

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Ruang : Paru
No. RM/CM : 113697
Pukul : 10.15 WIB
Tanggal pengkajian : 08 Maret 202

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Dasar

a. Identitas pasien

Nama : Ny. Z
Usia : 62 Tahun
Status Perkawinan : Sudah Menikah
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Suku : Lampung
Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
Alamat Rumah : Jl. Penitis Kotabumi Selatan
Sumber Biaya : BPJS
Tanggal Masuk RS : 08 Maret 2021
Diagnosa Medis : Asma Bronchial

b. Sumber Informasi (Penanggung Jawab)

Nama : Ny. S
Umur : 38 Tahun
Hubungan dengan klien : Anak
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pedagang
Alamat : Jl. Penitis Kotabumi Selatan

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang pada hari Selasa tanggal 8 Maret 2021, diantar oleh keluarga ke UGD RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Dengan keluhan sesak nafas sejak 3 hari disertai batuk dan terdapat secret berwarna kuning, serta terdapat suara napas tambahan mengi, kesadaran Compos Mentis dengan GCS (E4V5M6), tekanan darah 150/88 mmHg, denyut nadi 120 x/menit lokasi pemeriksaan di nadi radialis, frekuensi pernafasan 28 x/menit dengan pernafasan cepat dan dangkal, suhu 36,7°C.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan utama

Klien mengeluh sesak, klien mengatakan sesak seperti ditekan, sesak berlangsung hilang timbul selama 20-30 menit dengan skala nyeri ringan yaitu 2 (0-10), sesak bertambah parah ketika klien melakukan aktivitas berlebihan dan terpapar udara dingin atau hal lain seperti terkena debu-debuan, keluhan ini mengganggu aktivitas sehari-hari klien, semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

2) Keluhan penyerta

Klien mengatakan sulit tidur dan sering terjaga di malam hari karena sesak dan batuk, klien mengatakan badannya lemah, dan klien mengatakan merasa tidak nyaman beraktivitas karena sesak

c. Riwayat kesehatan lalu

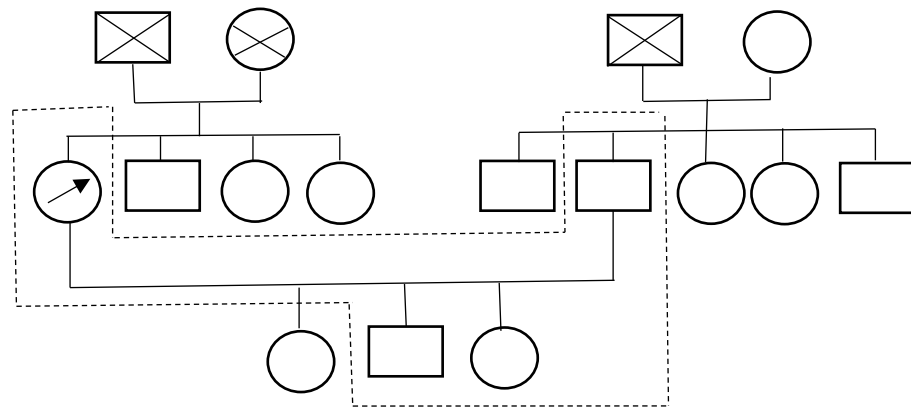
Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RS sekitar 1 tahun yang lalu dengan keluhan sesak. Saat di rumah jika klien merasa sesak klien hanya beristirahat di rumah. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan, tidak ada riwayat kecelakaan, dan klien mengatakan tidak ada riwayat pernah dilakukan operasi.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama yaitu Asma.

Genogram

3.1



= Laki-laki



= Pasien



= Perempuan



= Tinggal serumah



= Meninggal

e. Riwayat Psikososial – spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami stress mengenai keuangan, keluarga, dan pekerjaan. Klien merasa bersyukur karena selama sakit keluarga selalu mendukung kesembuhan dirinya. Sistem nilai kepercayaan pasien tidak bertentangan dengan pengobatan dirumah sakit, saat sakit pasien melakukan ibadah di tempat tidur.

