

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pasien dirawat di Ruang Paru dengan No.RM/CM 26.34.11 pada pukul 07.30 WIB dan dilakukan pengkajian pada tanggal 08 November 2021. Nama inisial pasien adalah Ny. T, umur 68 tahun, jenis kelamin pasien perempuan, status perkawinan sudah menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir pasien adalah SD, suku Sunda, bahasa yang pasien gunakan sehari-hari adalah bahasa Sunda dan Indonesia, alamatnya berada di Kinciran. Selama pasien dirawat di rumah sakit sumber biayanya menggunakan BPJS, pasien bekerja sebagai petani. Pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 07 November 2021 dengan diagnosa medis asma bronkial. Sebagai sumber informasi terhadap pasien adalah Ny. S umur 39 tahun, hubungan dengan pasien yaitu anak pasien, pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai petani dan beralamat di Kinciran.

1. Riwayat kesehatan

Pada tanggal 07 November 2021 pukul 19.02 WIB, pasien datang ke IGD RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara diantar keluarganya dengan keluhan sesak napas sejak 2 hari yang lalu, disertai batuk dan adanya riwayat hipertensi.

Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 170/100 mmHg, frekuensi nadi radialis 89x/menit, frekuensi pernapasan 28x/menit, suhu 36,7°C, SPO₂ 93% dengan Oksigen 3 liter/menit, dan ada suara napas tambahan *wheezing*/mengi.

2. Riwayat kesehatan saat pengkajian

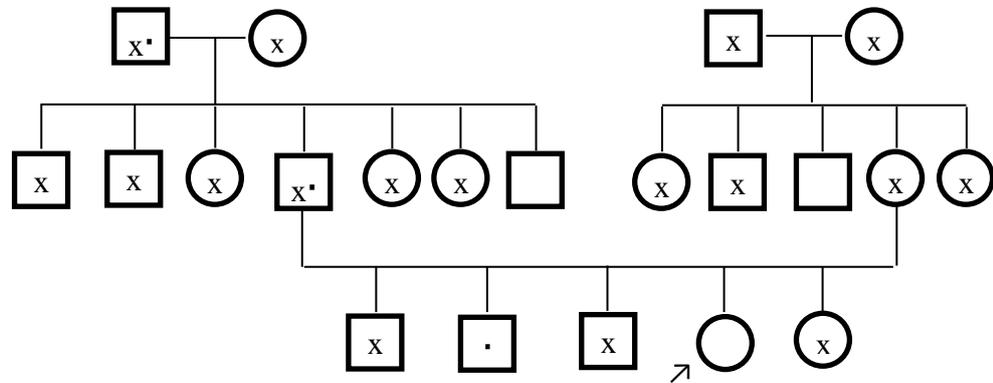
- a. Saat dilakukan pengkajian keluhan utama pada pasien adalah pasien mengeluh sesak napas, pasien mengeluh sesak pada dada seperti tertekan, sesak napas dirasakan sejak 2 hari yang lalu. Pasien mengatakan sesak napas bertambah saat melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi dan saat tidur terlentang, pasien mengatakan sesak lebih ringan saat istirahat dan posisi setengah duduk setengah duduk (*semi fowler*) dan diberi oksigen nasal kanul 3 liter/menit dapat memperingan sesak, sesak napas yang dirasakan terasa nyeri di dada skala 3 (0-10) berdampak pada waktu tidur, sesak napas terjadi pada saat udara dingin biasanya pada malam hari.
- b. Keluhan penyerta pada pasien adalah pasien mengatakan saat batuk terasa sakit di dada, saat sakit pasien sulit untuk ke kamar mandi untuk BAB dan BAK, serta sulit tidur terutama pada malam hari.

