

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Ruang Paru
No. MR : 259884
Tanggal pengkajian : 08/03/2021, Jam 08.00 WIB

1. Data Umum

a. Identitas Pasien

Nama pasien : Tn. K
Umur : 56 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Tani
Agama : Kristen
Status Marital : Menikah
Suku : Jawa
Alamat : Banjar Harum II, RT/RW: 001/003, Madukoro

b. Sumber informasi (penanggung jawab)

Nama : Agus Wahyudi
Umur : 38 tahun
Pendidikan : SMA
Hubungan : Anak pasien
Alamat : Banjar Harum II, RT/RW: 001/003, Madukoro

c. Data Medik

Dikirim oleh : IGD
Diagnosa medis saat masuk : TB Paru
Dx. medis saat pengkajian : TB Paru

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Pasien masuk RSD Mayjend HM Ryacudu pada tanggal 07 Maret 2021. Pasien datang ke IGD Jam 11.00 WIB diantar oleh keluarga pasien. Pasien datang dengan keluhan sesak napas sehari kemarin, batuk berdahak selama 2 bulan, pasien mengatakan sekret berwarna putih, berkeringat di malam hari, tidak nafsu makan, lelah, lemas, pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit, saat pemeriksaan fisik ditemukan suara *ronchi*, tidak muntah, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 36,8°C, RR: 26x/menit, Nadi: 80x/menit, BB = 45 kg. GCS = 15, E₄M₅V₆. Pasien mendapatkan terapi infus RL 500 ml 20 tpm, Pasien terpasang O₂ sebanyak 3 liter/menit nasal kanul. Pasien mendapat terapi obat *Ceftriaxone* 1000 mg/12jam (IV), Oral: OBH sirup: 10 ml/8 jam, Salbutamol: 2 mg/8 jam, Ambroxol: 10 ml/8 jam, Rifampicin: 450 mg/hari, Pyrazinamide: 500 mg/hari, Ethambutol: 500 mg/hari

b. Keluhan utama saat Pengkajian

1) Keluhan utama: Sesak dan Batuk

Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh: (P): sesak, (Q): sesak seperti ditarik, (R): sesak terasa dari tenggorokan sampai ke dada, (S): skala sesak 4 (0-10) dengan menggunakan *Visual Analogue Scale* (VAS= skala analog visual), derajat 0 untuk tidak sesak sama sekali sampai derajat 10 untuk sesak berat, (T): sesak dirasakan sejak tiga bulan yang lalu. Sesak semakin berat saat aktivitas, pasien mengatakan sesak lebih ringan saat aktivitas dikurangi atau istirahat. Pasien mengatakan sesak datang 1-2 kali dalam 2 bulan terakhir.

2) Keluhan penyerta

Selain keluhan di atas pasien juga mual, lidah terasa pahit

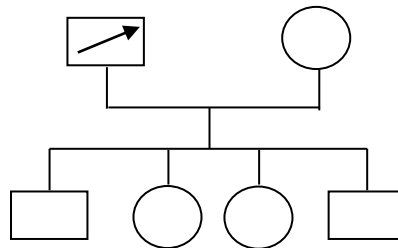
c. Riwayat kesehatan lalu

Pasien mengatakan memiliki tidak memiliki riwayat TB Paru. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat dan makanan, pasien tidak pernah kecelakaan dan tidak pernah jatuh. Sebelumnya pasien belum pernah dirawat di rumah sakit, pasien juga tidak pernah operasi. Keluarga pasien mengatakan menggunakan pelayanan kesehatan seperti dokter umum terdekat, puskesmas dan RS

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga tidak memiliki riwayat penyakit TB Paru

Gambar 3.1
Genogram Riwayat Kesehatan Keluarga Tn. K



Keterangan:



: Laki-laki



:Perempuan

B. Pengkajian Keperawatan

1. Penampilan umum

Berdasarkan hasil pengkajian penampilan umum pada pasien didapatkan data: GCS = 15, E₄M₅V₆: respon membuka mata spontan (E₄), respon verbal orientasi baik dan sesuai (V₅), respon motorik mengikuti perintah atau aba-aba (M₆), tidak ada sianosis, akral hangat, turgor kulit elastis

2. Pengkajian psikososial dan spiritual

a. Lingkungan dan sosial

Pasien mengatakan dalam kesehariannya bekerja sebagai petani. Rumah pasien terletak 100 meter dari pinggir jalan sehingga di rumah hanya terpapar dengan debu rumah, pasien mengatakan tidak merokok.

