

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami Asuhan keperawatan pada pasien tuberculosis paru dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus tuberculosis paru di ruang seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Dimana dalam kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian: Pada tanggal 11 Maret 2014 jam 17.00 WIB.

1. Identitas

Nama pasien adalah Ny. A. Inderjenis perempuan. Usianya 50 tahun. bersuku Bangsa Jawa. Tidak bekerja. Pendidikan terakhir adalah Tamat SD. Alamat rumahnyakarangrejo Boyolangu Tulungagung. Di Ruang Seruni, No. Register 12310933, Tanggal MRS 03 Maret 2014 jam 17.00 WIB, dengan TBC Paru.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak, batuk terus menerus, batuk berdahak

3. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit batuk terus-menerus kurang

lebih 3 bulan ada dahak, dan dua hari yang lalu batuk dahak, nyeri dada badan terasa lemas, nafsu makan menurun. kemudian dibawa ke UGD RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA pada pukul 17.00 WIB dan MRS.

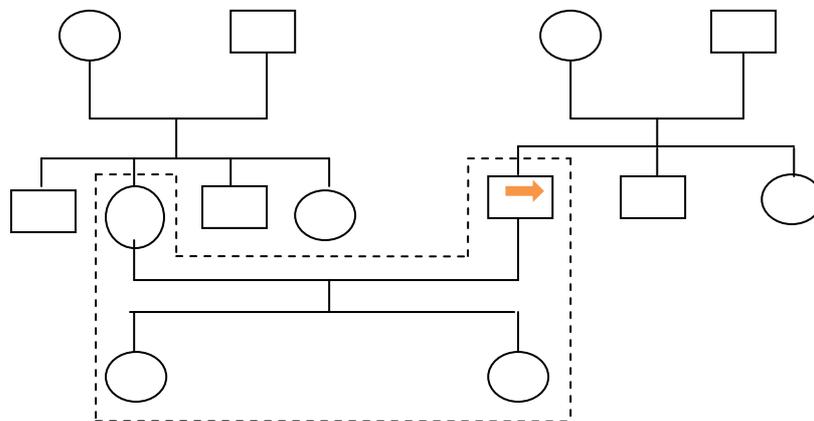
2) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan satu tahun yang lalu pernah berobat TB di puskesmas dua bulan kemudian pasien menghentikan pengobatan karena merasa sudah sembuh. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus.

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
- : hubungan

----- : yang tinggal serumah

4. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pasien mengatakan sebelum masuk rs, ia mandi 2x sehari, cuci rambut dan sikat gigi. Pasien membersihkan telinga yang ia ingatnya saja, pasien tidak pernah olah raga, ventilasi rumah kurang, meludah disembarang tempat, jika batuk tidak di tutupi.

Selama dirumah sakit Pasien mengatakan ia hanya diseka oleh anaknya, dan selama masuk rumah sakit pasien tidak gosok gigi dan mencuci rambut. Pasien meludah disediakan tempat

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit makan 3x sehari, dengan jenis makanan yang di makan yaitu nasi, sayur, lauk, dan buah kadang - kadang. Tn. A. tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan. Pasien biasa minum air putih \pm 2000 cc perhari.

Selama dirumah sakit pasien makan 3x sehari dengan diet TKTP makanan hanya habis 2 sendok, nafsu makan menurun, mulut terasa pahit, BB sebelum masuk 48kg, setelah masuk rumah sakit 46 kg, Hb : 10 g/dl, albumin : 5,5 g/dl, minum \pm 1 -1,5 lt air putih, infus terpasang RL 14 tpm.

3. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Alvi

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit buang air besar tiap pagi, warna kuning, konsistensi lembek, warna kuning, tidak ada kesulitan saat buang air besar.

Selama di Rumah Sakit 8hari pasien BAB hanya 1 x,konsistensi keras, warna kuning kecoklatan

2) Eliminasi Uri

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit biasanya BAK 4 – 5 x dalam sehari dengan konsistensi kuning jernih, berbau khas dan secara spontan.

