

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN
DAN NYAMAN NYERI PADA Tn. A DI RUANG CEMPAKA
RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN**

**Diajukan Untuk Memenuhi Tugas Akhir Ujian Komprehensif
Jenjang Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pendidikan Ahli Madya Keperawatan**



Disusun Oleh :

**Nur Za'adah
A01301797**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
2016**

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan hasil ujian komprehensif telah diterima dan disetujui oleh pembimbing ujian akhir program studi Diploma III Keperawatan sekolah tinggi ilmu kesehatan muhammadiyah gombang pada :

Hari / Tanggal

: Senin, 01 Agustus 2016

Tempat

: STIKES Muhammadiyah Gombang



Pembimbing

(Endah Setianingsih, S.Kep.Ns)

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DANNYAMAN NYERI PADA TN. A DI RUANG CEMPAKA RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Nur Za' Adah
A01301797

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji
pada tanggal: 03 Agustus 2016

Susunan Dewan Penguji

1. Hendri Tamara Yuda, M.Kep.Ns

(.....)

2. Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J

(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Muhammadiyah Gombong



(Sawiji, S.Kep, Ns., M.Sc)

**Program DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Agustus 2016**

Nur Za'adah¹, Endah Setyaningsih², S.Kep.Ns.

- ^{1.} Mahasiswa Stikes Muhammadiyah Gombong**
- ^{2.} Staf Pengajar Stikes Muhammadiyah Gombong**

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN NYERI PADA Tn. A DI RUANG CEMPAKA RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Latar Belakang: Trombositopenia merupakan salah satu tanda gejala penyakit DHF, trombositopenia ini akan diikuti dengan tanda gejala lainnya seperti nyeri persendian, nyeri kepala dan demam. Tanda gejala ini akan mengganggu kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan rasa aman dan nyaman, terutama pada saat klien merasakan nyeri kepala.

Tujuan Asuhan Keperawatan: Untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.

Asuhan Keperawatan: Asuhan keperawatan pada Tn.A yang dilakukan selama 3 hari dimulai pada tanggal 09juni-11juni 2016 di ruang cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen, klien mengatakan nyeri, P: nyeri dirasakan bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q: nyeri cekot-cekot, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 7, T: hilang timbul kurang lebih 3 menit. Sehingga muncul diagnosa keperawatan nyeri akut b.d agen cedera biologis, Implementasi yang sudah dilakukan adalah melatih teknik distraksi relaksasi, Evaluasi dari tindakan tersebut adalah klien mengatakan merasa lebih nyaman, rileks dan skala nyeri berkurang setelah dilakukan tindakan tersebut.

Analisa Tindakan: Penggunaan teknik distraksi relaksasi dapat mengurangi skala nyeri yang bervariasi. Klien tersebut diberikan teknik distraksi relaksasi dengan metode imajinasi terbimbing, setelah diberi teknik distraksi relaksasi pasien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman.

Kesimpulan: Klien yang mengalami trombositopenia, dapat merasakan adanya nyeri akut yang bisa mengakibatkan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman, sehingga bisa dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan metode imajinasi terbimbing.

Keyword: Trombositopenia, rasa aman dan nyaman, nyeri, distraksi relaksasi.

**Nursing Studies Program DIII
Collage of Health Sciences Muhammadiyah Gombong
KTI, July 2016**

Nur Za'adah¹, Endah setianingsih², S.Kep.Ns.

^{1.} Student of Collagen of Health Sciences Muhammadiyah Gombong

^{2.} Lecture of Collagen of Health Sciences Muhammadiyah Gombong

ABSTRACT

NURSING MEETING THE NEEDS OF SECURITY AND COMFORTABLE IN THE CEMPAKA Tn. A HOSPITAL Dr. SUDIRMAN KEBUMEN

Background: Thrombocytopenia is one sign of the disease symptoms of DHF, thrombocytopenia will be followed by other symptoms such as joint pain, headache and fever. Signs of these symptoms will interfere with basic human needs : the need for security and comfortable, especially when clients feel a headache.

Nursing Objective: To provide an overview of nursing care meeting the needs of safety and comfort.

Nursing: Nursing care in Tn.A conducted over three days beginning on the date of 09juni - 11juni 2016 diruang cempaka Dr.Soedirman Kebumen Hospital, clients say pain, P: pain perceived exertion increases and decreases at rest, Q: pain throbbing pain in head, R: pain on his head, S: pain scale 7, T: intermittent approximately 3 minutes. It emerges nursing diagnoses of acute pain injuries b.d biological agent, implementation of which has been done is to train distraction techniques of relaxation, evaluation of these actions are a client of said feel more comfortable , relaxed and pain scale decreased after such action.

Analysis Action: Use distraction techniques of relaxation can reduce pain scale that varies. The client is given a distraction technique of relaxation with guided imagery method, after being given a distraction techniques relaxation of patients say the pain has subsided and felt more comfortable.

Conclusion: Clients who experienced thrombocytopenia, can feel the acute pain that can lead to disruption fulfilling the needs of safety and comfort, so that it can be done distraction techniques of relaxation with guided imagery method.

Keyword: Thrombocytopenia, security and comfort, pain, distraction relaxation.

7. Klien dan keluarga klien yang telah mengizinkan saya untuk memberikan Asuhan Keperawatan selama 3 hari sehingga Karya Tulis Ilmiah ini bisa terselesaikan
8. Novidon laela, Nesi nur istiqomah, Nurul istiqomah, Nina wanda, imas susanti, ike puji astute dan teman teman seperjuanganku di kelas 3 B Diploma III Keperawatan yang senantiasa selalu membantu dan mendukung penulis dalam memenuhi target dalam menempuh studi
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan kritik dan saran sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

Semoga semua kebaikan yang telah diberikan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah S.W.T, Amin. Penulis menyadari bahwa penyusunan makalah ini masih jauh dari kata sempurna baik dari segi bentuk maupun isinya. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan penulis untuk laporan selanjutnya. Semoga laporan ini dapat bermanfaat untuk kita semua, Amin.