3. Lingkungan

a. Rumah

Klien mengatakan rumah yang ia tempati jauh dari pabrik industri dan jalan raya. Klien mengatakan suami dan anak laki-laknya merokok sehingga sering terpapar asap rokok. Klien tidak memiliki hewan peliharaan yang berbulu atau ternak.

b. Pekerjaan

Klien mengatakan pekerjaan nya sebagai Ibu rumah tangga.

4. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola nutrisi

1) Pola nutrisi sebelum sakit

Pola nutrisi sebelum sakit, klien mengatakan asupan makan klien oral, frekuensi 3x/hari, klien biasanya selalu menghabiskan 1 porsi makanannya, nafsu makan klien baik, tidak ada diit yang dianjurkan klien mengatakan tidak ada alergi makanan dan tidak ada pantangan.

2) Pola nutrisi saat sakit

Pada saat pengkajian klien mengatakan nafsu makan klien berkurang, klien makan tiga kali sehari dengan nasi dan lauk dari rumah sakit namun hanya setengah dari porsi makan yang disediakan. Klien tidak memiliki alergi terhadap makanan, terkadang setiap makan klien kesulitan karena merasa nafasnya sesak frekwensi makan 3x/hari dengan porsi $\frac{1}{2}$ dari biasanya.

b. Pola cairan

1) pola cairan sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mengatakan asupan cairan pasien oral, pasien minum air putih, minum 7 gelas/hari dengan volume total 1500-2000 cc/hari.

2) pola cairan saat sakit

Saat sakit pasien mengatakan asupan cairan pasien oral, pasien minum air putih, minum 7 gelas/hari dengan volume total 1500-2000 cc/hari.

c. Pola eliminasi

1) Pola BAK dan BAB sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan BAK, klien mengatakan frekuensi BAK 4-5 kali sehari dengan warna urine kuning jernih dan bau khas urine, pasien mengatakan BAB lancar 1 kali dalam sehari, feses berwarna kuning dan bau khas feses.

2) Pola BAK dan BAB saat sakit

Pasien mengatakan BAK sehari 4-5 kali dengan warna urine kuning jernih dan bau khas urine, pasien mengatakan BAB sehari sekali, feses berwarna kuning, bentuk padat dan bau khas feses.

d. Pola personal hygiene

1) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mandi 2 kali sehari, menggosok gigi 3 kali sehari, keramas rambut 2 kali sehari.

2) Saat sakit

Selama dirawat di rumah sakit klien mandi 1 kali sehari, klien mengatakan menggosok gigi satu kali sehari dengan dibantu oleh keluarga klien dan keramas rambut sekali dalam sehari.

e. Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan tidak ada masalah istirahat dan tidurnya, lama tidur 7-8 jam/hari, waktu tidur klien siang dan malam, klien mengatakan mudah untuk memulai tidur.

2) Saat sakit

Klien mengatakan sulit tidur, klien mengatakan merasa sesak di malam hari dan terbangun saat tidur lalu klien tidak dapat tidur kembali, lama tidur saat sakit 3 jam/hari, klien mengatakan tidak puas tidurnya, klien tampak menguap, klien tampak mengantuk dan klien tidak menggunakan obat-obatan sebelum tidur.

f. Pola aktifitas dan latihan

1) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien tidak mengalami keterbatasan dalam hal mandi, menggunakan pakaian dan beraktivitas serta melakukan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga .

2) Saat sakit

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan semua kegiatan klien terhambat, untuk melakukan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga karena ia merasa sesak, klien mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, klien mudah merasa lelah ketika beraktivitas berat, semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga. Klien tampak lemah dan lesu.

g. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan saat klien merasa sesak, klien memilih untuk beristirahat. Ketika sesak semakin berat keluarga membawa klien ke rumah sakit. Klien dan keluarga mengatakan sudah sedikit mengerti tentang penyakit yang diderita klien beserta pencetusnya seperti aktivitas berlebih dan tidak bisa terpapar udara dingin.

5. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Kesadaran : GCS (E4 M6 V5)
- 2) Tekanan Darah : 150/88 mmHg
- 3) Nadi : 120 x/menit
- 4) Pernafasan : 28 x/menit
- 5) Suhu : 36,7°C
- 6) TB/BB : 159 / 63 cm/kg

b. Pemeriksaan fisik persistem

1) Sistem pengelihanatan

Pada saat pengkajian posisi mata simetris antara kiri dan kanan, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna merah muda, sklera tidak ikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang

pandang baik, dan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

2) Sistem pendengaran

Pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien fungsi pendengaran baik, posisi telinga simetris antara kiri dan kanan, dan klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran

3) Sistem wicara

Pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami kesulitan dalam berbicara.

4) Sistem pernafasan

Pada saat dilakukan pengkajian klien terpasang nasal kanul 3 L/menit, klien mengatakan sesak, klien mengatakan sesak seperti ditarik sesak berlangsung hilang timbul selama 20-30 menit dengan skala ringan yaitu 2 (0-10), sesak bertambah parah ketika klien melakukan aktivitas berlebih, kelelahan dan terpapar udara dingin, SpO₂ 98 %, frekuensi pernafasan 28 x/menit, terdengar suara nafas tambahan mengi, klien batuk ada dahak berwarna kuning, klien menggunakan otot bantu pernafasan.

5) Sistem kardioaskuler

Pada saat pengkajian nadi radialis didapatkan data nadi 98 x/menit teraba kuat dan teratur, tidak terdapat distensi vena jugularis, CRT (*capillary refill time*) < 2 detik,.

6) Sistem neurologi

Kesadaran *Compos mentis*, *glasgow come scale* (GCS) E4 V5 M6. Pada saat melakukan pemeriksaan sensorik klien dapat merasakan dan menyebutkan benda tumpul maupun tajam, meningeal (-),

7) Sistem pencernaan

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada masalah dalam menelan, tidak mengalami masalah dalam rongga mulut dan tidak ada masalah gigi, mukosa kulit klien tampak kering.

8) Sistem Immunologi

Pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening

9) Sistem Endokrin

Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid, tidak tremor, tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula dalam urine.

10) Sistem Urogenital

Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami distensi kandung kemih, pasien tidak menggunakan kateter urine, tidak ada nyeri tekan.

11) Sistem Integumen

Pada saat pengkajian keadaan rambut klien tampak bersih, kekuatan rambut normal, berwarna hitam dan ada uban, keadaan kuku pasien tampak bersih, keadaan kulit pasien bersih, klien tidak mengeluh gatal, klien tidak mengalami perubahan karakteristik kulit/ warna, turgor kulit elastis, tidak ada edema, tidak ada dekubitus.

12) Sistem Muskuloskeletal

Klien tampak lemas, tidak ada tanda-tanda fraktur, klien tidak menggunakan alat bantu.

13) Pengkajian penyakit

Diagnosa medis : Asma bronchial

14) Pengkajian prosedur

Klien mendapat therapy cairan Ringer Laktat (RL) 500 ml 20 tetes per menit, therapy oksigen sebanyak 2-3 L/menit dengan nasal kanul

6. Pengobatan

- a. Ranitidine 2x1amp iv
- b. Nebu Ventolin 1 ampl/12 jam
- c. Nebu Flixotide 1 ampl/12 jam
- d. Salbutamol 3x2 mg (oral)

- e. Methylprednisolone 2x62,5 mg (iv)
- f. Ceftriaxone 2x1 gr (im)

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. Rontgen Thorax PA

Pada pemeriksaan radiologi paru tampak adanya penyempitan saluran nafas bronchus/bronchiolus

b. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Klinik Ny.Z Di Ruang Paru RSD
Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 8 maret 2021

