

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas

Pengkajian dilakukan pada hari selasa, tanggal 23 November 2021 pukul 15.00 WIB. Klien diantar dari ruang Unit Gawat Darurat (UGD) RSD Mayjend HM Ryacudu, Kotabumi, Lampung Utara ke ruang penyakit paru dengan diagnosa medis *Tuberkulosis paru* (TBC). Nama klien Tn.N dengan nomor rekam medis 244001, klien berumur 53 tahun .Tn.N beralamat di cempedak , kecamatan kotabumi, Lampung Utara, status perkawinan sudah menikah, beragama islam, suku ogan , pendidikan terakhir STM, dan pekerjaannya PNS, sumber biaya BPJS.

2. Riwayat kesehatan masuk RS :

Pada tanggal 22 November pukul 10.15 WIB klien datang dengan keluarganya ke RSD Mayjend H.M Ryacudu ,Kotabumi, Lampung Utara melalui Unit Gawat Darurat (UGD) dengan keluhan sesak napas, mual, nafsu makan menurun, kaki bertambah besar. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 160/100 mmHg nadi 113 x / menit pernapasan 28 x/ menit suhu 37,2⁰C saturasi oksigen 96 %.

3. Keluhan saat pengkajian

a. Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas, sesak datang tiba tiba saat atau setelah melakukan aktifitas, klien mengatakan yang dapat menurunkan sesak napas ketika tidur dengan posisi kepala lebih tinggi atau ketika klien duduk . Klien mengatakan sesak napas yang dialaminya mengakibatkan aktivitasnya terganggu , sesak datang sering dalam waktu yang lama.

b. Keluhan Penyerta :

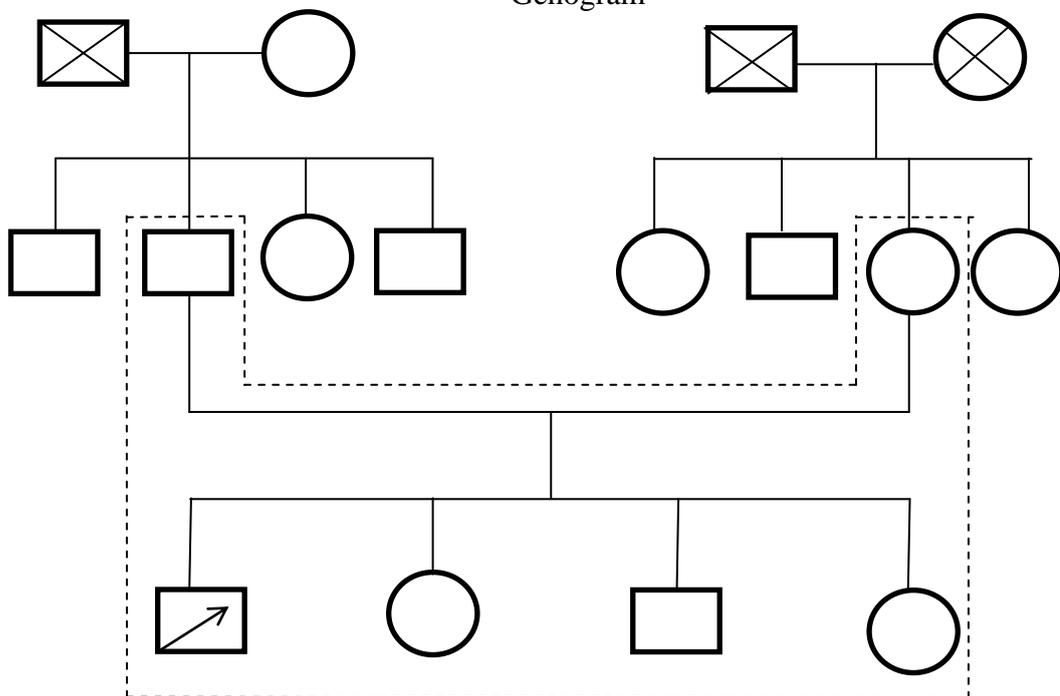
Klien mengeluh mual , lemas , tidak dapat beraktifitas seperti biasa sehingga sebagian aktifitasnya dibantu keluarga , nafsu makan menurun , kaki bertambah besar .

4. Riwayat Kesehatan lain :

Klien mengatakan tidak pernah mengalami alergi terhadap makanan , minuman atau obat . Tidak pernah mengalami kecelakaan lau lintas atau sebagainya . Klien sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit . Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit ,dan tidak pernah dilakukan prosedur operasi .