Pasien mengatakan sering bersosialisasi dengan tetangga sekitar sepulang dari bertani.

b. Spiritual

Pasien mengatakan beragama Kristen dan menjalankan ajaran agama yang dianut. Setiap minggunya pasien melakukan kebaktian di gereja.

Pasien mengatakan selalu bersyukur dengan yang dimiliki.

3. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi dan cairan

1) Nutrisi

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan asupan makanan melalui oral, frekuensi 3x sehari dengan porsi sedang. Pasien mengatakan tidak memiliki pantangan dalam makan.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan asupan melalui oral, frekuensi 3x sehari. Nafsu makan pasien menurun. Pasien mengatakan hanya makan setengah porsi setiap kali makan, tidak ada masalah menelan, tidak ada sariawan, bising usus 16 x/ menit, tidak ada nyeri perut, tidak ada muntah. Diet nasi biasa. Pasien mengatakan BB sebelum sakit 48 kg, BB saat sakit 45 kg

2) Cairan

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan asupan cairan pasien oral, pasien minum 7-8 gelas sehari ukuran gelas 250 ml dengan volume total 1800 ml-2000 ml.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan asupan cairan pasien melalui oral, pasien mengatakan minum air putih sekitar 6 kali sehari dengan volume total 1000 ml

b. Eliminasi

1) BAB

a) Sebelum sakit

Pasien BAB 1x sehari dengan warna dan bau khas feses, dengan tekstur lembek.

b) Setelah sakit

Pasien mengatakan BAB 2x sehari, konsistensi tidak keras dan tidak lunak, bau dan warna khas feses.

2) BAK

a) Sebelum sakit

Pasien BAK 6-7x sehari dengan volume total sekitar 1600 ml, pasien mengatakan warna urin kuning jernih dengan bau khas urin, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat BAK, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK.

b) Setelah sakit

Tidak ada perubahan pola BAK

c. *Personal hygiene*

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit mandi dan menyikat gigi sehari 2x

2) Setelah sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami perubahan pola mandi dan menyikat gigi

d. Istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Lama tidur 7 jam/hari. Pasien mengatakan tidak minum obat tidur.

2) Saat sakit

Pasien tidur 6 jam/hari, pasien mengatakan jarang tidur siang

e. Persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengetahui tentang penyakit yang dideritanya, pasien tidak merokok, pasien tidak mengonsumsi minuman keras dan pasien tidak

ketergantungan dengan obat-obatan. Tindakan keluarga saat pasien mengalami sakit dibawa ke puskesmas, rumah sakit

4. Pemeriksaan fisik per sistem

a. Penglihatan

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada penglihatan, lapang pandang normal pasien mampu membaca bahan bacaan yang diberikan, pergerakan bola mata mampu mengikuti instruksi yang diberikan, konjungtiva pucat, kornea mata jernih, pupil isokor, tidak ada tanda-tanda peradangan, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

b. Pendengaran

Pasien mengatakan mengalami masalah dalam sistem pendengaran, pasien mengatakan mengalami nyeri pada kedua telinga, telinga tampak simetris, fungsi pendengaran baik, pasien mampu menjawab pertanyaan dengan baik, tidak ada cairan yang keluar dari rongga telinga, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

c. Wicara

Pasien tidak mengalami gangguan berbicara, pasien mampu menjawab setiap pertanyaan dengan jelas secara verbal.