NO	Parameter	Hasil	Nilai normal
1	Leokosit	10.33 x10 ³ /uL	4.00 - 10.00
2	Eritrosit	4.82 x10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
3	Hemoglobin	13,8 g/dL	11.0 - 15.0
4	Trombosit	265 x10 ³ /uL	150- 450

B. Data Fokus

Tabel 3.3
Data senjang pada Ny.Z di Ruang Paru RSD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi
Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Klien mengeluh sesak 2. Klien mengatakan batuk disertai secret 3. Klien mengatakan badannya terasa lemah 4. Klien mengatakan sesak bertambah parah ketika melakukan aktivitas 5. Klien mengatakan sulit tidur karena sesak dan batuk 6. Klien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak dan batuk 7. Klien mengatakan tidak puas dengan tidurnya 8. Klien mengatakan lama tidur hanya kurang lebih 3 jam 9. Klien mengatakan tidak nyaman karena sesak dan batuk	1. Klien tampak sesak 2. Suara napas tambahan mengi 3. Klien tampak terpasang O2 nasal kanul 3l/menit 4. TD 150/88 mmHg 5. Nadi 120 x/menit 6. Frekuensi napas klien 28 x/menit 7. Klien tampak lemah 8. Klien tampak menguap 9. Klien tampak mengantuk 10. Klien tampak Lelah 11. Klien tampak batuk 12. Klien tampak gelisah 13. Klien tampak menggunakan otot bantu pernapasan 14. Terapi cairan Ringer Laktat (RL) 500 ml 20 tetes/mnt 15. Terapi inhalasi ventolin dan flixotide 16. Obat oral salbutamol 17. Terapi intravena metilprednisolon dan ranitidine

C. ANALISA DATA

Tabel 3.4
Analisa Data Dari Hasil Pengkajian Ny.Z di Ruang Paru
RSD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 8 Maret 2021

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	2	3	4
1.	Ds : - Klien mengeluh sesak napas sejak 3 hari yang lalu - Klien mengatakan batuk disertai secret berwarna kuning Do : - Klien tampak sesak (dyspnea) - Terdapat suara napas tambahan mengi - Klien tampak terpasang O2 nasal kanul 3l/menit - Frekuensi napas klien 28 x/menit - Klien tampak gelisah - Terapi inhalasi ventolin dan flixotide - Obat oral salbutamol - Terapi intravena metilprednisolon	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	Spasme jalan napas

1	2	3	4
2.	Ds: 1. Klien mengatakan badannya terasa lemah 2. Klien mengatakan sesak bertambah parah ketika melakukan aktivitas Do : 1. Klien tampak lemah 3. Klien tampak Lelah 4. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga 5. TD 150/88 mmHg 6. Nadi 120 x/menit 7. Terpasang infus cairan Ringer Laktat (RL) 500 ml 20 tetes/mnt	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan
3.	Ds : 1. Klien mengatakan sulit tidur karena sesak sering terjadi di malam hari dan disertai batuk 2. Klien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak dan batuk 3. Klien mengatakan tidak puas dengan tidurnya 4. Klien mengatakan lama	Gangguan Pola Tidur	Sesak napas

1	2	3	4
	tidur hanya kurang lebih 3 jam Do : 1. Klien tampak menguap 2. Klien tampak mengantuk		
4.	Ds : 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. Klien mengatakan badannya lemah 3. Klien mengatakan tidak nyaman karena sesak dan batuk Do : 1. Klien tampak gelisah 2. Terapi intravena ranitidine	Gangguan Rasa Nyaman	Gejala penyakit

D. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas ditandai dengan klien mengeluh sesak, terdapat suara napas tambahan mengi.
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh lelah, klien mengatakan sesak ketika beraktivitas, klien tampak lemah.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas ditandai dengan sulit tidur, terbangun di malam hari, tidak puas tidur, lama tidur hanya 3 jam/hari
4. Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan Gejala penyakit ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur, gelisah, mengeluh tidak nyaman

Masalah keperawatan dari hasil Analisa berdasar prioritas masalah:

1. Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas ditandai dengan klien mengeluh sesak, terdapat suara napas tambahan mengi.
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh lelah, klien mengatakan sesak ketika beraktivitas, klien tampak lemah.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas ditandai dengan sulit tidur, terbangun di malam hari, tidak puas tidur, lama tidur hanya 3 jam/hari

E. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana keperawatan Dari Hasil Pengkajian Ny. Z di Ruang Paru
RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 8 Maret 2021

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	Bersihan Jalan Nafas (L.01001) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Mampu untuk batuk efektif 2. Produksi sputum menurun 3. Tidak ada suara napas tambahan mengi 4. Frekuensi napas membaik (normal) 16-24x/menit	Managemen Jalan Nafas (I.01011) <i>Observasi :</i> 1. Monitor frekuensi nafas 2. Monitor Kedalaman pernafasan 3. Monitor bunyi nafas tambahan <i>Terapeutik :</i> 1. Posisikan semi fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Lakukan penghisapan lendir 4. Berikan oksigen

1	2	3	4
		5. Dipsnea menurun 6. Tidak gelisah	<i>Kolaborasi:</i> Kolaborasi pemberian bronkodilator
2.	Intoleransi Aktivitas	Toleransi Aktivitas (hal. 149 kode L05047) : Setelah dilakukan asuhan kepeawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tidak mengeluh lelah 2. Tidak dipsnea saat aktivitas 3. Perasaan lemah menurun 4. Frekuensi nadi membaik (normal) 60-100 x/mnt 5. Frekuensi napas membaik (normal) 16-24 x/mnt	Manajemen Energi (hal. 176 kode I.05178) : <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional <i>Terapeutik :</i> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <i>Edukasi :</i> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
3.	Gangguan Pola Tidur	Pola Tidur (hal. 096 kode 05045) : Setelah dilakukan asuhan kepeawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur	Dukungan Tidur (Hal. 048 kode I.05174) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur

1	2	3	4
		membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Jam tidur membaik 3. Pola tidur membaik 4. Kualitas tidur membaik 5. Istirahat cukup	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur <i>Terapeutik :</i> 1. Fasilitasi menghilangkan setres sebelum tidur 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pengaturgaturan posisi) 3. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur

F. Catatan Perkembangan

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Ny. Z di Ruang Paru
RSD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 8-10 Maret 2021

Catatan Perkembangan Hari Pertama

No	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	Senin, 8 Maret 2021	Pukul : 14.30 WIB Memonitor suara napas tambahan mengi dan kedalaman napas Pukul : 14.35 WIB 1. Memposisikan semifowler 2. Memberikan terapi O2 nasal kanul 3 l/m Pukul : 14.45 WIB Memonitor tanda-tanda vital	Pukul : 15.20 WIB S: 1. Klien mengatakan sesak napas berkurang setelah diberikan O2 nasal kanul 3 L/menit 2. Klien mengatakan lega dan sesak berkurang setelah diajarkan tehnik napas dalam dan batuk efektif 3. Klien mengatakan nyaman dan sesak napas berkurang setelah diposisikan semifowler

1	2	3	4
		Pukul : 14.55 WIB Membuang secret dengan memotivasi pasien melakukan batuk dan napas dalam Pukul : 15.05 WIB 1. Menganjurkan minum air hangat 2. Mengkolaborasikan pemberian obat Nebulizer sesuai program terapi 3. Nebu Ventolin 1 ampl 4. Nebu flixotide 1 ampl 5. Obat oral salbutamol 6. Terapi intravena metilprednisolon	O : 1. Klien tampak masih sesak 2. Bunyi napas klien mengi 3. Klien terpasang oksigen 3l/menit menggunakan nasa kanul 4. RR : 26x/menit, nadi 120 x/menit, TD : 150/88 mmHg, Suhu 36,5° C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi : 1. Monitor suara napas tambahan mengi 2. Evaluasi teknik napas dalam dan batuk efektif 3. Kolaborasi dalam pemberian terapi  Aldayanti