Wassalamu'alaikun Warohmatullohi Wabarokatuh

Kebumen, Agustus 2016

Nur Za'adah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Manfaat Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman	7
B. Manajemen Nyeri	10
C. Penatalaksanaan Nyeri	15
BAB III RESUME KEPERAWATAN	
A. Pengkajian	21
B. Analisa Data	24
C. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi	24
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Diagnosa i	32
B. Diagnosa ii	34
C. Diagnosa iii	34
D. Implementasi	37

E. Analisa Tindakan	41
BAB V PENUTUP.....	42
A. KESIMPULAN.....	42
B. SARAN.....	43
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN - LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala nyeri.....	15
-----------------------------	----



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rasa aman adalah suatu keadaan dimana seseorang terbebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga dalam keadaan yang aman dan tentram. Kebutuhan aman akan terpenuhi apabila ia terbebas dari rasa takut, cemas, dan kekalutan. Seseorang yang merasa tidak aman akan meningkatkan kebutuhan keteraturan dan juga stabilitas secara berlebihan serta akan berusaha keras untuk menghindari hal-hal yang bersifat asing dan tidak diharapkan (Potter & Perry, 2006).

Kebutuhan rasa nyaman yaitu suatu keadaan seseorang yang sudah terpenuhi kebutuhan dasar manusianya yang berupa kebutuhan ketentraman (suatu kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), *transenden* (suatu keadaan yang melebihi masalah nyeri). Menurut sudut pandang holistik yang mencakup 4 aspek fisik yaitu meliputi: yang berhubungan dengan sensasi tubuh, yang berhubungan dengan interpersonal keluarga atau lingkungan sosial, psikososial yang berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan. Cara pandang yang holistik inilah yang penting bagi perawat untuk memahami makna nyeri bagi setiap individu. Penatalaksanaan nyeri lebih dari sekedar pemberian analgetik, dengan memahami nyeri lebih holistik, maka perawat dapat mengembangkan strategi yang lebih baik untuk penanganan nyeri yang berhasil (Potter & Perry, 2006).

Kebutuhan akan rasa aman dan nyaman akan mendorong manusia untuk membuat peraturan undang-undang, mengembangkan kepercayaan membuat sistem asuransi, pensiun dan sebagainya. Apabila ada salah satu yang tidak terpenuhi maka akan mempengaruhi kehidupan seseorang dan dunianya, hal

ini cenderung akan kearah yang negatif. Kebutuhan ini akan muncul setelah semua kebutuhan fisiologis terpenuhi. Salah satu faktor penyebab dari rasa ketidaknyamanan adalah nyeri (Mubarok, 2008).

Nyeri merupakan suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan. Perasaan tidak nyaman baik itu ringan atau berat, hal ini mempengaruhi keadaan seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya.

Nyeri adalah suatu hal yang bersifat subjektif, tidak ada dua orang yang mengalami kesamaan rasa nyeri dan tidak ada dua kejadian menyakitkan yang mengakibatkan respon atau perasaan yang sama terhadap individu (Perry&Potter, 2006).

Menurut *The Internasional Association for the study of pain* (IASP) (2015), nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri. Selain itu juga nyeri yang tidak teratasi akan berdampak pada kesehatan tubuh lainnya atau menyebabkan komplikasi seperti: gangguan pola tidur, hipertensi, takikardi, dan gangguan sistem hemodinamik. Gangguan sistem hemodinamik adalah suatu gangguan pada tubuh di aliran darah maupun pada keseimbangan cairan tubuh atau elektronik yang dapat menimbulkan: edema, hipertermia, perdarahan, emboli, dehidrasi dan syok. Disinilah peran perawat dibutuhkan untuk membantu klien memenuhi kebutuhan dasar manusia berupa kenyamanan. Perawat tidak dapat melihat atau merasakan nyeri yang klien rasakan tapi bisa membantu klien memenuhi kebutuhannya. Nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Nyeri merupakan sumber frustrasi, baik klien maupun tenaga kesehatan (Potter dan Perry, 2006).

Dari hasil observasi penulis pada klien yang mengalami penyakit trombositopenia menunjukkan adanya gangguan rasa kenyamanan yaitu nyeri. Nyeri ini berasal dari suatu rangsangan atau *reseptor*. *Reseptor* nyeri bisa juga disebut *nociceptor*. *Nociceptor* adalah ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit myelin yang tersebar pada kulit mukosa, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. *Reseptor* nyeri memberikan respon akibat adanya stimulasi. Stimulasi ini dapat berupa *kimiawi*, *termal*, listrik atau *mekanis*. Stimulasi yang diterima oleh reseptor ini akan ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sum-sum tulang belakang oleh dua jenis serabut yaitu serabut A (alfa) yang bermyelin rapat dan serabut lambat (serabut C) (Asmadi, 2008).

Trombositopenia adalah salah satu tanda gejala dari penyakit DHF, tanda dan gejala lainnya adalah nyeri pada persendian, nyeri kepala, mual, muntah, tidak nafsu makan, demam dll. Trombositopenia adalah suatu jenis penyakit yang terjadi karena kekurangan jumlah trombosit didalam plasma darah. Dikatakan klien mengalami trombositopenia apabila jumlah trombosit dalam darah kurang 200 ribu/mm³. Trombositopenia ringan biasanya menyebabkan perdarahan pada pembuluh darah kecil petekia atau ekimosis besar bisa terjadi di kulit, kemih, dan selaput lendir cerna (Robbins, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian Departemen Kesehatan (2010) tentang hubungan trombositopenia dengan hematokrit pada pasien DBD dengan manifestasi perdarahan, dengan hasil: tiga puluh delapan penderita (49,4%) tidak mengalami manifestasi perdarahan. Penderita yang mengalami perdarahan ringan berjumlah 36 orang (50,6%), 7 orang (9,1%) diantaranya memiliki hasil tes Rumple Leede positif, 14 orang (18,2%) mengalami petekia, 11 orang (14,3%) mengalami epistaksis, dan 4 orang (5,2%) lainnya mengalami perdarahan gusi, tiga orang (3,9%) penderita mengalami perdarahan saluran cerna, sedangkan tidak ada penderita yang mengalami perdarahan berat yang menyebabkan syok.

Manajemen nyeri adalah suatu perencanaan tindakan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman: nyeri. Tindakan untuk mengatasi nyeri dapat dibedakan dalam dua kelompok yaitu, tindakan farmakologi dan tindakan nonfarmakologi. Penatalaksanaan farmakologi terdiri dari: analgesik non-narkotik dan obat NSAID, analgesik narkotik atau opiat, obat tambahan (Adjuvan). Penatalaksanaan nonfarmakologi terdiri dari: bimbingan antisipasi, kompres panas atau dingin, TENS, distraksi dan relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnotis, akupunktur, umpan balik biologis dan masase (Kozier, 2006).

Distraksi relaksasi adalah suatu cara yang digunakan untuk mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain. Dengan demikian dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Distraksi dapat menurunkan persepsi nyeri yaitu dengan menstimulasi sistem kontrol desenden yang mengakibatkan sedikit stimulasi yang ditransmisikan ke otak dan dapat menurunkan nyeri secara fisiologis, stress, dan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri (Potter & Perry, 2006).