d. Pernapasan

Pasien mengatakan sesak, sesak napas sehari kemarin, batuk berdahak selama 2 bulan, pasien mengatakan sekret berwarna putih, pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit, pasien mengatakan dahak sulit keluar, pernapasan 26 x/menit, pasien tampak batuk dengan sputum berwarna putih, suara napas *ronchi*, napas cepat dan dangkal, pergerakan dinding dada simetris, pasien tampak bicara terengah-engah, mengatakan tidak sakit tapi sesak. Pasien tampak gelisah, dispnea, $PCO_2 > 45 \text{ mmHg}$ (PCO_2 Normal: 38-42 mmHg, $PO_2 < 75 \text{ mmHg}$ (PO_2 Normal: 75-100 mmHg), SPO_2 : 92% (SPO_2 : Normal: 95–100%), tidak dapat melakukan batuk efektif

e. Kardiovaskuler

Denyut nadi pasien 80 x/menit, irama jantung teratur, bunyi jantung normal, tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik.

f. Neurologi

GCS: E4 M6 V5

Kekuatan otot	5555	5555
	5555	5555

g. Pencernaan

Mulut pasien bersih, mukosa mulut pucat, pasien mengatakan tidak ada keluhan kesulitan menelan, pasien mengatakan mual, tidak ada muntah, tidak ada nyeri perut, bising usus 16 x/menit, tidak ada massa pada abdomen, tidak ada tanda asites, tidak ada nyeri pada penekanan bagian abdomen, pasien tidak menggunakan colostomy.

h. Imunologi

Pasien tidak mengalami pembengkakan kelenjar getah bening, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat pembengkakan kelenjar getah bening.

i. Endokrin

Pasien tidak ada luka, napas tidak berbau keton, tidak ada tremor, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula darah seperti polidipsi, poliuri, polifagi.

j. Urogenetal

Pasien tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pasien tidak menggunakan kateter, keadaan genital bersih, pasien mengatakan membersihkan genital setiap selesai BAB dan BAK

k. Integumen

Rambut pasien bersih dan kuat, kulit kepala bersih, kulit tapak sedikit pucat, warna kecoklatan dan bersih, tidak terdapat tanda-tanda

perdarahan pada kulit, tidak ada luka dan dekubitus, tidak terdapat tanda-tanda perdarahan.

l. Muskuloskeletal

Pasien tidak mengalami kekakuan sendi, tidak mengalami nyeri tulang dan sendi, tidak terdapat tanda-tanda fraktur, tidak mengalami tanda-tanda peradangan sendi, pasien tidak menggunakan alat bantu seperti spalk dan gips.

5. Pengobatan yang diberikan kepada Tn. K

- a. Cairan infus RL 500 ml 20 tpm
- b. O₂ Nasal kanul 3 liter per menit
- c. *Nebulizer ventolin*
- d. Injeksi:
 - 1) *Ceftriaxone* 2x1000 mg/12jam
- e. Oral:
 - 1) OBH sirup : 3x10 ml/8 jam
 - 2) Salbutamol : 3x2 mg/8 jam
 - 3) Ambroxol : 3x10 ml/8 jam
 - 4) Rifampicin : 450 mg/hari
 - 5) Pyrazinamide : 500 mg/hari
 - 6) Ethambutol : 500 mg/hari

6. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn.K di Ruang Paru
RSD Mayjend HM. Ryacucu Kotabumi, Tanggal 07 Maret 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Hemoglobin	10,6 g/dl	11.0-16.0
2	Leukosit	11,87/ul	400-10.00
3	Trombosit	393.000	150-450
4	GDS	148 mg/dl	100-200
5	BTA	Reaktif	Non Reaktif
6	SARS COV-19	Non Reaktif	Non Reaktif