3. Riwayat kesehatan lalu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan dan obat-obatan, pasien tidak pernah mengalami kecelakaan, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat operasi sebelumnya, pasien mengatakan pernah dirawat di RSD Mayjend HM Ryacudu sekitar 5 tahun yang lalu dengan diagnosa medis yang sama yaitu asma, pasien memiliki riwayat hipertensi.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Gambar 3.1
Genogram Keluarga Ny. T



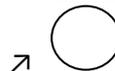
Keterangan :



: Laki-laki



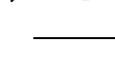
: Laki-laki meninggal



: Pasien asma



: Perempuan meninggal



: Hubungan keluarga

• : Penderita Asma

Pasien adalah anak ke-4 dari 5 bersaudara terdiri dari 3 laki-laki dan 2 perempuan, pasien mengatakan bahwa kakek, ayah dan kakak laki-laki ke-2 memiliki penyakit yang sama yaitu asma bronkial. Orangtua dan kakek nenek pasien sudah meninggal.

5. Riwayat psikososial dan spiritual

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan tidak ada beban pikiran ataupun mengalami stress, tidak memiliki masalah di lingkungan pekerjaan dan keluarga, pasien mengatakan mendapat dukungan dari keluarga dalam proses pengobatan dan penyembuhan pasien. Komunikasi dengan keluarga baik, saling berinteraksi satu sama lain. Pasien dan keluarga beragama Islam percaya kepada tuhan, beribadah dan berdoa.

6. Lingkungan

Pasien mengatakan area lingkungan bersih bebas dari polusi dan asap rokok. Pasien yang bekerja sebagai petani yang artinya bekerja ditempat yang kotor dan berdebu yang mengakibatkan adanya masalah pada kesehatan.

7. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola nutrisi

Sebelum sakit pasien mengatakan asupan makanan melalui mulut, nafsu makan baik dengan frekuensi makan 3x sehari dengan menghabiskan porsi makan sedang dan tidak ada program diet yang dijalani.

Namun, pada saat pengkajian pola nutrisi saat sakit pasien mengatakan nafsu makan berkurang, makan 1-2x sehari hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan, karena sesak yang disertai batuk. Asupan makanan melalui mulut.

b. Pola cairan

Sebelum sakit pasien mengatakan asupan cairan melalui mulut, pasien minum air putih dengan frekuensi 7-8 gelas/hari dengan total volume 1500-2000 cc/hari. Namun, pada saat pengkajian pasien mengatakan asupan cairan melalui mulut, pasien minum air putih 4-5 gelas/hari dan pasien terpasang infus RL 20 tetes/menit dengan total volume 1500-2000 cc/hari.

c. Pola eliminasi

Buang air kecil (BAK) sebelum sakit pasien mengatakan pola eliminasi buang air kecil 4-5x sehari dengan frekuensi 1500 cc/hari, urin berwarna kuning jernih berbau khas urin dan tidak ada keluhan dalam buang air kecil. Buang air besar (BAB) 1x sehari, feses berwarna kuning, konsistensi lunak dan berbau khas feses, tidak ada keluhan dalam buang air besar.

Namun, saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan buang air kecil hanya 4-5x sehari dengan frekuensi 1500 cc/hari dan buang air besar 1x sehari dengan konsistensi lunak, feses berwarna kuning dan berbau khas feses.

d. *Personal hygiene*

Sebelum sakit pasien mengatakan mandi 2x dalam sehari pada pagi dan sore hari, pasien menggosok gigi 2x sehari pagi dan malam dan mencuci rambut setiap pagi hari secara mandiri. Sedangkan saat sakit pasien mengatakan tidak mandi hanya dilap saja saat pagi hari. Aktivitas *personal hygiene* pasien seluruhnya dibantu oleh keluarganya.

e. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit lama tidur 6-7 jam/hari, waktu tidur malam hari, kebiasaan sebelum tidur menonton TV dan tidak terbangun atau mengalami kesulitan saat tidur. Namun, saat sakit pasien mengatakan hanya tidur 3-4 jam dalam sehari, pasien mengatakan

sering terbangun di malam hari karena sesak yang dialaminya. Tampak adanya kantung mata dan kehitaman disekitar mata

f. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai petani. Waktu bekerja mulai dari pukul 08:00 WIB sampai pukul 16:00 WIB, biasanya kegiatan waktu luang pasien digunakan untuk beristirahat, keluhan saat beraktivitas yaitu pegal-pegal dibagian punggung, pinggang, betis dan lengan, pasien jarang melakukan olahraga biasanya hanya melakukan jalan kecil di pagi hari, tidak ada keterbatasan dalam beraktivitas. Skala aktivitas 0 (0-4).