Dari dasar itulah penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Nyeri pada Tn.A diruang cempaka RSUD Dr.Soedirman Kebumen”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Nyeri pada kasus Tn.A di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan yang disusun secara sistematis dan komprehensif.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada Tn. A di ruang cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman Nyeri pada Tn. A di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman Nyeri pada Tn. A di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
- d. Mampu melaksanakan Implementasi keperawatan pada klien dalam pemenuhan kebutuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman Nyeri pada Tn. A di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
- e. Mampu melakukan Evaluasi Keperawatan pada klien dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman Nyeri pada Tn.A di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
- f. Mampu merekomendasikan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman nyeri pada Tn.A di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Keilmuan

Diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan bahan referensi kepustakaan dibidang ilmu keperawatan guna memenuhi kebutuhan pembelajaran. Diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan dosen dan mahasiswa STIKes Muhammadiyah Gombong untuk memenuhi target pembelajaran tentang asuhan keperawatan pada klien dengan dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri.

2. Manfaat Aplikatif

Diharapkan dapat menambah wawasan dan mengembangkan pengetahuan klien dan keluarga dalam menangani klien dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyama nyeri dan sebagai bahan bacaan pengetahuan untuk klien, keluarga dan masyarakat umum.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Tehnik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta: Salemba Medika.
- Endah E. N, Herniyatun, dkk. (2011). *Pengaruh Teknik Distraksi Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di PKU Muhammadiyah Gombong*.
- Herdman, H. (2012). *NANDA International diagnosis keperawatan definisi dan klasifikasi 2012 – 2014*. Jakarta: EGC
- Herdman, H. (2009). *NANDA International diagnosis keperawatan definisi dan klasifikasi 2009 – 2012*. Jakarta: EGC
- Hardhi K, Amin H N. (2015). *Aplikasi Asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan NANDA NOC-NIC 2015*. Yogyakarta: Media Action
- Kozeir, Erb, Berman, snynder (2010). *Fundamental of nursing concepts and process and practice edisi 7*. Jakarta: EGC
- Kozeir, Erb, dkk (2006). *Dasar-dasar konsep keperawatan dan proses dan praktek edisi 7*, Jakarta: EGC
- Mubarak, Wahid Iqbal & Nurul Chayatin. (2008). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia. Teori dan Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Potter and perry. (2006), *Buku Ajar fundamental Keperawatan Konsep Proses Penyakit*, Ester, M, (Alih Bahasa). Jakarta: EGC
- Robbins,Ibnu, (2007), *Buku ajar patologi, edisi 7*, Jakarta: EGC
- Smeltzer, Suzanna C dan Bare, Brenda G. (2009) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 8, Vol.1*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Tamsuri, A. (2007). *Konsep Dasar Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC
- Maryam, R. Siti, dkk. 2007. *Kebutuhan Dasar Manusia Berdasarkan Hierarki maslow dan penerapannya dalam keperawatan*. Jakarta: Semesta Media

Wilkinson, Judith.M (2013), *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan intervensi NIC dan Kriteria Hasil Noc*, Jakarta : EGC

Stania F. Y. Rampengan, Rolly Rondonuwu , Franly Onibala, dkk. (2014), *Pengaruh Teknik Relaksasi Dan Teknik Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Irina A Atas Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*



**SATUAN ACARA PENYULUHAN
PENCEGAHAN TROMBOSITOPENIA
DI RUANG CEMPAKA RSUD Dr. SOEDIRMAN**

Disusun Guna Memenuhi Ujian Akhir Program pada Semester VI



Disusun Oleh :

Nur za'adah

A01301797

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

2016

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : Pendidikan kesehatan tentang cara meningkatkan trombosit pada pasien trombositopenia.

Penyuluh : Nur za'adah

Sasaran : Tn.A dan Ny.

Jumlah Sasaran : 2 orang

Tempat : Ruang Cempaka, RSUD Dr. Soedirman Kebumen

Waktu : 30 menit

Hari / tanggal : Kamis, 9 juni 2016/ pukul 08.30 WIB

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan penyuluhan 30 menit, diharapkan Tn. A dan Ny. mampu memahami dan mengerti cara mencegah trombositopenia.

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan penjelasan selama 30 menit, diharapkan klien dan keluarga

1. Dapat menjelaskan kembali tentang pengertian trombositopenia.
2. Dapat menjelaskan tentang penyebab trombositopenia
3. Dapat menjelaskan kembali tanda dan gejala trombositopenia.
4. Dapat menjelaskan kembali cara mencegah trombositopenia

III. MATERI

1. Pengertian trombositopenia
2. Penyebab trombotositopenia
3. Tanda dan gejala trombositopenia
4. Pencegahan trombositopenia

IV. METODE

No	Tahapan	Waktu	Kegiatan	Ket
1	Pembukaan	5 Menit	1. Memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan 3. Menyepakati waktu untuk penkes	Curah pendapat
2	Inti	20menit	1. Menjelaskan pengertian trombositopenia 2. Menjelaskan tentang penyebab trombositopenia 3. Menjelaskan kembali tanda dan gejala trombositopenia 4. Menjelaskan pencegahan trombositopenia 5. Menjelaskan cara meningkatkan trombosit.	Ceramah
3	Penutup	5 me nit	1. Memberikan kesempatan sasaran untuk bertanya tentang hal yang belum dimengerti 2. Melakukan evaluasi secara lisan tentang pencegahan 3. Memberikan salam penutup	Tanya jawab

V. MEDIA, SUMBER

a. Media : Lembar Balik dan leaflet

b. Sumber

Brunner & Suddarth. 2005. Keperawatan Medikal Bedah Vol: 2. Jakarta:EGC

Potter & Perry. 2006. Fundamental Keperawatan Vol: 2. Jakarta: EGC

MATERI

Pengertian Trombositopenia

Trombositopenia adalah suatu kekurangan trombosit, yang merupakan dari pembekuan darah pada orang normal jumlah trombosit didalam sirkulasi berkisar antara 150.00-450.00/ul, rata – rata berumur 7-10 hari kira – kira 1/3 dari jumlah trombosit didalam sirkulasi darah mengalami penghancuran didalam limpa oleh karena itu untuk mempertahankan jumlah trombosit supaya tetap normal di produksi 150.000-450000 sel trombosit perhari. Jika jumlah trombosit kurang dari 30.000/mL, bisa terjadi perdarahan abnormal meskipun biasanya gangguan baru timbul jika jumlah trombosit mencapai kurang dari 10.000/mL. (Sudoyo, dkk, 2006).