7. Data fokus

Tabel 3.2
Data Fokus Tn. K

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Pasien mengatakan sesak sehari kemarin 3. Pasien mengatakan sesak seperti ditarik 4. Pasien mengatakan sesak terasa dari tenggorokan sampai ke dada 5. Pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit 6. Pasien mengatakan sesak semakin berat saat aktivitas, 7. Pasien mengatakan sesak lebih ringan saat aktivitas dikurangi atau istirahat. 8. Pasien mengatakan sesak datang 1-2 kali dalam 2 bulan terakhir. 9. Pasien mengatakan batuk berdahak selama 2 bulan 10. Pasien mengatakan dahak sulit keluar 11. Pasien mengatakan sekret berwarna putih 12. Pasien mengatakan berkeringat di malam hari 13. Pasien mengatakan tidak nafsu makan 14. Pasien mengatakan lelah 15. Pasien mengatakan lemas 16. Pasien mengatakan mual 17. Pasien mengatakan lidah pahit	1. Kesadaran pasien compos mentis GCS : E4 M6 V5 2. Pasien batuk dengan sputum berwarna putih 3. Suara napas <i>ronchi</i> 4. Napas cepat dan dangkal 5. Dispnea 6. Pasien gelisah 7. Pasien bicara terengah-engah 8. Pasien tidak dapat melakukan batuk efektif 9. BB sebelum sakit 48 kg 10. BB saat sakit 45 kg 11. Konjungtiva pucat 12. Mukosa mulut pucat 13. Turgor kulit jelek 14. Skala sesak 4 (0-10) 15. SPO ₂ : 92%, 16. CRT < 2 detik. 17. Leukosit: 11,87/ul 18. Hemoglobin: 10,6 g/dl 19. PCO ₂ > 45 mmHg 20. PO ₂ < 75 mmHg 21. BTA Reaktif 22. Bising usus 16 x/menit 23. TTV: 24. TD: 120/80 mmHg, Suhu: 36,8°C, RR: 26x/menit, Nadi: 80x/menit 25. Pasien terpasang O ₂ sebanyak 3 liter/menit nasal kaunal. 26. Pasien menggunakan <i>Nebulizer ventolin</i> 27. Pasien mendapatkan terapi infus RL 500 ml 20 tpm, Pasien mendapat terapi obat 28. <i>Ceftriaxone</i> 2x1000 mg/12jam (IV), Oral: OBH sirup: 3x10 ml/8 jam, Salbutamol: 3x2 mg/8 jam, Ambroxol: 3x10 ml/8 jam, Rifampicin: 450 mg/hari, Pyrazinamide: 500 mg/hari, Ethambutol: 500 mg/hari

8. Analisi Data

Tabel 3.3
Analisis Data Tn. K

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS: 1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Pasien mengatakan sesak sehari kemarin 3. Pasien mengatakan sesak seperti ditarik 4. Pasien mengatakan sesak terasa dari tenggorokan sampai ke dada 5. Pasien mengatakan sesak semakin berat saat aktivitas, 6. Pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit 7. Pasien mengatakan sesak lebih ringan saat aktivitas dikurangi atau istirahat. 8. Pasien mengatakan sesak datang 1-2 bulan sekali beberapa bulan terakhir. 9. Pasien mengatakan batuk DO: 1. Pasien batuk dengan sputum berwarna putih 2. Suara napas <i>ronchi</i> 3. Napas cepat dan dangkal 4. Dispnea 5. Pasien gelisah 6. Pasien bicara terengah engah 7. Skala sesak 4 (0-10) 8. Pasien mendapat terapi obat <i>Ceftriaxone</i> 2x1000 mg/12jam (IV), Oral: OBH sirup: 3x10 ml/8 jam, Salbutamol: 3x2 mg/8 jam, Ambroxol: 3x10 ml/8 jam, Rifampicin: 450 mg/hari, Pyrazinamide: 500 mg/hari, Ethambutol: 500 mg/hari	Bersihan jalan napas tidak efektif	Sekresi yang tertahan
2	DS: 1. Pasien mengatakan sesak seperti ditarik 2. Pasien mengatakan sesak terasa dari tenggorokan sampai ke dada	Gangguan pertukaran gas	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