Tetapi, pada saat dirawat di rumah sakit pasien hanya berbaring ditempat tidur dan duduk hanya untuk makan atau minum. Pasien keterbatasan dalam beraktivitas dan harus dibantu oleh keluarganya.

g. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan cukup memahami tentang penyakitnya, tanda dan gejala, faktor risiko dan pengobatan serta perawatannya. Tindakan yang dilakukan keluarga adalah membawa pasien ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit terdekat agar segera mendapatkan perawatan. Pasien mengatakan tidak merokok dan mengkonsumsi minum-minuman keras.

h. Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada perubahan pola seksual, tidak ada penggunaan obat-obat tertentu dan tidak ada gangguan sistem reproduksi.

8. Pemeriksaan fisik

- a. Pada pemeriksaan umum saat pengkajian kesadaran pasien composmentis (E₄V₅M₆), tekanan darah 170/100 mmHg, denyut nadi 89x/menit, pernapasan 28 x/menit, suhu 36,7°C, tinggi badan 157 cm dan berat badan 53 kg

$$\text{IMT} : \frac{\text{BB}}{(\text{TB})^2} = \frac{53 \text{ kg}}{(1,57 \text{ m})^2} = \frac{53 \text{ kg}}{2,4649} = 21,50$$

IMT normal: 18,5 – 24,9. Dengan kategori normal

- b. Pemeriksaan fisik per sistem

1) Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris kanan dan kiri, kelopak mata normal dapat membuka dan menutup, tidak ada pembengkakan, pergerakan bola mata normal, konjungtiva tidak anemis, pupil normal ada reflek cahaya, lapang pandang baik dan tidak memakai kacamata atau lensa kontak.

2) Sistem pendengaran

Pasien dapat mendengar dengan baik, posisi telinga simetris, daun telinga normal, tidak ada tinnitus dan tidak ada penumpukan serumen atau cairan, tidak ada gangguan keseimbangan telinga dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

3) Sistem wicara

Pada saat melakukan pengkajian pasien mampu berkomunikasi dengan baik dan tidak ada kesulitan dalam berinteraksi.

4) Sistem pernapasan

Tidak ada sumbatan pada jalan napas, pasien mengatakan sesak tanpa beraktivitas dan saat beraktivitas, terdapat nyeri di dada skala 3 (0-10), saat batuk, frekuensi napas 28x/menit, irama napas teratur, terdapat suara napas tambahan yaitu *wheezing*, batuk tidak berdahak dan tidak berdarah, tidak menggunakan otot bantu napas dan menggunakan alat bantu pernapasan yaitu oksigen nasal kanul 3 liter/menit.

5) Sistem kardiovaskuler

Denyut nadi pasien 89x/menit dengan irama teratur, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan pengisian kapiler CRT <3 detik, tidak ada edema dan tidak ada sianosis.

6) Sistem neurologi

Kesadaran pasien composmentis dengan GCS (E₄V₅M₆), pasien dapat merasakan sensasi raba dan getar, kekuatan otot baik tangan kanan 5, tangan kiri 5, kaki kanan 5 dan kaki kiri 5.

7) Sistem pencernaan

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam menelan, tidak mual dan muntah, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada sariawan, keadaan mulut bersih, tidak ada nyeri di daerah perut, bising usus 10x/menit, tidak ada asites dan pasien mengatakan tidak ada gangguan untuk buang air kecil dan buang air besar.

8) Sistem imunologi

Pada saat pengkajian tidak ada pembesaran kelenjar getah bening di bagian leher dan ketiak.