Selama di rs pasien terpasang selang kateter. Produksi urine tampung \pm 1.000cc / hari, warna kuning, dan berbau khas urine.

4. Pola Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan selama di rumah biasa tidur malam \pm 6 jam sering terbangun karena batuk.pasien tidak pernah tidur siang.

Selama di rumah sakit pasien mengatakan susah tidur karna batuk tidur malam 4 jam, tidur siang \pm 2 jam

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mampu memenuhi kebutuhan sehari – hari dengan sendiri misalnya makan, mandi dll.

selam di rumah sakit pasien mengatakan hanya tiduran dikamar sesekali duduk – duduk ditempat tidur, aktifitas di bantu keluarga

6. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya

2. IdealDiri : pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak bisa disembuhkan
 3. Identitas Diri : pasien mengatakan bahwa dirinya berumur 50 tahun.
 4. Peran : pasien berperan sebagai ibu dari 2 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 nyeri dada pada waktu batuk, penglihatan tidak ada gangguan, penciuman, pendengaran, peraba tidak mengalami gangguan
- Kognitif**
- Pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang di deritanya selama ini.
8. Pola Reproduksi Seksual
- Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan berusia 50 tahun dan sudah menikah
9. Pola Hubungan dan Peran
- Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga, dari dua orang anaknya.
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 sholat 5 waktu, selama di rs pasien tidak melakukan ibadah hanya berdoa.

5. Pemeriksaan Fisik

1). Status Kesehatan Umum

Keadaan Penyakit Sedang, Kesadaran Compos Mentis 456, suara bicara jelas, Pernapasan Frekwensi 30x/menit, irama reguler, tipe pernapasan normal, terdapat ronkhi, Suhu Tubuh 37°C , Nadi 86x/menit, Tekanan Darah 130/90 mmHg.

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, tidak ikterik. Wajah tampak cemas dan tegang.

4). Mata

Mata simetris, tidak ada perdarahan, reflek pupil terhadap cahaya bagus, konjungtiva anemis, 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, mulut terasa pahit, gusi tidak bengkak.

8). Leher

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

9). Thorak

Inspeksi : pergerakan dada simetris, terdapat otot bantu pernafasan, terdapat retraksi otot dada, rr : 30x/mnt

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

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

Auskultasi : terdapat ronkhi.

10). Abdomen

Inspeksi : tidak ada asites

Palpasi : tidak ada nyeri teka, tidak terjadi pembesaran hepar

Perkusi : tidak kembung

Auskultasi : bising usus normal.

11). Inguinal, genital, dan Anus

Genetaliabersih, terpasangkateter, genital dan anus bersih, tidak ada hemoroid.

12). Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, 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

1. pemeriksaan laboratorium 11 maret 2014.

Hb	: 10 g/dl
Albumin	: 5,5 g/dl
SGOT	: 61 (< 38)
SGPT	: 38 (< 41)
BUN	:12,3 (10-20 mg/dl)
CREAT	:0,7 (<1,2mg/dl)
BUN	:12,3(10-20mg/dl)
GDA	:114(<140 mg/dl)
Kalium serum	:121 (135-155)

2. Radiologi Tanggal 12 maret 2014

Thorax : kp lama masih duplex aktif

3. Terapi

Infus RL : 14 tpm, injeksi ceftriaxon : 2x1 gr, injeksi asam traneksamat

1 ampul, oral codein : 3x20 gram, metiosin : 3x1 tablet, deladril 2x2 cc.