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Gambar 3.1
Genogram



Keterangan :

-  : Laki – Laki
-  : Perempuan
-  : Tinggal Serumah
-  : Keturunan
-   : Meninggal
-  : Klien
-  : Menikah

6. Riwayat Psikososial –spiritual
 - a. Klien mengatakan stress biasanya hanya dengan urusan pekerjaan, karena pekerjaan yang menuntut deadline
 - b. Biasanya dalam menghadapi stress klien memilih diam dan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Kuasa .
 - c. Dukungan keluarga terhadap penyakit klien sangat baik , klien selalu ditemani keluarga selama sakit .
 - d. Klien sebelum sakit adalah pribadi yang humoris di keluarga dan rekan kerja ketika sakit klien jarang komunikasi klien merasa sesak dan tidak bisa mengikuti kegiatan dalam pekerjaannya .
 - e. Klien tidak memiliki kepercayaan yang bertentangan dengan pengobatan medis.
7. Lingkungan
 - a. Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih , rumah jauh dari pabrik, bebas dari polusi udara , dan tidak ada bahaya
 - b. Pekerjaan

Pekerjaan klien pegawai negeri sipil sebagai teknisi, lingkungan kerja klien bersih , tidak ada polusi udara , dan tidak berbahaya.
8. Pola kebiasaan sehari – hari sebelum dan saat sakit
 - a. Pola Nutrisi dan Cairan (sebelum dan saat sakit)
 - 1) Pola Nutrisi

Klien mengatakan sebelum sakit nafsu makan baik asupan klien melalui oral frekuensi 3 kali sehari dengan menghabiskan 1 porsi makan bahkan lebih . Saat sakit klien mengatakan nafsu makan menurun asupan makanan melalui oral , makan 3 kali sehari , klien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan dari rumah sakit dengan diit bubur . Klien mengatakan tidak mengetahui ada penurunan atau penambahan berat badan karena tidak sering menimbang, bb terakhir 70 kg

2) Pola Cairan

Klien mengatakan sebelum sakit asupan cairan melalui oral minum 9 gelas /hari dengan volume total 2250 cc/ hari. Saat sakit klien mendapatkan asupan cairan melalui oral dan parenteral . Asupan melalui oral 5 gelas air minum dengan volume 1250cc dan semenjak sakit klien terbiasa minum susu 140 ml , melalui infus 600 cc/hari , kuah makanan = 50 cc / hari dengan volume total 2040 cc / hari

b. Pola Eliminasi

1) BAK

Klien mengatakan sebelum sakit BAK frekuensi 5 kali/hari dengan jumlah 1200 cc/ hari, warna urin kuning ,Saat sakit klien mengatakan buang air kecil 2 kali / hari dengan jumlah 500 cc / hari ,warna urin kuning keruh dan bau khas urine .

2) BAB

Klien mengatakan sebelum sakit BAB 1 x/hari pada pagi hari , feses berwarna kuning dengan konsistensi lembek dan bau khas feses .Saat Sakit buang air besar 1x/hari feses berwarna kuning dengan tekstur lembek bau khas feses .

3) IWL :

15 cc x BB

15 cc x 70 = 1050 cc / hari

c. Pola Personal Hygiene (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit mandi 2 x / hari yaitu pagi dan sore hari , sikat gigi 2x/hari saat mandi , keramas 6 x/minggu semua kegiatan tersebut dilakukan mandiri oleh pasien . Saaat sakit klien mandi dibantu oleh keluarga , selama sakit klien tidak pernah mencuci rambut .

d. Pola Istirahat dan Tidur (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit tidur 8 jam / hari . Saat sakit klien tidur 4,5 jam / hari . klien mengatakan sulit tidur karna sesak napas

dan karna lingkungan yang ramai . klien mudah terbangun , tidak puas tidur dan tampak lesu , mata tampak sayu

e. Pola Aktifitas dan latihan (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit bekerja sebagai teknisi bekerja selama 6 jam / hari klien berolahraga 1 x dalam seminggu , semua kegiatan klien dilakukan mandiri. Saat sakit karna klien sesak dan lemah akifitas klien banyak dibantu oleh keluarga seperti mandi mengenakan pakaian

f. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan baru mengetahui penyakitnya sejak dirawat , tindakan klien dan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan mengikuti tindakan dan instruksi dari rumah sakit . klien memiliki kebiasaan merokok 1 bungkus / hari , lien tidak memiliki kebiasaan minum minuman keras dan tidak ada ketergantungan obat .

A. 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 fisik

a. Pemeriksaan fisik per system

1) Sistem Penglihatan

Klien tidak mengalami masalah pada penglihatannya , posisi mata simetris , tidak menggunakan alat bantu penglihatan

2) Sistem Pendengaran

Klien tidak mengalami masalah pada pendengarannya , posisi telinga simetris , tidk ada tanda – tanda peradangan pada telinga ,dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran

3) Sistem Wicara

Klien tidak ada kesulitan dalam berbicara

4) Sistem pernapasan

klien mengatakan sesak napas saat atau setelah melakukan aktifitas frekuensi pernapasan 26 x / menit,dengan irama tidak teratur , saat bernapas klien tidak menggunakan otot bantu pernapasan

5) Sistem kardiovaskuler

Terdapat nadi klien cepat teraba lemah 116 x/menit teraba lemah, kulit dingin, warna kulit pucat , CRT 3 detik , terdapat edema pada punggung kaki klien .