1	2	3	4
	1. Pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit DO: 1. Suara napas <i>ronchi</i> 2. Napas cepat dan dangkal 3. Dispnea 4. O ₂ sebanyak 3 liter/menit nasal kaunal		
3	DS: 1. Pasien mengatakan tidak nafsu makan 2. Pasien mengatakan mual DO : 1. BB sebelum sakit 48 kg 2. BB saat sakit 45 kg 3. Konjungtiva pucat 4. Mukosa mulut pucat	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
4	DS: 1. Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas 2. Pasien mengatakan lemah DO: 1. Pasien dispnea 2. Pasien lelah	Intoleransi aktivitas	Kelemahan umum
5	DS: DO: 1. Konjungtiva pucat 2. Mukosa mulut pucat 3. Turgor kulit jelek 4. Hemoglobin: 10,6 g/dl	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin

C. Diagnosa Keperawatan

Dari analisa Tn. K di atas sesuai prioritas masalah diagnosa keperawatan, yaitu :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin

Dari hasil analisa data di atas maka diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas adalah:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4

Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Oksigenasi Pada Kasus Tb Paru Terhadap Tn. K Di Ruang Paru RSD. Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, Tanggal 08-10 Maret 2021

No. DX	Dx. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Bersihkan Jalan napas tidak efektif Ditandai dengan: DS: 1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Pasien mengatakan sesak sehari kemarin 3. Pasien mengatakan sesak seperti ditarik 4. Pasien mengatakan sesak terasa dari tenggorokan sampai ke dada 5. Pasien mengatakan sesak semakin berat saat aktivitas, 6. Pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit 7. Pasien mengatakan sesak lebih ringan saat aktivitas dikurangi atau istirahat. 8. Pasien mengatakan sesak datang 1-2 bulan sekali beberapa bulan terakhir. 9. Pasien mengatakan batuk DO: 1. Pasien batuk dengan sputum berwarna putih 2. Suara napas <i>ronchi</i> 3. Napas cepat dan dangkal 4. Dispnea	Bersihkan Jalan Napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, jalan napas pasien bersih dengan hasil: a. Batuk efektif meningkat b. Mengi menurun c. <i>Wheezing</i> menurun d. <i>Ronchi</i> menurun e. Produksi sputum menurun f. Pola napas membaik g. Frekuensi pernapasan membaik	Managemen Jalan Napas (L.01011) <i>Observasi</i> a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, <i>weezing</i>, <i>ronchi</i> kering) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <i>Terapeutik:</i> a. Posisikan <i>semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i> b. Berikan minum hangat c. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu d. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> <i>Edukasi:</i> Ajarkan teknik batuk efektif <i>Kolaborasi :</i> Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>.

1	2	3	4
	5. Pasien gelisah 6. Pasien bicara terengah engah 7. Skala sesak 4 (0-10) 8. Pasien mendapat terapi obat <i>Ceftriaxone</i> 2x1000 mg/12jam (IV), Oral: OBH sirup: 3x10 ml/8 jam, Salbutamol: 3x2 mg/8 jam, Ambroxol: 3x10 ml/8 jam, Rifampicin: 450 mg/hari, Pyrazinamide: 500 mg/hari, Ethambutol: 500 mg/hari		
2	Gangguan pertukaran gas Ditandai dengan: DS: 1. Pasien mengatakan sesak seperti ditarik 2. Pasien mengatakan sesak terasa dari tenggorokan sampai ke dada 3. Pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit DO: 1. Suara napas <i>ronchi</i> 2. Napas cepat dan dangkal 3. Dispnea 4. Pasien terpasang O₂ sebanyak 3 liter/menit nasal kaunal.	Pertukaran Gas (L.01003) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, Gangguan pertukaran gas dengan hasil: a. Dispnea menurun b. Frekuensi napas normal (16-20x/menit) c. Bunyi napas tambahan menurun	Pemantauan Respirasi (L.01014) <i>Observasi:</i> a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas b. Monitor pola napas c. Monitor kemampuan batuk efektif d. Auskultasi bunyi napas e. Monitor saturasi oksigen <i>Terapeutik:</i> Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi:</i> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Terapi Oksigen (L.01026) <i>Observasi:</i> a. Monitor kecepatan aliran oksigen b. Monitor posisi alat terapi oksigen c. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup d. Monitor efektifitas terapi oksigen <i>Terapeutik:</i> Pertahankan kepatenan jalan napas