Penyebab Trombositopenia

ITP penyebab pasti belum diketahui (idiopatik) tetapi kemungkinan akibat dari:

1. Hipersplenisme,
2. Infeksi virus,
3. Intoksikasi makanan/obat (asetosal para amino salisilat (PAS). Fenil butazon, diamokkina, sedormid)
4. Bahan kimia,
5. Pengaruh fisi (radiasi, panas),
6. Kekurangan factor pematangan (malnutrisi),

7. Koagulasi intra vascular diseminata CKID,

Tanda dan gejala Trombositopenia

1. Lelah
2. Adanya perdarahan pada kulit seperti purpura (bercak kebiruan / kemerahan pada kulit.
3. Ikterik atau kuning di kulit
4. Pembesaran limfe
5. Perdarahan yang sukar / lama berhenti seperti mimisan , gusi berdarah sewaktu sikat gigi

Pencegahan Trombositopenia

1. Jika penyebab trombositopenia karena konsumsi alkohol berlebihan, maka pembatasan asupan alkohol atau penghentian konsumsi alkohol dapat mencegah terjadinya trombositopenia
2. Hindari konsumsi obat yang menjadi penyebab trombositopenia.
3. Konsultasi dengan dokter anda agar dapat diganti dengan pilihan obat lainnya. Hindari aktivitas yang bisa melukai tubuh anda sehingga gejala trombositopenia berupa perdarahan yang lama berhenti tidak terjadi.
4. Hindari konsumsi obat yang dapat mengencerkan darah seperti aspirin ataupun ibuprofen.
5. Konsultasi dengan dokter anda jika terdapat gejala trombositopenia sehingga dapat dideteksi lebih awal penyebab penyakitnya dan mendapat terapi yang paling tepat dengan segera.

"TROMBOSITOPENIA"



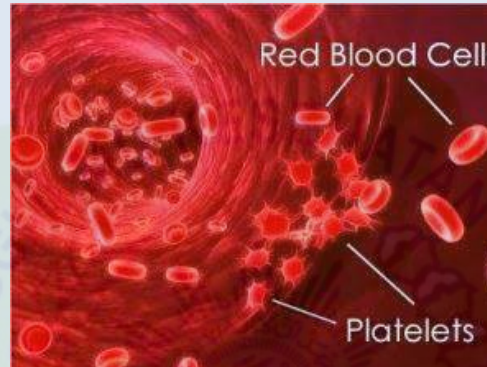
Disusun Oleh :

NUR ZA'ADAH
(A01301797) / 3A

PROGRAM STUDI DIII
KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2015

PENGERTIAN

Trombositopenia adalah suatu penyakit karena kekurangan trombosit, yang merupakan pembentukan darah pada orang normal. jumlah trombosit pada orang normal 150.000 – 450.000/ul.



penyebab

1. inveksi virus / bakteri(dbd)
2. efek samping kemoterapi, radiasi
3. kurang vit, b12 asam folat
4. penyakit autoimun



Tanda dan gejala

- a. kelelahan, letih
- b. Adanya perdarahan pada kulit (purpura)
- c. Kulit kemerahan
- d. Pembesaran Limfe
- e. Kulit kuning / ikterik
- f. perdarahan yang susah berhenti (mimisan, gusi

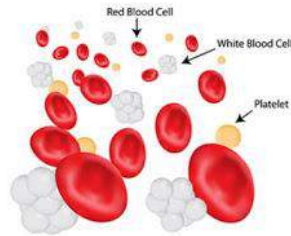
Diit
trombositopenia

- a. Jus jambu
- b. Daging Merah
- c. Susu
- d. Gula
- e. Ikan

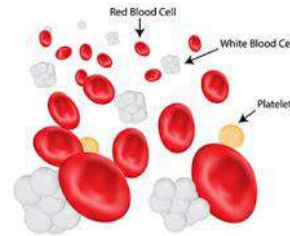
makanan yang dapat
meningkatkan trombosit



Normal Platelet Count



Low Platelet Count



Serious Risk Of Thrombocytopenia During Pregnancy

PENANGANAN PADA PENDERITA trombositopenia

1. istirahat total
2. hindari aktifitas yg dapat menyebabkan perdarahan
3. konsultasi dokter

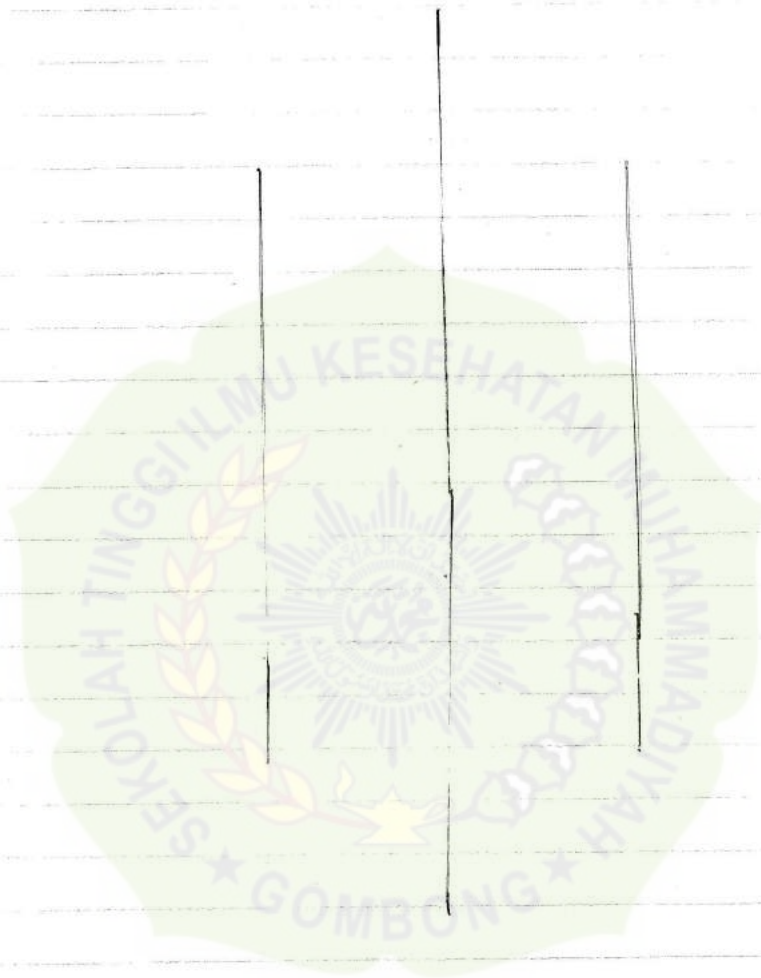


Cara-cara untuk meningkatkan trombosit

1. Makan sayur vit b12 (bayam, telur, susu, keju, hati, daging) dan buah yang segar yg mengandung banyak asam folat (jeruk, jambu, kiwi, tomat)
2. Atur Pola Makan, minum air hangat
3. Berhenti Merokok, alkohol, hindari cafein, junk food
4. makanan omega 3 (minyak ikan, ikan)



ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN-A
DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI: TROMBOSITOPENI
DI RUANG LEMPAK RSUD Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN



DISUSUN OLEH :
MUR ZA'ADAH (A01301797)

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TNA DENGAN
GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI : TROMBOSITOPENI

DIRUANG LEMPAKA

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SOEDIRMAN
KEBUMEN

Telah Disyahkan :

Pada Tgl = 11-06-2016

Mengetahui,

Pembimbing Akademik

()

Pembimbing Klinik

(Setyo)

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUTIAMMADINAH
GOMBONG
2016

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

Hari / Tgl : Kamis, 09-06-2016

Jam : 11.00 WIB

Pengkaji : Nur Zaadatt

1. Identitas Pasien

Nama : Th. A

Usia : 44 th

Jenis kelamin : Laki-Laki

Pendidikan : SMP

Suku bangsa : Jawa

Agama : Islam

Alamat : Klirong

Diagnosa medis : Trombositopeni

NO. RM : 313403

2. Identitas penanggung jawab

Nama : My. M

Usia : 35 Th

Pekerjaan : IPT

Hubungan : Istri

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Nyeri

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien dibawa ke IED RSUD Kebumen pada tgl 08-06-2016 j. 15.30 WIB

dengan keluhan demam sudah 5 hari naik turun, nyeri kepala, mual,

muntah. di IED diberikan obat ondansetron 4mg, lalu dipindahkan

kebangsal. TTV di IED Td = 100/90 mmHg, N = 89x/m, R = 21x/m, S = 38,2°C

Saat dilakukan pengkajian pada tgl 09-06-2016 j. 11.00 WIB

Klien mengatakan masih mengeluh nyeri & nyeri akan bertambah jika

bergerak dan berurang saat istirahat. Q: nyeri cekot-cekot, R: nyeri di kepala

S = skala nyeri 8, T = hilang timbul ± 3 menit, TTV = Td = 120/68 mmHg, N = 86x/m, RR = 20x/m, S = 37,6°C

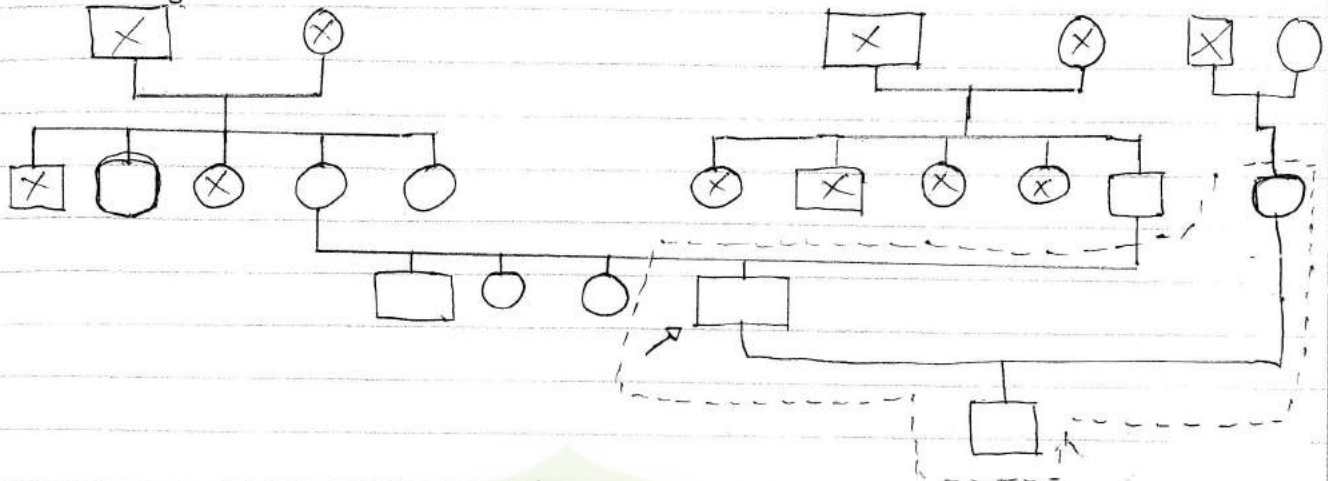
c. Riwayat kesehatan dahulu

Klien tidak pernah sakit sebelumnya, ini baru pertama kali

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yg menderita Penyakit yg sama seperti klien :

e. Genogram



Keterangan :

□ = Laki-laki

○ = Perempuan

x = meninggal

→ = klien

----- = Tinggal bersama

— = garis keturunan

f. Pola fungsional (Virginia Henderson)

1. Pola oksigenasi

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak sesak nafas

Saat dikaji : klien mengatakan tidak sesak nafas

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x1 hari (nasi, lauk dan sayur dan minum 6-7 gelas / hari

Saat dikaji : klien mengatakan mual, tidak nafsu makan
klien minum 2-3 gelas / hari

3. Pola eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB 1x/hari, sembelit, BAK 5-6 x/hari

saat sakit : klien mengatakan Belum BAB sudah 4 hari
BAK 4-5 x / hari

4. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan bekerja sebagai buruh

saat sakit : klien mengatakan hanya tiduran saja di tempat tidur.

5. Pola Istirahat / tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur malam pukul 22.00 WIB
bangun pukul 06.00 WIB

Saat sakit : klien mengatakan tidur malam pukul 21.00 WIB
bangun pukul 04.00 WIB.

6. Pola berpakaian

sebelum sakit : klien mengatakan bisa menggunakan pakaian sendiri

saat sakit : klien mengatakan menggunakan baju dibantu istri

7. Pola Suhu tubuh

Sebelum sakit : klien mengatakan jika sedang kepanasan menggunakan pakaian tipis, jika kedinginan menggunakan pakaian tebal.

Saat dikaji : klien mengatakan jika sedang kepanasan menggunakan pakaian tipis, jika kedinginan menggunakan pakaian tebal
suhu naik turun, saat dikaji suhu 37.8°C

8. Pola Personal hygiene

Sebelum sakit : klien mandi 2 x 1 hari, keramas 1 x 3 hari,
gosok gigi 2 x 1 hari.