DAFTAR MASALAH KEPERWATAN

1. Perubahan pola fungsi kesehatan tata laksana hidup sehat
2. Perubahan nutrisi dan metabolisme
3. Gangguan eliminasi alvi
4. Perubahan elimiasi uri
5. Intoleransi aktivitas
6. Perubahan tata nilai dan kepercayaan

3.2 Analisa Data

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

Tabel 1 analisa data

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

11 - 03 - 2014	<p>Ds : pasien mengatakan nafasnya sesak, batuk sejak 3bulan yang lalu.</p> <p>Do : keadaan umum lemah, saat bernafas nafasnya cepat, pasien terlihat lemas rr : 30x/mnt, batuk (+) terdapat suara nafas tambahan ronkhi, sputum berwarna kuning kental</p>	Ketidak efektifan bersihan jalan nafas	Penumpukan sekret yang berlebihan
11 - 03 - 2014	<p>Ds : pasien mengatakan nafsu makan menurun, mulutnya pahit, badan lemas.</p> <p>Do : keadaan umum lemah, BB sebelum masuk RS 48, setelah masuk RS 46, konjungtiva tampak anemis. Diit TKTP hanya habis 2 sendok. Hb : 10 g/dl, albumin : 5,5 g/dl, pasien terlihat lemas.</p>	Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Anoreksia. Keletihan/ dispnea
11 - 03 - 2014	<p>Ds : pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak bisa di sembuhkan.</p> <p>Do :wajah pasien tampak cemas, sering bertanya tentang penyakitnya bisa di sembuhkan,N : 86x/mnt TD:130/90, S: 37 RR: 30x/ menit</p>	Ansietas	Kurang informasi tentang penyakitnya

3.3 Diagnosa Keperawatan

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

1. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b/d penumpukan produksi sekret d/d px sesak nafas RR : 30 x/mnt, nafas cepat, terdapat ronkhi.
2. Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh b/d intake yang kurang d/d keadaan lemah bb smrs 48 kg, mrs 46 kg. Diit tktp di habiskan, konjungtiva anemis.
3. Ansietas b/d kurangnya informasi tentang penyakitnya d/d ekspresi wajah cemas, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan. RR: 30x/ mnt, TD : 130/90 mmHG, S :37 C, N : 86x/ mnt.

3.4. Rencana Keperawatan

Tahap perencanaan dibawah ini disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yaitu :

Tanggal 11Maret2014

1. Diagnosa Keperawatan 1

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b/d penumpukan produksi sekret

1) **Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan jalan nafas pasien tidak terganggu.

2) **Kriteriahasil:**

Sekret dapat keluar, Pasien tidak sesak, RR noraml 16-20x/mnt, Tidak terdapat suara nafas tambahan whezzing/ronkhi.

3) intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya

Rasional :

Supaya pasien dan keluarga kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan

2. Kaji fungsi pernafasan, bunyi nafas, kecepatan irama, kedalaman dan penggunaan otot sensori.

Rasional:

Adanya ronkhi dapat menunjukkan adanya akumulasi sekret

3. Catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa atau batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis.

Rasional:

Pengeluaran akan sulit jika sekret sangat tebal, adanya sputum atau batuk darah disebabkan oleh kerusakan paru.

4. Berikan posisi semi fowler, bantu pasien untuk batuk dan latihan nafas

Rasional: nafas dalam akan meningkatkan ekspansi paru dan membantu mengeluarkan sekret.

5. Pertahankan masukan cairan hangat

Rasional: membantu mengencerkan sekret

6. observasi tanda – tanda vital

Rasional: Mengetahui keadaan umum klien dan menghindari hipertensi

7. kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat/ nebulizer

Rasional : pemberian nebul dapat mengencerkan sekret.

2. Diagnosa keperawatan 2

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh b/d anoreksia, keletihan/ dispnea

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 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, turgor kulit, riwayat mual muntah/diare.

Rasional:

Berguna dalam mendefinisikan derajat/ besarnya masalah dan pilihan intervensi yang tepat

2. Pastikan pola diet klien yang disukai dan yang tidak disukai.

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. Anjurkan makan sedikit tapi sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.

Rasional:

Untuk memaksimalkan masukan nutrisi dalam tubuh. .