1	2	3	4
			<i>Edukasi:</i> Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen <i>Kolaborasi:</i> - Kolaborasi penentuan dosis oksigen - Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
3	Intoleransi aktivitas Ditandai dengan: DS: - Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas - Pasien mengatakan lemah DO: - Pasien dispnea - Pasien lelah - Hemoglobin: 10,6 g/dl	Toleransi aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, Intoleransi aktivitas dengan hasil: - Keluhan lelah menurun - Perasaan lemah menurun - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah membaik - Saturasi oksigen meningkat - Frekuensi napas membaik	Manajemen Energi (I. 05178) <i>Observasi:</i> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur <i>Terapeutik:</i> - Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <i>Edukasi:</i> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <i>Kolaborasi:</i> Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

E. Catatan Perkembangan (Implementasi dan Evaluasi)

Tabel 3.5

Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Oksigenasi Pada Kasus Tb Paru Terhadap Tn. K Di Ruang Paru
RSD. Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, Tanggal 08-10 Maret 2021

No	No. DX	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
HARI PERTAMA			
1	1	08/03/2021 Jam: 08:45 WIB Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Jam 09.05 Mengidentifikasi kemampuan batuk Jam: 09:20 WIB Memonitor suara napas tambahan (mis, gurgling, mengi, <i>wheezing</i> , <i>ronchi</i> kering) Jam: 09:25 WIB Memposisikan pasien <i>semi-Fowler</i> Jam : 09:40 WIB Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Jam : 09:50 WIB Mengajarkan pasien teknik tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik Mengajarkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali. Mengajarkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3(perawat menyiapkan pot yang akan digunakan sebagai wadah sputum pasien, menutup kembali saat sputum telah berada dalam pot, kemudian diberikan kepada petugas RS)	Jam 12.00 WIB S: Pasien mengatakan sesak Pasien mengatakan tidak mampu batuk efektif O: RR: 26x/menit Pasien sesak Skala sesak 4 (0-10) Napas pasien cepat dan dangkal Pasien gelisah Pasien bicara terengah-engah Pasien tidak mampu batuk efektif Terdapat suara napas tambahan (<i>ronchi</i>) Pasien mendapat terapi obat berdasarkan resep dari dokter: injeksi: <i>Ceftriaxone</i> 1000 mg; oral: OBH sirup: 10 ml, Salbutamol: 2 mg, Ambroxol: 10 ml, Rifampicin: 450 mg, Pyrazinamide: 500 mg, Ethambuto: 500 mg A: Masalah belum teratasi