9) Sistem endokrin

Tidak terdapat luka pada pasien, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula darah.

10) Sistem urogenital

Saat pengkajian tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada nyeri di area genital dan tidak menggunakan kateter.

11) Sistem integument

Keadaan rambut bersih, warna rambut pasien hitam cenderung putih, keadaan kuku pasien tampak bersih dan kuat, warna kuku merah muda, tidak ada radang pada kulit, tidak terdapat luka dan tidak ada tanda-tanda perdarahan.

12) Sistem muskuloskeletal

Pasien mengatakan keterbatasan untuk ke kamar mandi karena lemah. Tidak ada sakit pada tulang dan sendi, tidak ada tanda-tanda fraktur, aktivitas pasien seluruhnya dibantu oleh keluarganya, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk berjalan.

9. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1
 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. T
 Di Ruang Paru RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 Tanggal 07 November 2021

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Gula Darah Sewaktu	136 mg/dl	100-200 mg/dl
2	Leukosit (WBC)	14.26x10 ³ /μL	4.00-10.00x10 ³ /μL
3	Eritrosit (RBC)	4.37 x10 ⁶ / μL	3.50-5.00 x10 ⁶ / μL
4	Hemoglobin (HGB)	12.9 g/dl	11.0-15.0 g/Dl
5	Trombosit (PLT)	258x10 ³ / μL	150-450 x10 ³ / μL
6	Rapid Antigen	Negatif	Negatif

10. Penatakasaan Medis

- a. Infus RL 20 tpm
- b. O₂ nasal kanul 3 lpm
- c. Ceftriaxone 1 x 2 g secara injeksi intravena
- d. Salbutamol 3 x 2 mg secara oral
- e. Amlodipin 1 x 5 mg secara oral
- f. Velutine 2,5 mg pagi dan sore (inhalasi uap/nebulizer)
- g. Flixotide 2 mg pagi dan sore (inhalasi uap/nebulizer)

11. Data Fokus

Tabel 3. 2
 Data Fokus Ny.T
 di Ruang Paru RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Pasien mengatakan sesak	1. Suara napas <i>wheezing</i>
2. Pasien mengatakan batuk	2. Pasien memiliki kantung mata
3. Pasien mengatakan sesak seperti tertekan	3. Kehitaman di sekitar mata pasien
4. Pasien mengatakan sesak napas terjadi pada saat udara dingin biasanya pada malam hari	4. Skala aktivitas 2 (0-4)
5. Pasien mengatakan sesak saat	5. Pasien tampak lemah
	6. Pasien tidak mampu ke toilet secara mandiri
	7. Pasien hanya menghabiskan ½ porsi

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
<p>beraktivitas dan tanpa beraktivitas</p> <p>6. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang</p> <p>7. Pasien mengatakan sulit tidur terutama pada malam hari</p> <p>8. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari</p> <p>9. Pasien mengatakan lama tidur hanya 3-4 jam perhari</p> <p>10. Pasien mengatakan merasa lelah</p> <p>11. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga</p> <p>12. Pasien mengatakan tidak mandi dan hanya lap saja di pagi hari</p> <p>13. Pasien mengatakan nyeri di dada</p> <p>14. Pasien mengatakan nyeri saat batuk</p>	<p>makan</p> <p>8. Skala nyeri 3 (0-10)</p> <p>9. TTV: TD : 170/100 mmHg Pernapasan : 28 x/menit</p> <p>10. Leukosit $14.26 \times 10^3/\mu\text{L}$</p> <p>11. <i>Ringer laktat</i> 20 tetes/menit</p> <p>12. Oksigen nasal kanul 3 lpm</p> <p>13. Ceftriaxone 1 x 2 g</p> <p>14. Amlodipin 1 x 5 mg</p> <p>15. Velutine 2,5mg pagi dan sore</p> <p>16. Flixotide 2mg pagi dan sore</p>