5. observasi tanda – tanda vital

Rasional :

Mengetahui keadaan umum klien dan menghindari hipotensi atau hipertensi

6. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diet TKTP.

Rasional:

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

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, penularan, 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 pelaksanaan

Merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di buat sebelumnya.

Tanggal 11 maret 2014

1. Diagnosa keperawatan 1

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b/d penumpukan produksi sekret d/d px sesak nafas RR : 30 x/mnt, nafas cepat, terdapat ronkhi.

Pelaksanaan :

1. Memperkenalkan diri pada pasien dan keluarga

Respon : pasien kooperatif dengan perawat

2. kaji fungsi pernafasan, ke dalam irama

Respon : terdapat ronkhi dalam pernafasan

3. memberikan pasien posisi semi fowler

Respon : pasien mengatakan merasa nyaman

4. melakukan penghisapan sekret (suction)

Respon : pasien mengatakan nafasnya sedikit lega

5. observasi tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif dan menanyakan hasil

6. memberikan O2

Respon pasien mengatakan sesak berkurang

7. memberikan nebulizer

Respon : pasien mengatakan keluar sekret banyak, lega dan sesak

8. Menganjurkan batuk efektif dan nafas dalam

Respon :

Klien mau mencoba untuk mempraktekkan batuk efektif dan nafas dalam

2. diagnosa keperawatan 2

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh b/d anoreksia, kelelahan/ dispnea d/d keadaan lemah BB sebelum masuk rumah sakit 48 kg, saat masuk rumah sakit 46 kg. Diit TKTP hanya habis 2 sendok, konjungtiva anemis.

Pelaksanaan :

1. Mencatat status nutrisi klien

Respon : BB sebelum masuk RS 48 kg, sesudah masuk Rs 46 kg, turgor kulit elastis, pasien tidak mual dan muntah, pasien mengatakan mulut terasa pahit dan nafsu makan menurun.

2. Mencatat masukan dan pengeluaran

Respon : pasien hanya habis 2 sendok diit TKTP yang disediakan rumah sakit, pasien belum BAB

3. Menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat

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

Rasional : pasien tidak mau makan

3) Diagnosa keperawatan 3

Ansietas b/d kurangnya informasi tentang penyakitnya d/d ekspresi wajah cemas, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan. RR: 30x/ mnt, TD : 130/90 mmHG, S :37 C, N : 86x/ mnt.

Pelaksanaan :

1. menjelaskan pada pasien tentang penyakitnya, penyebabnya, penularan 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

Tanggal 12 maret 2014

1. Diagnosa keperawatan 1

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b/d penumpukan produksi sekret d/d px sesak nafas RR : 30 x/mnt, nafas cepat, terdapat ronkhi.

Pelaksanaan :

1. Mengawasi frekwensi kedalaman pernafasan dan auskultasi bunyi nafas

Respon :

Pernafasan baik, RR: 20x/menit, dan adarochi.

2. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon :

Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36⁶°C, pernapasan

20x/menit.

3. Menganjurkan batuk efektif dan nafas dalam

Respon :

Klien mau mencoba untuk mempraktekkan batuk efektif dan nafas dalam

5. memberikan O₂

Respon pasien mengatakan sesak berkurang

6. memberikan nebulizer

Respon : pasien mengatakan keluar sekret banyak, lega dan sesak berkurang

2. Diagnosa keperawatan 2

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh b/d anoreksia, kelelahan/dispnea d/d keadaan lemah BBSMRS 48 kg, MRS 46 kg. Diit TKTP di habiskan, konjungtiva anemis.

Pelaksanaan :

1.mencatat status nutrisi klien

Respon : turgor kulit elastis, pasien tidak mual muntah,

2. mencatat masukan dan pengeluaran

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

3. menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat.

Respon : pasien kooperatif dengan perawat

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

rasional : pasien tidak mau makan

Tanggal 13 maret 2014

1.Diagnosa keperawatan 1

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b/d penumpukan produksi sekret d/d px sesak nafas RR : 30 x/mnt, nafas cepat, terdapat ronkhi.

