color, dolor, fungsiolaesae).
- 3) Lakukan observasi gejala kardinal meliputi tekanan darh, nadi, suhu, dan pernafasan.
- 4) Anjurkan untuk melakukan kompres dingin.
- 5) Anjurkan klien untuk banyak minum.
- 6) Kolaborasi dengan dokter atau tim medis lain dalam pemberian antibiotika.

d. Rasional.

- 1) Diharapkan klien dapat mengerti sebab akibat infeksi sehingga mudah untuk diajak kerjasama dalam tindakan perawatan selanjutnya.
- 2) Untuk mengetahui tanda infeksi sedini mungkin dan untuk mencegah terjadinya infeksi.
- 3) Mengetahui gejala kelainan secara dini.
- 4) Mempercepat proses konduksi (perpindahan panas).
- 5) Untuk mengganti cairan yang hilang.
- 6) Untuk membantu mempercepat proses penyembuhan dan untuk memperbaiki kondisi tubuh.

2. Perubahan pola nutrisi berhubungan dengan nafsu makan menurun ditandai dengan klien jika makan muntah, berat badan sebelum di rumah sakit 37 Kg turun 2 Kg menjadi 35 Kg, perut kembung tensi 110 / 70 mmHg, nadi 80 kali / menit, klien lemah.

a. Tujuan.

Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dalam waktu 2x24 jam.

b. Kriteria hasil.

- Berat badan klien meningkat.
- Tanda-tanda vital dalam batas normal (T : 120 / 80 mmHg, nadi 60-80 kali / menit).
- Klien tidak mual dan muntah.
- Perut tidak kembung.

- Klien tidak lemah.

c. Rencana tindakan.

- 1) Beri penjelasan pada klien dan keluarga pentingnya nutrisi bagi tubuh.
- 2) Observasi intake dan out put.
- 3) Sajikan makanan yang hangat dan menarik.
- 4) Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering.
- 5) Timbang berat badan tiap hari.
- 6) Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit klien dan pemberian vitamin B12.

d. Rasional.

- 1) Dengan penjelasan dapat mengerti dan menambah pengetahuan pasien dan keluarga sehingga tidak putus asa dalam pemberian nutrisi.
- 2) Dengan observasi intake dan out put dapat mengetahui jumlah makanan yang masuk dan yang keluar.
- 3) Dapat meningkatkan nafsu makan klien.
- 4) Untuk mengurangi perasaan enek dan mual klien.
- 5) Untuk mengetahui perkembangan dan berat badan klien naik atau turun.
- 6) Dapat membantu meningkatkan nafsu makan pasien dan diit yang baik untuk klien

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan badan terasa lemah, klien hanya bedrest ditempat tidur, klien pucat, pusing, tensi 110 / 70 mmHg, nadio 80 kali / menit, suhu 38 C, Hb 9,6 gr %, leukosit 34.800 / mm.

a. Tujuan :

Klien dapat meningkatkan aktivitas fisik dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari dalam waktu 2 hari.

b. Kriteria hasil :

- Klien dapat beraktivitas sendiri dengan bantuan seminimal mungkin.
- Klien tidak lemah.
- Tanda-tanda vital dalam batas normal (T 120 / 80 mmHg, nadi 60-80 kali / menit).

c. Rencana tindakan.

- 1) Beri penjelasan tentang keterbatasan aktivitas klien.
- 2) Observasi tanda-tanda vital.
- 3) Bantu aktivitas sesuai dengan kemampuan.
- 4) Ajarkan klien metode penghematan energi aktivitas.
- 5) Anjurkan klien untuk latihan penguatan.
- 6) Hindarkan klien dari benda tajam.

d. Rasional

- 1) Diharapkan klien mengerti penyebab keterbatasan aktivitas sehingga mudah untuk diajak kerjasama dalam tindakan perawatan selanjutnya.
 - 2) Untuk mengetahui gejala dini penyakit penyerta yang lain.
 - 3) Diharapkan dapat membantu mengatasi perkembangan asuhan keperawatan pada masalah aktivitas.
 - 4) Untuk membantu agar klien dapat beraktivitas.
 - 5) Untuk meningkatkan energi.
 - 6) Untuk menghindari terjadinya kecelakaan atau perdarahan.
4. Gangguan psikologis (cemas) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya dan pengobatannya ditandai dengan klien sering bertanya tentang penyakitnya, ekspresi wajah gelisah, klien mengatakan takut dan khawatir dengan keadaannya.
- a. Tujuan :

Cemas berkurang atau hilang dalam waktu 1x24 jam.
 - b. Kriteria hasil
 - Ekspresi wajah tidak gelisah.
 - Klien terlihat lebih tenang.
 - Tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - c. Rencana tindakan
 - 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit dan pengobatan.
 - 2) Beri kesempatan pasien untuk mengekspresikan perasaannya.

- 3) Jelaskan semua tujuan dan prosedur perawatan maupun pengobatan yang akan dilakukan.
- 4) Beri dorongan klien untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan YME.
- 5) Libatkan keluarga pada saat memberikan tindakan perawatan.

d. Rasional

- 1) Untuk mengetahui tingkat pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya.
- 2) Untuk mengurangi kecemasan.
- 3) Klien mengerti tujuan dari prosedurnya dan memberikan kesempatan pada klien menyiapkan mental sehingga akan meningkatkan nilai kooperatif dan mengurangi kecemasan.
- 4) Perasaan tenang akan timbul bila klien mendekatkan diri pada Tuhan YME.
- 5) Keluarga adalah orang terdekat klien sehingga klien merasa lebih tenang pada saat dilakukan tindakan perawatan.