Saat dikaji : klien di Seka 2 x 1 hari, belum keramas 3 hari,
gosok gigi 1 x 1 hari.

9. Pola Kebutuhan rasa Aman nyaman

Sebelum sakit : klien mengatakan kemana-mana menggunakan Sandal
dan bisa melindungi dirinya dari bahaya

Saat dikaji : klien mengatakan P. nyeri saat bergerak, Q = nyeri
cekot-cekot, R = nyeri dibagian kepala, S = skala nyeri
7, T = ± 3 menit hilang timbul.

10. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan berbicara menggunakan bahasa
Jawa.

Saat dikaji : Klien mengatakan berbicara menggunakan bahasa
Jawa.

11. Pola Spiritual

Sabelum sakit = klien mengatakan sholat 5 waktu, berpuasa

dibulan Ramadhan

Saat dikaji = klien mengatakan sholat ditempat tidur dan tidak berpuasa

12. Pola Rekreasi

Sebelum sakit = klien mengatakan kadang silaturahmi ke rumah saudara dan Sering nonton TV dirumah

Saat dikaji = klien mengatakan tidak berekreasi

13. Pola aktivitas

Sebelum sakit = klien mengatakan bisa beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji = klien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarganya.

14. Pola belajar

Sebelum sakit = klien mengatakan tidak tau tentang penyakitnya

Saat dikaji = klien mengatakan belajar tentang penyakitnya dg bertanya-tanya dengan perawat.

6. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum (KU) = Lemah

2. Kesadaran = Compos mentis

3. TTV

Td = 120 / 80 mmHg

H = 86 x / menit

RR = 20 x / menit

S = 37.6 °C

4. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala = mesocephal, Rambut hitam, kotor, tidak ada lesi.

b. mata : konjungtiva ananemis, Pupil Isokor, Sklera anikterik, tidak ada gangguan penglihatan

c. Hidung : bersih, tidak ada alat bantu pernafasan

d. mulut = mukosa bibir kering, gigi kotor, tidak ada stomatitis.

e. Telinga = bersih, simetris, tidak ada gangguan pendengaran

f. Leher = tidak ada pembesaran kelenjar thyroid

G. dada

paru-paru = In = Simetris
 P = Sonor
 P = Vokal premitus kiri dan kanan sama -
 A = Vesikuler

Jantung = In = Simetris, Ictus cordis tak tampak
 P = Ictus cordis tak Teraba
 P = Pekak
 A = S1 dan S2 reguler

H. Abdomen In = Simetris
 A = Bising usus 10x / menit
 P = ada nyeri tekan pada 4 kuadran
 P = Tympani

1. Ekstremitas

$\begin{array}{c|c} S & S \\ \hline S & S \end{array}$, Terpasang Infus di tangan kiri
 tidak ada edema. CRT < 3 detik

2. Kulit = Sawo matang, Turgor kulit Kering,

K. Genitalia : Tidak terpasang Kateter

++ Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tgl 08-06-2016

15.27 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Normal
1. Hemoglobin	16.4	13.2 - 17.3
2. Leukosit	L 3.2	3.8 - 10.6
3. Hematokrit	47	40 - 52
4. Eritrosit	5.6	4.40 - 5.90
5. Trombosit	L 122	150 - 400
6. mCH	29	26 - 34
7. mCHC	35	32 - 36
8. mCV	85	80 - 100
9. Eosinofil	L 0.90	1 - 4
10. Basofil	0.60	0 - 1
11. Netrofil	L 48.20	50 - 70
12. Limfosit	36.50	22 - 40
13. Monosit	H 13.80	4 - 8

Widal

S. typhi	O	negatif
S. typhi	H	negatif
S. Paratyphi	O-A	negatif
S. Paratyphi	O-B	negatif

Tanggal	09-06-2016	Pukul	05.40 WIB
Pemeriksaan	Hasil	Normal	
1. Hemoglobin	15.9	13.2 - 17.3	
2. Leukosit	L 2.7	3.0 - 10.6	
3. Hematokrit	46	40 - 52	
4. eritrosit	5.4	4.40 - 5.90	
5. trombosit	L 99	150 - 400	
6. mch	30	26 - 34	
7. mchc	35	32 - 36	
8. mcv	85	80 - 100	
9. eosinofil	3.40	1 - 4	
10. Basofil	0.40	0 - 1	
11. Netrofil	L 43.20	50 - 70	
12. Limfosit	H 42.20	22 - 40	
13. Monosit	H 10.06	4 - 8	

Tanggal	10-06-2016	Pukul	05.40 WIB
Pemeriksaan	Hasil	Normal	
1. Hemoglobin	16.3	13.2 - 17.3	
2. Leukosit	3.0	3.0 - 10.6	
3. Hematokrit	41	40 - 52	
4. Eritrosit	5.9	4.40 - 5.90	
5. Trombosit	L 110	150 - 400	
6. mch	32	26 - 34	
7. mchc	32	32 - 36	
8. mcv	81	80 - 100	
9. eosinofil	3.45	1 - 4	
10. basofil	0.45	0 - 1	
11. Netrofil	R 45.20	50 - 70	
12. Limfosit	H 44.00	22 - 40	
13. monosit	H 11.30	4 - 8	

Therapi

injeksi	Ranitidin	2 x 1	50 mg
injeksi	ondansetron	2 x 1	4 mg
Paracetamol	tablet	3 x 1	500 mg
Trokt	Saset	3 x 1	
injeksi	metil prednisolon	2 x 1	125 mg



Analisa Data

NO	Tgl / Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	09/06-2016 12.30 WIB	DS = klien mengatakan nyeri P = nyeri saat bergerak & beristirahat Q = nyeri cekot-cekot R = nyeri dikepala, tidak menyebar S = skala 7 T = Hilang timbul ± 3 menit DO = klien tampak lemas - kadang meringis - gelisah - klien tampak fokus pada diri sendiri Td = 120/80 mmHg, N = 86x/m RR = 20x/m, S = 37.8°C	Agien cidera Biologis	nyeri akut
2	09/06-2016 12.40 WIB	DS = klien mengatakan demam Sudah 4 hari naik turun DO = suhu 37.8°C - Kulit terasa hangat - Mukosa bibir kering	Proses Penyakit	Hipertermi
3	09/06-2016 12.55 WIB	DS = klien mengatakan belum tahu tentang sakit yg dideritanya. DO = Klien terlihat bingung saat ditanya sakit yg dideritanya.	Kurang Informasi	Kurang Pengetahuan