1	2	3	4
2.	Senin, 8 Maret 2021	Pukul : 15.25 WIB 1. Mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor penyebab kelelahan Pukul : 15.30 WIB 1. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan dengan berdoa 2. Membantu klien dalam memenuhi kebutuhan, memberi obat dan meminum air hangat Pukul : 15.45 WIB Menganjurkan tirah baring	Pukul : 15.50 WIB S : 1. Klien mengatakan badannya lemah 2. Klien mengatakan lelah saat beraktivitas 3. Klien mengatakan saat beraktivitas klien merasa sesak 4. Klien mengatakan belum bisa beraktivitas secara mandiri O: 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak melakukan aktivitas distraksi dengan berdoa 3. Aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

1	2	3	4
			2. lakukan latihan rentang gerak atif 3. Ajakan strategi koping untuk mengurangi kelelahan  Aldayanti
3.	Senin , 8 Maret 2021	Pukul : 19.00 WIB 1. Mengidentifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 2. Menciptakan lingkungan yang tenang dengan membatasi pengunjung Pukul 19.15 WIB Memodifikasi lingkungan yang aman dan tempat tidur yang bersih serta rapi	Pukul : 19.30 WIB S: 1. Klien mengatakan sulit tidur karena sesak napas dan batuk disertai secret 2. Klien mengatakan sering terbangun karena sesak napas tiba-tiba 3. Klien mengatakan tadi malam tidur dari pukul 23.00 s.d 02.00 WIB O : 1. Klien tampak mengantuk 2. Klien tampak lemah

1	2	3	4
		Pukul 19.25 WIB Memonitor pola tidur klien dan catat kondisi fisik (mis. batuk, sesak)	3. Klien tampak menguap A : Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi : 1. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan saat tidur dengan pengaturan posisi 2. Anjurkan klien untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur 3. Berikan terapi musik untuk membuat klien dalam keadaan nyaman saat mulai tidur  Aldayanti

Catatan perkembangan hari ke 2

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
Selasa, 9 maret 2021 Dx 1	Pukul 09.30 WIB 1. Memonitor kembali suara napas tambahan mengi 2. Memonitor kembali klien untuk napas dalam dan batuk efektif Pukul 09.35 WIB Monitor frekuensi dan kedalaman napas Pukul 09.40 WIB 1. Memberi terapi O2 nasal kanul 3l/menit 2. Memonitor pernapasan Pukul 10.00 WIB	Pukul 10.15 WIB S: 1. Klien mengatakan sesak napas klien berkurang setelah di nebulizer 2. Klien mengatakan batuk disertai dahak berkurang 3. Klien mengatakan mengerti tentang teknik napas dalam dan batuk efektif untuk mengurangi sesak napas O : 1. Mengi (+) 2. Klien terpasang O2 nasal kanul 3l/menit 3. Tanda-tanda vital : TD: 130/80 mmHg, RR: 26x/menit, nadi 90x/menit, suhu 36,8° C A : Masalah sebagian teratasi

1	2	3
	Menganjurkan klien untuk minum air hangat Pukul 10.10 WIB 1. Mengkolaborasikan pemberian obat Nebulizer sesuai program terapi : - Nebu Ventolin 1 ampl - Nebu flixotide 1 ampl - Mthylprednisolone 2x62,5 mg - Salbutamol 3x2 mg (oral)	P : Lanjutkan intervensi : - Monitor kecepatan, irama, serta penggunaan otot pernapasan - Evaluasi tehnik napas dalam yang diajarkan - Monitor suara napas tambahan seperti mengi - Pantau oksigenasi - Anjurkan minum air hangat  Aldayanti
Dx 2	Pukul : 10.20 WIB Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Pukul : 10.25 WIB	Pukul: 11.00 WIB S: - Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga seperti personal hygiene - Klien mengatakan akan menerapkan latihan pergerakan sendi secara mandiri