C. Pelaksanaan

1. Potensial terjadinya infeksi berhubungan dengan menurunnya daya tahan tubuh.

Tanggal 16 Mei 2001

- a. Memberikan penjelasan pada klien tentang sebab akibat infeksi.
- b. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian obat oral bisolfan 3x500 mg.

- c. Menganjurkan pada klien untuk melakukan kompres dingin.
- d. Menganjurkan klien untuk minum banyak.
- e. Melaksanakan observasi tanda-tanda vital :

Tensi 110 / 70 mmHg, nadi 80 kali / menit, suhu 38 C.

2. Perubahan pola nutrisi berhubungan dengan menurunnya nafsu makan.

Tanggal 16 Mei 2001.

- a. Memberikan penjelasan pada klien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh.
- b. Menyajikan makanan yang hangat dan menarik.
- c. Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering.
- d. Menimbang berat badan klien.

Tanggal 17 Mei 2001.

- a. Melakukan observasi tanda-tanda vital.
- b. Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering.
- c. Menimbang berat badan klien.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

Tanggal 16 Mei 2001.

- a. Melakukan observasi tanda-tanda vital.
- b. memberi penjelasan tentang keterbatasan aktivitas klien.
- c. Menganjurkan klien untuk latihan penguatan otot.

Tanggal 17 Mei 2001.

- a. Melakukan observasi tanda-tanda vital.
- b. Mengajarkan klien untuk metode penghematan energi untuk aktivitas.

c. Menghindarkan klien dari benda tajam.

4. Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan.

Tanggal 16 Mei 2001.

- a. Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakit dan pengobatannya.
- b. Memberi dorongan klien untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan YME.
- c. Memberi kesempatan klien untuk mengekspresikan perasaannya.
- d. Melakukan observasi tanda-tanda vital.

D. Evaluasi.

1. Catatan perkembangan.

- a. Potensial terjadinya infeksi berhubungan dengan menurunnya daya tahan tubuh.

Tanggal 17 Mei 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan badan sudah tidak panas dan tidak pusing.

2) Data obyektif.

Klien tidak terbaring lemah ditempat tidur, klien mulai belajar duduk sendiri, suhu 37 C, tensi 110 / 70 mmHg.

3) Assesment.

Masalah teratasi sebagian.

4) Planning.

Tindakan perawatan diteruskan nomor 4, 6, dan 7.

- b. Perubahan pola nutrisi berhubungan dengan menurunnya nafsu makan.

Tanggal 17 Mei 2001.

- 1) Data subyektif.

Klien mengatakan tidak suka dengan bau makanan di rumah sakit, klien mengatakan jika makan muntah.

- 2) Data obyektif.

Makan habis $\frac{1}{4}$ porsi, berat badan sebelum masuk rumah sakit 37 Kg dan saat masuk rumah sakit 35 Kg, perut tidak kembung, tensi 110 / 70 mmHg, nadi 88 kali / menit, suhu 37 C.

- 3) Assesment.

Masalah belum teratasi.

- 5) Planning.

Tindakan perawatan diteruskan nomor 2, 3, 4, 5 dan 6.

Tanggal 18 Mei 2001.

- 1) Data subyektif.

Klien mengatakan tidak suka dengan makanan di rumah sakit, klien mengatakan jika makan terasa enek.

- 2) Data obyektif.

Klien makan habis $\frac{1}{4}$ porsi, berat badan mengalami peningkatan 3 ons dari 35 Kg menjadi 35,3 Kg, perut tidak kembung, tensi 120 / 80 mmHg, nadi 88 kali / menit, suhu 37,3 C.

- 3) Assesment.

Masalah teratasi sebagian.

4) Planning.

Tindakan perawatan dilanjutkan nomor 2, 3, 4, dan 5.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

Tanggal 17 Mei 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan badan terasa lemah.

2) Data obyektif.

Klien banyak beristirahat ditempat tidur, klien pusing dan pucat, Hb 9,6 gr %, nadi 88 kali / menit, suhu 37 C.

3) Assesment.

Masalah belum teratasi.

5) Planning.

Tindakan perawatan dilanjutkan nomor 1, 2, 3, 4, dan 5.

Tanggal 18 Mei 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan badannya sudah tidak lemah.

2) Data obyektif.

Klien tampak segar, klien mulai belajar duduk dan berdiri sendiri, klien jarang pusing, tensi 120 / 80 mmHg, nadi 88 kali / menit, suhu 37,3 C.

3) Assesment.

Masalah teratasi sebagian.

4) Planning.

Tindakan perawatan dilanjutkan nomor 2, 3, 4, dan 5.

d. Gangguan psikologis (cemas) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.

Tanggal 17 Mei 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan sudah tidak khawatir tentang penyakitnya.

2) Data obyektif.

Klien tidak lagi cemas, ekspresi wajah tidak lagi gelisah, klien sudah tidak bertanya lagi tentang penyakitnya, tensi 110 / 70 mmHg, nadi 88 kali / menit, suhu 37 C.

3) Assesment.

Masalah teratasi.

4) Planning.

Tindakan perawatan dihentikan.