Pelaksanaan :

1. Mengawasifrekwensikedalamanpernafasandanauskultasibunyinafas

Respon :Pernafasanbaik, RR: 20x/menit, danadaronkhi

2. Memberikan nebulizer

Respon:Klienkooperatifdengantindakanperawat

3. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon :Tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36³°C, RR 20x/menit

4. memberikan pasien posisi semi fowler

Respon : pasien mengatakan merasa nyaman.

5. memberikan O2

Respon : pasien mengatakan sesak berkurang

6. Menganjurkanbatukefektifdannafasdalam

Respon :Klien mau mencoba untuk mempraktekkan batukefektifdannafasdalam

2. Diagnosa keperawatan 2

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh b/d anoreksia, kelelahan/dispnea d/d keadaan lemah BBSMRS 48 kg, MRS 46 kg. Diit TKTP di habiskan, konjungtiva anemis.

Pelaksanaan :

1. Mencatat status nutrisi klien

Respon :Turgor kulit elastis, pasien tidak mual dan muntah.

2. mencatat masukan pengeluaran dan pemasukan

Respon :Makanan yang di sediakan oleh rumah sakit di habiskan

3. menimbang berat badan pasien

Respon : Hasil 46 kg

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

Rasional : pasien tidak mau makan

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 1

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b/d penumpukan produksi sekret d/d px sesak nafas RR : 30 x/mnt, nafas cepat, terdapat ronchi.

Catatan perkembangan tanggal 11 maret 2014

S : pasien mengatakan nafasnya sesak, batuk sejak 3bulan yang lalu, nafsu makan menurun.

O : keadaan umum lemah, saat bernafas nafasnya cepat, px terlihat lemas rr :
30x/mnt batuk (+) terdapat suara nafas tambahan ronkhi.

A : Masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 12 maret 2014

S : pasien mengatakan sesak sedikit berkurang, masih batuk

O : pasien terlihat masih batuk, RR 23x/mnt, masih terdapat ronkhi,

A : masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 13 maret 2014

S : pasien mengatakan sudah tidak sesak, masih batuk sedikit –sedikit

O : RR 20 x/ mnt, irama nafas normal, masih terdapat suara nafas tambahan
ronkhi

A : masalah teratasi

P : intervensi di hentikan

2. Diagnosa keperawatan 2

Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh b/d intake yang kurang d/d keadaan lemah
BB smrs 48 kg, mrs 46 kg. Diit tktp di habiskan, konjungtiva anemis.

Catatan perkembangan tanggal 11 maret 2014

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

O : keadaan umum lemah, BB sebelum masuk RS 48, setelah masuk RS 46,
konjungtiva tampak anemis. Diit TKTP hanya habis 2 sendok, Hb : 10 g/dl
albumin : 5,5 g/dl

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 12 maret 2014

S : pasien mengatakan nafsu makan sedikit meningkat, mulut tidak tersasa
pahit

O : keadaan umum cukup, makanan dihabiskan ½ porsi bb 46kg, konjungtiva
tidak anemis

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 13 maret 2014

S : pasien mengatakan nafsu makan meningkat, mulut tidak pahit

O : keadaan umum cukup, bb 46 kg, diit yang diberikan RS. Habis, konjungtiva tidak anemis.

A : masalah teratasi

P : intervensi dihentikan.

3. Diagnosa keperawatan 3

Ansietas b/d kurangnya informasi tentang penyakitnya d/d ekspresi wajah tenang, sering bertanya penyakitnya bisa disembuhkan. RR: 30x/ mnt, TD : 130/90 mmHG, S :37 C, N : 86x/ mnt.

Catatan perkembangan tanggal 11 maret 2014

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: 130/90mmHg N :86 x/ mnt, S : 37C

A : Masalah teratasi

P : intervensi dihentikan