Prioritas Diagnosa

1. Nyeri akut b.d agen cidera biologis
2. Hipertermi b.d Proses Penyakit
3. Kurang Pengetahuan b.d kurang Informasi

Intervensi Keperawatan

Tgl / Jam	Dx	Tujuan	Intervensi
09/06-16	1	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan KH : a. Pain Level b. Pain control c. Comfort level - Mampu mengenali nyeri - melaporkan nyeri berkurang - Mampu mengontrol nyeri - Tanda-tanda vital dalam rentang normal - klien merasa nyaman setelah nyeri berkurang.	Pain management - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, faktor Presipitasi - Observasi Reaksi non Verbal dari ketidaknyamanan - Monitor TTV Setiap shift - Berikan analgetik Untuk mengurangi nyeri - Ajarkan teknik non Farmakologi - Teknik nafas Dalam, Distraksi, relaksasi.
	2.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipertermi dapat teratasi dengan KH : Termoregulasi - Suhu dalam rentang normal - Vital sign dalam rentang normal - Tidak ada perubahan warna kulit - Merasa nyaman	Fever Treatment - memonitor Suhu setiap 2 jam sekali - monitor TTV setiap shift - memberikan Paracetamol tab - Kompres dengan air hangat - meningkatkan sirkulasi

3

setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pengetahuan klien bertambah Dengan KtH =

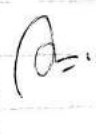
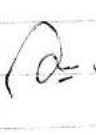
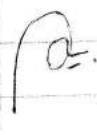
- Dapat menyebutkan definisi Penyakit
- Mendeskripsikan proses Penyakit
- menyebutkan tanda dan gejala Penyakit
- menyebutkan penatalaksanaannya.

Teaching Disease Proses

- Kaji tingkat pengetahuan keluarga
- Gambarkan tanda dan gejalanya
- gambarkan proses Penyakit dg cara tepat
- Identifikasi penyebab
- sediakan informasi untuk keluarga
- Hindari jaminan kosong
- melakukan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga

Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	Dx	Implementasi	Rasional	Ttd
09/06-2016 11.25 WIB Kamis.	I	1. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, faktor presipitasi	Pain management S: P: klien mengatakan nyeri dibagian kepala nyeri bertambah saat bergerak dan beku rang jika istirahat Q: klien mengatakan nyeri cekot-cekot R: klien mengatakan nyeri dibagian kepala S: klien mengatakan nyeri skala 8 T: Nyeri hilang timbul $\pm$ 3 menit O: klien tampak gelisah saat dikaji - klien tampak lemas	
12.00 WIB	1	1. Mengobservasi Reaksi non Verbal dari Ketidake Nyamanan	S: - O: klien tampak gelisah. Sering memegang kepala	

12.30 WIB	1	- Memonitor TTV setiap Shift	S = O = $Td = 120 / 80 \text{ mmHg}$ $H = 86 \times / \text{menit}$ $RR = 20 \times / \text{menit}$ $S = 37.6^{\circ}\text{C}$	
14.15 WIB	2	- memberikan terapi obat oral - Paracetamol Tablet 500mg - Trolit Sach	S = - O = Obat oral masuk - Paracetamol tablet 500mg - Trolit Sach S = klien mau melakukan teknik nafas dalam O = klien tampak lebih tenang Setelah melakukan nafas dalam	
15.00 WIB	1.	- mengajarkan teknik non farmakologi = Teknik nafas dalam	S = klien mau melakukan teknik nafas dalam O = klien tampak lebih tenang Setelah melakukan nafas dalam	
17.00 WIB	2	Memonitor suhu di axila	S = - O = $S = 37.0^{\circ}\text{C}$	
18.00 WIB	2	Memonitor TTV setiap Shift	S = - O = $Td = 120 / 72 \text{ mmHg}$ $H = 78 \times / \text{M}$ $RR = 19 \times / \text{M}$ $S = 37.0^{\circ}\text{C}$	
19.10 WIB	3	Mengkaji tingkat pengetahuan klien	S = klien mengatakan belum tau tentang sakitnya O = klien tampak bingung saat ditanya tentang Penyakitnya	
20.00 WIB		memberikan terapi obat - Inj. Ranitidin 50mg - Inj. Ondansetron 4mg - Paracetamol tablet 500mg - Trolit Sach	S = - O = - Inj. Ranitidin 50mg - Inj. Ondansetron 4mg - Paracetamol tablet 500mg - Trolit Sach	
Jumat 10-06-2016 07.00 WIB	1	Memonitor TTV	S = - O = $Td = 110 / 68 \text{ mmHg}$ $H = 88 \times / \text{M}$ $RR = 19 \times / \text{M}$ $S = 36.7^{\circ}\text{C}$	

08.00 WIB	1	- memberikan therapy obat - Inj. Ranitidin - Inj. metilprednisolon - Paracetamol tab - Trolit sach	- S = - O = Obat masuk - Inj. Ranitidin 50 mg - Inj. metilprednisolon 25 mg - Paracetamol tab 500 mg - Trolit sach	A.
08.30 WIB	1	- melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	- S = P = klien mengatakan nyeri di bagian kepala akan bertambah jika bergerak dan berkurang saat istirahat - A = klien mengatakan nyeri cekot-cekot - R = klien mengatakan nyeri di bagian kepala - S = skala nyeri 6 - T = nyeri hilang timbul ± 3 menit - O = - klien tampak tenang saat dikaji	A.
10.00 WIB	1	- Mengobservasi Reaksi non Verbal dari ketidaknyamanan	- S = - - O = klien tampak memegangi kepalanya saat nyeri	A.
11.00 WIB	1	- Mengajarkan teknik non farmakologi : nafas dalam, Distraksi Relaksasi	- S = klien mau melakukan teknik nafas dalam, distraksi Relaksasi - O = klien tampak lebih tenang dan Relaks	
11.30 WIB	3	- Melakukan Pendidikan Kesehatan	- S = klien mau mengikuti Penkes - O = klien tampak antusias mengikuti Penkes dan bisa menjawab saat ditanya.	
14.00 WIB	1	- memberikan Therapy obat - Paracetamol tablet - Trolit sach	- S = - - O = Obat masuk - Paracetamol tablet 500 mg - Trolit sach	A.

18.00 WIB

1

• Memonitor TTU

S = -

O = TD = 110/70 mmHg

M = 82 x / menit

S = 36.7°C

RR = 20 x / menit

20.00 WIB

1

Memberikan terapi obat

- Injeksi Ranitidin 50mg

- Injeksi metilprednisolon 125mg

- Paracetamol tablet 500mg

• Trolit saset

S = -

O = Injeksi Ranitidin 50mg

- Injeksi metilprednisolon 125mg

- Paracetamol tablet 500mg

• Trolit Saset

Telah masuk melalui

IV dan Oral.