12. Analisis Data

Tabel 3. 3
Analisa Data Asma Bronkial pada Ny.T
di Ruang Paru RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sesak Pasien mengatakan sesak napas terjadi pada saat udara dingin biasanya pada malam hari. Pasien mengatakan sesak seperti tertekan Pasien mengatakan batuk <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Suara napas <i>whezzing</i> Pernapasan: 28 x/menit Oksigen nasal kanul 3 lpm 	Pola napas tidak efektif	Hambatan upaya napas
2	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan merasa lelah Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas dan tanpa beraktivitas Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga 	Intoleransi aktivitas	Kelemahan

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
	DO: 1. Pasien tampak lemah 2. Skala aktivitas 2 (0-4)		
3	DS: 1. Pasien mengatakan sulit tidur terutama pada malam hari 2. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari 3. Pasien mengatakan lama tidur hanya 3-4 jam perhari DO: 1. Pasien memiliki kantung mata 2. Kehitaman di sekitar mata pasien	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur
4	DS: 1. Pasien mengatakan nyeri di dada 2. Pasien mengatakan nyeri saat batuk DO: 1. Tekanan darah 170/100 mmHg 2. Skala nyeri 3 (0-10)	Nyeri akut	Agen Pencedera fisiologis
5	DS: 1. Pasien mengatakan tidak mandi dan hanya lap saja DO: 1. Pasien tidak mampu ke toilet secara mandiri	Defisit perawatan diri: <i>Toileting</i>	Kelemahan
6	DS: 1. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang DO: 1. Pasien hanya menghabiskan ½ porsi makan	Risiko defisit nutrisi	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan sesak napas, batuk, adanya suara napas tambahan (*wheezing*), pernapasan 28 x/menit, penggunaan alat bantu pernapasan O₂ nasal nakul 3 lpm.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan merasa lelah, sesak napas saat beraktivitas dan tanpa beraktivitas, tampak lemah, dibantu saat beraktivitas, skala aktivitas 2 (0-4).
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan sulit tidur, sering terbangun di malam hari, adanya kehitaman di sekitar mata, terdapat kantung mata.
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri, tekanan darah meningkat 170/100 mmHg.
5. Defisit perawatan diri: *toileting* berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan tidak mampu ke toilet secara mandiri.
6. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan ditandai dengan nafsu makan berkurang.

Adapun prioritas berdasarkan diagnosa keperawatan di atas adalah sebagai berikut :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan sesak napas, batuk, adanya suara napas tambahan (*wheezing*), pernapasan 28 x/menit, penggunaan alat bantu pernapasan oksigen nasal nakul 3 lpm.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan merasa lelah, sesak napas saat beraktivitas dan tanpa beraktivitas, tampak lemah, dibantu saat beraktivitas, skala aktivitas 2 (0-4).
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan sulit tidur, sering terbangun di malam hari, adanya kehitaman di sekitar mata, terdapat kantung mata.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan pada Ny.T
Di Ruang Paru RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1	Pola napas tidak efektif	<p>Pola Napas (L.01004)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah pola napas tidak efektif pasien membaik dengan hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Frekuensi napas membaik 3. Pola napas membaik 	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis.gurgling, mengi/<i>wheezing</i>, ronkhi kering) 3. Posisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i> 4. Berikan minuman hangat 5. Berikan oksigen 6. Ajarkan teknik batuk efektif 7. Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2	Intoleransi aktivitas	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah melakukan pengkajian selama 3 × 24 jam toleransi aktivitas pasien meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Dispnea saat beraktivitas menurun 4. Perasaan lemah menurun 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional. 2. Anjurkan tirah baring 3. Sediakan lingkungan yang nyaman 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
3	Gangguan pola tidur	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Setelah melakukan pengkajian selama 3 × 24 jam tingkat gangguan pola tidur pasienmenurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 4. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
		3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah	