1	2	3
	Memotivasi klien untuk melakukan pergerakan sendi secara mandiri Pukul : 10.40 WIB Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	3. Klien mengatakan perasaan lemah berkurang O: 1. Klien tampak lebih nyaman 2. Klien tampak rileks 3. Aktivitas personal hygiene klien dibantu keluarga A: Masalah sebagian teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Kaji aktivitas klien yang dapat dilakukan secara mandiri 2. Evaluasi latihan gerak aktif 3. Sediakan lingkungan nyaman dengan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)  Aldayanti

1	2	3
Dx 3	Pukul : 11.05 WIB 1. Monitor pola tidur klien 2. Menganjurkan klien untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu sebelum tidur Pukul 11.20 WIB 1. Memberikan terapi musik untuk membuat klien dalam keadaan nyaman saat memulai tidur 2. Melakukan prosedur pengaturan posisi semi fowler untuk meningkatkan kenyamanan saat tidur	Pukul : 11.40 WIB S : 1. Klien mengatakan keluhan sesak berkurang saat tidur 2. Klien mengatakan nyaman saat tidur dengan posisi semi foewler O : 1. Klien tampak rileks 2. Klien tampak mengantuk A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjurkan intervensi : 1. Bantu menghilangkan setres sebelum tidur 2. Evaluasi pengaturan posisi saat tidur  Aldayanti

Catatan perkembangan hari ke 3

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
Rabu , 10 maret 2021 Dx 1	Pukul 14.35 WIB 1. Mengevaluasi kembali klien untuk nafas dalam dan batuk efektif 2. Memonitor suara napas tambahan mengi Pukul 14.50 WIB 1. Memonitor status oksigen 2. Memonitor TTV 3. Mengajarkan klien untuk minum air hangat Pukul 15.00 WIB 1. Kolaborasi pemberian nebulizer 2. Nebu Ventolin 1 ampl 3. Nebu flixotide 1 ampl 4. Mthylprednisolone 2x62,5 mg	Pukul 15.50 WIB S: 1. Klien mengatakan sesak berkurang 2. Klien mengatakan produksi secret menurun 3. Klien mengatakan sudah mengerti tentang tehnik napas dalam, batuk efektif dan mulai menerapkannya O : 1. Mengi berkurang 2. Tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg, RR: 24x/menit, Nadi 80x/menit, suhu 36,5° C 3. Sesak klien tampak berkurang 4. Klien tampak rileks 5. Klien masih terpasang O2 nasal kanul 2l/menit A :

1	2	3
	5. Salbutamol 3x2 mg (oral)	Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan intervensi : 1. Pantau oksigenasi 2. Anjurkan minum air hangat  Aldayanti
Dx 2	Pukul 15.35 WIB Mengkaaji aktivitas klien yang dapat dilakukan secara mandiri Pukul 15.50 WIB Mengevaluasi aktivitas pergerakan sendi yang dilakukan secara mandiri Pukul 16.05 WIB	Pukul 16.25 WIB S: 1. Klien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas secara mandiri seperti meminum obat dan menggosak gigi secara mandiri 2. Klien mengatakan perasaan lemah berkurang O: 1. Klien tampak rileks

1	2	3
	Menyediakan lingkungan nyaman dengan rendah stimulus (Cahaya, suara, kunjungan)	2. Klien tampak melakukan pergerakan sendi A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi  Aldayanti
Dx 3	Pukul 14.30 WIB 1. Mengevaluasi pemahaman klien melakukan relaksasi Pukul 14. 50 WIB 2. Memberikan terapi music untuk membuat klien dalam keadaan nyaman ketika akan memulai tidur	Pukul 16.00 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah bisa mengatasi tidur menggunakan teknik relaksasi dengan baik (mendengarkan music) 2. Klien mengatakan tidur nya sudah 5-6 jam

1	2	3
	3. Memberikan anjuran untuk selalu mengatur posisi nyaman ketika akan tidur	O : 1. Klien tampak segar 2. Klien tampak tidak mengantuk A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi  Aldayanti