1	2	3	4
		Jam: 10:00 WIB Memberikan <i>Nebulizer ventolin</i> (cara penggunaan <i>Nebulizer</i>: Taruh kompresor di tempat yang rata dan mudah dicapai, Pastikan peralatan yang digunakan sudah bersihkan, Cuci tangan dengan sabun sebelum menyiapkan obat, Masukkan obat ke cangkir, Saat memasukkan obat, pastikan dosis yang diberikan sesuai anjuran atau resep dokter, Sambungkan corong mulut atau masker ke cangkir nebulizer, Pasang selang penyambung ke kompresor dan cangkir nebulizer, Saat alat sudah siap, nyalakan mesin kompresor. Jika berfungsi normal, alat akan mengeluarkan kabut atau uap yang berisi obat., Letakkan corong mulut atau masker ke mulut pasien. Pastikan tidak ada sela, Dudukkan pasien dengan nyaman dalam posisi, ketika menggunakan alat, pasien bernapas secara perlahan hingga obat habis, Jaga agar cangkir nebulizer tetap tegak selama alat digunakan) Jam 10.30 WIB Memberikan terapi obat berdasarkan resep dari dokter: injeksi: <i>Ceftriaxone</i> 1000 mg; oral: OBH sirup : 10 ml, <i>Salbutamol</i>: 2 mg, <i>Ambroxol</i>: 10 ml, <i>Rifampicin</i>: 450 mg, <i>Pyrazinamide</i> : 500 mg, <i>Ethambuto</i>: 500 mg	P : Lanjutkan intervensi: Pemberian terapi obat bronkodilator melalui nebulizer (<i>ventolin</i> 1cc: <i>NaCl</i> 10 cc) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Monitor suara napas tambahan (<i>ronchi</i> kering) Berikan oksigen Posisikan pasien <i>semi-Fowler</i> Berikan minum hangat Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 TTD Perawat Dede Nia Agustia
2	2	08/03/2021 Jam : 11.00 WIB Mengauskultasi bunyi napas Jam : 11:15 WIB Monitor saturasi oksigen Jam: 11:30 WIB Mendokumentasi hasil pemantauan Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Menginformasikan hasil pemantauan	08/03/2021 Jam 12.30 WIB S: Pasien mengatakan sesak O: Terdapat suara napas tambahan (<i>ronchi</i>) Satuasi oksigen pasien 92 % A: Masalah belum teratasi

1	2	3	4
			P: Lanjutkan intervensi Monitor saturasi oksigen Pertahankan kepatenan jalan napas Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen Kolaborasi penentuan dosis oksigen TTD Perawat Dede Nia Agustia
3	3	Jam 12.00 WIB Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Jam 12.05 WIB Monitor kelelahan fisik dan emosional Jam 12.10 WIB Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan (dengan mendengarkan lagu rohani) Jam 12.15 WIB Anjurkan pasien untuk beristirahat	08/03/2021 Jam 13.30 WIB S: Pasien mengatakan sesak didada Pasien mengatakan lelah Pasien mengatakan lemah O: Pasien dispnea Pasien lelah Pasien lemah Skala sesak 4 (0-10) Pasien sulit beristirahat A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan Anjurkan tirah baring Anjurkan strategi untuk mengurangi kelelahan

1	2	3	4
			TTD Perawat Dede Nia Agustia
HARI KEDUA			
1	1	09/03/2021 Jam: 07.00 WIB Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Jam 07.10 WIB Memonitor suara napas tambahan (<i>ronchi</i> kering) Jam 07.15 WIB Posisikan pasien <i>semi Fowler</i> Memberikan terapi O₂ (Cara: Siapkan peralatan oksigen dan humidifier, Putar knop oksigen hingga diperoleh kecepatan oksigen yang sesuai dengan intruksi dan pastikan peralatan berfungsi dengan baik, Pastikan oksigen mengalir dengan bebas melalui slang dan anda dapat merasakan oksigen keluar dari kanula nasal. Tidak terdengar bunyi pada slang, sambungan tidak bocor, dan terdapat gelembung udara pada humidifier saat oksigen mengalir melewati air, Atur kecepatan aliran oksigen sesuai dengan terapi yang direkomendasikan 3l/menit, Pasang kanula nasal pada wajah pasien dengan lubang kanula masuk kedalam hidung dan karet pengikat melingkari kepala pasien, Fiksasi kanula nasal menggunakan flester, Gunakan kassa sebagai alas karet pengikat pada area telinga dan tulang pipi jika perlu) Jam 07.45 WIB Menganjurkan pasien melakukan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik Menganjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali. Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3	09/03/2021 Jam: 10.30 WIB S: Pasien mengatakan sesak berkurang Pasien mengatakan sesak berkurang setelah diberikan posisi setengah duduk Pasien mengatakan mampu mengeluarkan sekret sedikit O: RR: 22 x/menit Sesak pasien berkurang Skala sesak berkurang 2 (0-10) Pasien tidak gelisah Pasien bicara perlahan-lahan Terdapat suara napas tambahan (<i>ronchi</i>) Pasien melakukan tarik napas Pasien mampu batuk efektif Pasien terpasang oksigen 3l/menit menggunakan nasal kanul Pasien mendapat terapi obat berdasarkan resep dari dokter: injeksi: <i>Ceftriaxone</i> 1000 mg; oral: OBH sirup : 10 ml Salbutamol: 2 mg, Ambroxol: 10 ml, Rifampicin: 450 mg, Pyrazinamide : 500 mg, Ethambuto: 500 mg Pasien mendapat terapi obat bronkodilator melalui nebulizer (ventolin 1cc: NaCl 10 cc)