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 5
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny.T
Di Ruang Paru RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No Dx	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
1	Selasa, 9 November 2021	<p>Jam 14.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan <p>Jam 14.25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memosisikan pasien <i>semi-fowler</i> <p>Jam 14.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien minum air hangat 2. Mengajarkan teknik batuk efektif <p>Jam 14.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan oksigen (O₂) nasal kanul 3 lpm <p>Jam 17.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat: RL + Ceftriaxone 1 x 2 g, Salbutamol 3 x 2 mg, Amlodipin 1 x 5 mg 	<p>Jam 17.45 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Pasien mengatakan sesak napas terjadi pada saat udara dingin biasanya pada malam hari. 3. Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang setelah diberikan posisi <i>semi fowler</i> 4. Pasien mengatakan telah minum air hangat 5. Pasien mengatakan telah mengerti cara melakukan teknik batuk efektif 6. Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang setelah diberi oksigen 7. Pasien mengatakan napas sedikit terasa ringan setelah diberikan obat 8. Pasien mengatakan pernapasan sedikit lega setelah diberi inhalasi uap 	 Mely Pebri yani

1	2	3	4	5
		<p>Jam 17.30 WIB</p> <p>Memberikan terapi nebulizer velutin 2,5 mg dan flixotide 2 mg berkolaborasi dokter</p>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RR: 28 x/menit 2. Pasien tampak sulit bernapas 3. Terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm 4. Pasien tampak batuk dan terdengar suara <i>wheezing</i> <p>A:</p> <p>Masalah Pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor bunyi napas tambahan 2. Evaluasi teknik batuk efektif 3. Berikan oksigen 4. Posisikan <i>semi fowler</i> 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat: Ceftriaxone 1 x 2 g, Salbutamol 3 x 2 mg, Amlodipin 1 x 5 mg, Velutine, Flixotide 	
2	<p>Selasa, 9 November 2021</p>	<p>Jam 14.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional. 2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Jam 14.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan tirah baring 	<p>Jam 17.55 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lelah 2. Pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas dan ke kamar mandi 3. Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala aktivitas 2 (0-4) 2. Pasien terbaring ditempat tidur <p>A:</p> <p>Masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 3. Anjurkan posisi duduk 	 Mely Pebri yani

1	2	3	4	5
			<p>tegak saat makan</p> <p>4. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	
3	<p>Selasa, 9 November 2021</p>	<p>Jam 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur <p>Jam 15.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Mengajukan menepati kebiasaan waktu tidur 	<p>Jam 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sulit tidur karena sesak dan udara dingin 2. Pasien mengatakan sering terjaga di malam hari karena batuk 3. Pasien mengatakan hanya tidur 3-4 jam dalam sehari 4. Pasien mengatakan paham tentang pentingnya tidur selama sakit <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat kantung mata 2. Disekitar mata pasien tampak kehitaman <p>A:</p> <p>Masalah Pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Kaji faktor pengganggu tidur, seperti sesak, suhu ruangan yang terlalu dingin 3. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur sewaktu sakit 	 <p>Mely Pebri yani</p>

No Dx	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
1	Rabu, 10 November 2021	<p>Jam 08.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor bunyi napas tambahan 2. Mengevaluasi teknik batuk efektif <p>Jam 08.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan oksigen (O₂) nasal kanul 3 lpm 2. Memposisikan <i>semi fowler</i> <p>Jam 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat: RL + Ceftriaxone 1 x 2 g, Salbutamol 3 x 2 mg, Amlodipin 1 x 5 mg <p>Jam 08.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan terapi nebulizer velutin 2,5 mg dan flixotide 2mg berkolaborasi dokter 	<p>Jam 09.10 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan batuk berkurang saat melakukan teknik batuk efektif 2. Pasien mengatakan sesak semakin berkurang setelah diberi oksigen 3. Pasien mengatakan sesak semakin berkurang setelah diberikan posisi <i>semi fowler</i> 4. Pasien mengatakan napas terasa ringan setelah diberikan obat 5. Pasien mengatakan pernapasan sedikit lega setelah diberi inhalasi uap <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suara napas <i>wheezing</i> berkurang 2. RR 25 x/menit <p>A:</p> <p>Masalah Pola napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat: Ceftriaxone 1 x 2 g, Salbutamol 3 x 2 mg, Amlodipin 1 x 5 mg, Velutine, Flixotide 	 Mely Pebri yani
2	Rabu, 10 November2021	<p>Jam 08.55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan yang nyaman 2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Menganjurkan posisi duduk tegak saat makan 	<p>Jam 09.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan telah mampu sendiri ke kamar mandi secara perlahan 2. Pasien mengatakan telah menghabiskan setengah porsi asupan makanan yang diberikan rumah sakit berupa sup ayam hangat 	 Mely Pebri yani