Sabtu

1

Memonitor TTU

11-06/2016

07.00 WIB

S = -

O = TD = 120/80 mmHg

M = 85 x / m

RR = 19 x / m

S = 36.7°C

08.00 WIB

1

Memberikan terapi obat

Inj. Ranitidin 50mg

Injeksi metilprednisolon 125mg

Paracetamol tablet 500mg

Trolit Saset

S = -

O = Obat masuk melalui

IV dan oral

- Injeksi Ranitidin 50mg

- Injeksi metilprednisolon 125mg

- Paracetamol tablet 500mg

• Trolit Saset

00.30 WIB

1

melakukan pengkajian
nyeri secara komprehensif

S = P - klien mengatakan nyeri

sudah berkurang

Q = nyeri cerot-cerot

R = nyeri di bagian kepala

S = Skala nyeri 4

T = nyeri hilang timbul

± 2 menit

O = klien tampak tenang

S = -

10.00 WIB

1

mengajarkan teknik
non farmakologi

O = klien sudah tau

cara mempraktekan

nafas dalam

Evaluasi Keperawatan

Hari / Tgl	Ho-Dx	Evaluasi	Ttd
Kamis 09-06-2016 20-00 WIB	I	S = P = klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat Q = Klien mengatakan nyeri cekot-cekot R = Klien mengatakan nyeri dibagian kepala S = klien mengatakan skala nyeri 7 T = klien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi ± 3 menit O = - klien tampak lemas - $T_{\text{U}} = \text{Cukup}$ AT = 122 - klien tampak kadang memegang kepalanya - $T_{\text{TV}} = T_d = 120 / 72 \text{ mmHg}$ M : $70 \times / \text{menit}$ S : 37.0°C RR : $19 \times / \text{menit}$ A = Masalah Keperawatan nyeri akut belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi - Lakukan pengkajian nyeri setara komprehensif - ajarkan teknik nonfarmakologi = teknik nafas Dalam & Distraksi Relaksasi - Berikan Therapi obat	A.
20-15 WIB	2	S = - klien mengatakan Demamnya sudah turun - klien mengatakan badanya sudah tidak panas lagi O = - klien tampak tenang - S = 37°C - mukosa bibir lembab - akral hangat A = Masalah Keperawatan Hipertermia sudah teratasi P = Pertahankan Intervensi - Banyak minum	A.

20-30 WIB

3

S = klien mengatakan belum tau sakit apa yang sedang dialaminya

- klien mengatakan ingin tahu sakit apa
- O = - klien tampak bingung saat ditanya seputar sakitnya
- klien tampak bertanya-tanya kepada perawat

A = masalah keperawatan kurang pengetahuan belum teratasi

P = Lanjutkan intervensi

- Lakukan pendidikan kesehatan.

As.

Jumat

10-06-2016

20-00 WIB

1

S = P = klien mengatakan masih merasa nyeri bertambah jika digerakan dan akan berkurang saat istirahat

Q = klien mengatakan nyeri cekot-cekot

K = klien mengatakan nyeri dibagian kepala

S = klien mengatakan skala nyeri 6

T = klien mengatakan nyeri hilang timbul ± 3 menit

O = KU = lemas

AT = 99

klien kadang memegang kepalanya

TTV = TD = 110 / 70 mmHg

H = 82 x / menit

S = 36,7°C

RR = 20 x / menit

A = masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi

P = Lanjutkan intervensi

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif
- ajarkan teknik nonfarmakologi: Napas dalam distraksi Relaksasi
- Berikan Terapi obat

20-15 WIB

2

S = klien mengatakan sudah tidak demam

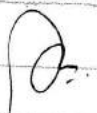
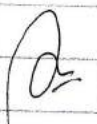
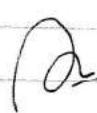
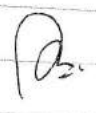
O = - klien tampak lemas

- mukosa bibir lembab S = 36,7°C

- akral hangat

- klien tampak tenang

As.

20.30 WIB	3	S = klien mengatakan sudah tau tentang sakitnya. - klien mengatakan paham dengan penyakitnya O = - klien tampak tenang - klien tampak memahami - klien dapat menjawab pertanyaan ttg penyakitnya oleh perawat A = masalah keperawatan kurang pengetahuan sudah teratasi P = Pertahankan Intervensi - Sediakan informasi.	
5abtu 11-06-2016 11.00 WIB	1	S = klien mengatakan nyeri sudah berkurang, sudah bisa ditahan O = klien mengatakan nyeri cekot-cekot R = klien mengatakan nyeri dibagian kepala S = klien mengatakan skala nyeri 4 T = klien mengatakan nyeri hilang timbul dg durasi ± 2 menit O = . Klien tampak tenang - Ku cukup - klien tampak sudah bisa mengontrol nyeri - TTV = Td : 120 / 80 mmHg H : 85x / menit RR : 19x / menit S : 36,7°C A = masalah Keperawatan nyeri akut sudah teratasi P = Hentikan Intervensi, Pasien pulang	
11.15 WIB	2.	S = klien mengatakan sudah tidak demam lagi O = - klien tampak rileks - S = 36,7°C A = Masalah Keperawatan Hipertermi sudah teratasi P = Hentikan Intervensi, Pasien pulang	
11.30 WIB	3.	S = Klien mengatakan sudah tahu tentang penyakitnya O = klien tampak menjelaskan penyakitnya A = masalah Keperawatan kurang pengetahuan teratasi P = Hentikan Intervensi, Pasien pulang	

LEMBAR KONSULTASI

[illegible]

LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KTI

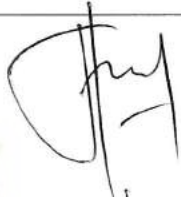
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

Nama Mahasiswa : Nur Za'Adah

NIM : A01301797

Pembimbing :

No.	Hari/ Tanggal	Topik Bimbingan	Keterangan	Paraf Pembimbing
1.	Jumat 12-08-2016 10.00 WIB	Konsul Daftar Gambar	Perbaiki	
2.	Jumat 12-08-2016 14.30 WIB	Konsul Daftar Gambar	ACC	
3.	Selasa 16-08-2016 10.15 WIB	Konsul Bab 4	Perbaiki	
4.	Jumat 18-08-2016	Konsul Bab 4	ACC	