1	2	3	4
		Jam 08.00 WIB Menganjurkan pasien minum air hangat (1-2 gelas) Jam 08.05 WIB Memberikan terapi obat berdasarkan resep dari dokter: injeksi: <i>Ceftriaxone</i> 1000 mg; oral: OBH sirup : 10 ml Salbutamol: 2 mg, Ambroxol: 10 ml, Rifampicin: 450 mg, Pyrazinamide : 500 mg, Ethambuto: 500 mg Jam 08.30 WIB Memberikan <i>Nebulizer ventolin</i>	A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Pemberian terapi obat bronkodilator melalui nebulizer (ventolin 1cc: NaCl 10 cc) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Monitor suara napas tambahan (mis, gurgling, mengi, <i>wheezing</i>, <i>ronchi</i> kering) Berikan oksigen Berikan minum hangat Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 TTD Perawat Dede Nia Agustia
2	2	09/03/2021 Jam : 09:00 WIB Memonitor saturasi oksigen Jam: 09:10 WIB Memonitor kecepatan aliran oksigen Jam: 09:20 WIB Memonitor posisi alat terapi oksigen Jam: 09:30 WIB Mengajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen	09/03/2021 Jam 11.00 WIB S: Pasien mengatakan memahami cara menggunakan oksigen O: Satiasi oksigen pasien : 96 % Kecepatan aliran O₂ :3 liter/menit Pasien terpasang O₂ nasal kaunal. A: Masalah teratasi sebagian

1	2	3	4
			P: Lanjutkan intervensi Auskultasi bunyi napas Pertahankan kepatenan jalan napas TTD Perawat Dede Nia Agustia
3	3	Jam 10.00 WIB Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Jam 10.10 WIB Monitor kelelahan fisik dan emosional Jam 10.15 WIB Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan Jam 10.25 WIB Anjurkan pasien untuk beristirahat	08/03/2021 Jam 11.40 WIB S: Pasien mengatakan sesak berkurang Pasien mengatakan lelah berkurang Pasien mengatakan lemah berkurang O: Pasien dispnea berkurang Pasien lelah berkurang Pasien lemah berkurang Pasien tengah beristirahat A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan Anjurkan tirah baring Anjurkan strategi untuk mengurangi kelelahan

1	2	3	4
			Dede Nia Agustia
2	2	10/03/2021 Jam: 10.20 WIB Mengauskultasi bunyi napas Jam: 10.35 WIB Mempertahankan kepatenan jalan napas	10/03/2021 Jam: 12.00 WIB S: Pasien mengatakan tidak lagi sesak O: Tidak terdapat suara napas tambahan (<i>ronchi</i>) RR: 20x/menit Satuasi oksigen pasien 97 % A: Masalah teratasi P: Hentikan Intervensi TTD Perawat Dede Nia Agustia
3	3	Jam 10.50 WIB Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Jam 11.00 WIB Monitor kelelahan fisik dan emosional Jam 11.15 WIB Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan Jam 11.25 WIB Anjurkan pasien untuk beristirahat	08/03/2021 Jam 13.00 WIB S: Pasien mengatakan tidak sesak Pasien mengatakan tidak sesak saat beraktivitas Pasien mengatakan tidak lelah Pasien mengatakan tidak lemah O: Pasien tidak sesak Pasien tidak lelah

1	2	3	4
			Pasien tidak lemah Skala sesak 0 (0-10) Pasien tengah beristirahat A: Masalah teratasi P : Hentikan intervensi TTD Perawat Dede Nia Agustia