1	2	3	4	5
		<p>Jam 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan berupa: sup ayam hangat 	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ruangan tampak cukup cahaya, suara tidak bising Skala aktivitas pasien dari 2 menjadi 1 (0-4) <p>A:</p> <p>Masalah Intoleransi aktivitas telah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor asupan makanan Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	
3	Rabu, 10 November 2021	<p>Jam 09.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Mengkaji faktor pengganggu tidur, seperti sesak, suhu ruangan yangterlalu dingin Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur sewaktu sakit 	<p>Jam 09.20 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien masih mengeluhkan sulit tidur dikarenakan sesak Pasien mengatakan ruangnya terasa sejuk, tidak terlalu dingin Pasien mengatakan jarang terbangun saat tidur di malam hari Pasien mengatakan pola tidur belum teratur Pasien mengatakan lama tidur 5-6 jam sehari <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kantung mata pasien telah berkurang Kehitaman di sekitaar mata pasien telah berkurang <p>A:</p> <p>Masalah pola tidur telah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pola aktivitas dan tidur Identifikasi faktor pengganggu tidur 	 Mely Pebri yani

No Dx	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
1	Kamis, 11 November 2021	<p>Jam 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas 2. Memonitor bunyi napas tambahan <p>Jam 08.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat: RL + Ceftriaxone 1 x 2 g, Salbutamol 3 x 2 mg, Amlodipin 1 x 5 mg. <p>Jam 08.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan terapi nebulizer velutin 2,5 mg dan flixotide 2mg berkolaborasi dokter 	<p>Jam 08.40 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah tidak sesak 2. Pasien mengatakan sudah tidak batuk 3. Pasien mengatakan napas terasa ringan setelah diberikan obat 4. Pasien mengatakan pernapasan lega setelah diberi inhalasi uap <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah tidak ada suara napas <i>wheezing</i> 2. RR 22 x/menit <p>A:</p> <p>Masalah Pola napas tidak efektif telah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi, pasien telah diperbolehkan pulang. Anjurkan pasien kontrol kembali ke RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi atau fasilitas kesehatan terdekat.</p>	 Mely Pebri yani
2	Kamis, 11 November 2021	<p>Jam 08.25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor asupan makanan 2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	<p>Jam 08.45 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan telah menghabiskan 1 porsi asupan makanan berupa sop ayam hangat 2. Pasien mengatakan telah mampu melakukan aktivitas secara mandiri tanpa dibantu oleh keluarga <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala aktivitas pasien dari 1 menjadi 0 (0-4) <p>A:</p> <p>Masalah Intoleransi aktivitas telah terasi</p>	 Mely Pebri yani

1	2	3	4	5
			<p>P: Hentika intervensi, pasien diperbolehkan pulang</p>	
3	<p>Kamis, 11 November 2021</p>	<p>Jam 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 	<p>Jam 08.50 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah tidak sulit tidur 2. Pasien mengatakan sudah bisa istirahat 3. Pasien mengatakan pola tidur sudah membaik 4. Pasien mengatakan lama tidur sekitar 7-8 jam sehari <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehitaman di sekitar mata pasien semakin memudar <p>A: Masalah Gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi, pasien diperbolehkan pulang</p>	 <p>Mely Pebri yani</p>