6) Sistem Neurologi

Tingkat kesadaran klien composmentis $E_4M_6V_5$

7) Sistem Pencernaan

Klien mengatakan tidak ada gangguan menelan , tidak ada nyeri pada daerah perut , bising usus 15 x / menit .

8) Sistem imunologi

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

9) Sistem Endokrin

Klien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid, napas tidak berbau keton , tidak ada tanda tanda peningkatan kadar gula darah :polidipsi, poliuri, polifagi .

10) Sistem Muskuloskeletal

Klien tampak lemah , tidak ada fraktur ,tidak ada penggunaan alat bantu , klien mengalami penurunan kekuatatan otot/kemampuan motorik. Klien dapat bergerak aktif dan mampu melawan gravitasi dengan tahanan ringan

5555	5555
5555	5555

9. Pemeriksaan Penunjang

1. Pengamatan fisik beserta cara anamnese
2. Cek lab darah rutin
3. Test foto thoraks

Tabel 3.1
 Hasil pemeriksaan Laboratorium Tn.N di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend
 HM Ryacudu, Kotabumi,Lampung Utara

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Keterangan
BTA : P/S/S	(-/+ / +)	(-/- / -)	Tidak Normal
RO Thorak	-	-	Tidak dilakukan
Hemoglobin	10Mg/dl	12-14mg/dl	Normal
Leukosit	14.000mm ³	5000-10000mm ³	Tidak Normal
Haematokrit	42%	40-48%	

Tabel 3.2
 Pemberian terapi Tn.N di Ruang Penyakit Paru RSD.Mayjend HM Ryacudu
 Kotabumi Lampung Utara Tanggal 22-24 November 2022

22 November 2021	23 November 2021
1. Terapi Isoniazid 5mg/kgBB hingga 300mg per hari,sehari sekali 2. Rifampicin 8-12mg/kgBB hingga 300mg per hari,sehari sekali	1. Terapi IVFD Ringer Laktat 10 tetes / menit (mikro) 2. Ondancentron 2x 4 mg 3. Omeprazole 1x 40 mg

3.1 Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> - Batuk Berdahak sejak 1 bulan terakhir - Dahak susah untuk dikeluarkan - Tn.N Mengatakan nafas sesak - Tn.N Mengatakan Susah untuk bernafas jika batuk, karena dahak tidak bisa dikeluarkan - Tn.N mengatakan tidak nafsu makan sejak seminggu terakhir - Tn.N Mengatakan jika makan terasa pahit - Tn.N mengatakan Jika makan rasa ingin muntah - Tn.N mengatakan berat badan menurun - Tn.N dan keluarga mengatakan tidak tahu dengan penyakit yang diderita oleh Tn.N 	<ul style="list-style-type: none"> - Tn.N tampak batuk dan susah mengeluarkan dahaknya - Tn.N tampak sesak dan demam - Porsi makanan yang diberikan tampak tidak dimakan - Tn.N tampak kurus - Tn.N dan keluarga tampak bertanya kepada perawat tentang penyakit yang diderita Tn.N, apakah bisa disembuhkan. - Tn.N tampak bingung saat ditanyakan tentang penyakit dan cara perawatan penyakitnya - TD: 100/80 mmHg - N: 90 x/menit - RR: 28x/menit - S: 39,2° C - BB Sekarang : 45Kg - BB Sebelum Sakit 50Kg.

3.2 Analisa Data

Tabel 3.3
Analisis Data Tn. N

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak seperti ditarik 2. Pasien mengatakan sesak terasa dari tenggorokan sampai ke dada 	Gangguan pertukaran gas	Ketidakeimbangan ventilasi-perfusi
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suara napas <i>ronchi</i> 2. Napas cepat dan dangkal 3. Dispnea 4. O₂ sebanyak 3 liter/menit nasal kaunal 		
3	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak nafsu makan 2. Pasien mengatakan mual <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB sebelum sakit 50 kg 2. BB saat sakit 45 kg 3. Konjungtiva pucat 4. Mukosa mulut pucat 	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
4	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas 2. Pasien mengatakan lemah <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dispnea 2. Pasien lelah 3. Hemoglobin: 10,M g/dl 	Intoleransi aktivitas	kelemahan umum

B. Diagnosa Keperawatan

Dari analisa Tn. N 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

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

Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan Tn. N

No. DX	Dx. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Bersihan Jalan napas tidak efektif Ditandai dengan: DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien batuk dengan sputum berwarna putih 2. Suara napas <i>ronchi</i> 3. Napas cepat dan dangkal 4. Dispnea 	<p>Bersihan Jalan Napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, jalan napas pasien bersih dengan hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Managemen Jalan Napas (I.01011) <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, <i>ronchi</i> kering) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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> <p><i>Edukasi:</i> Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><i>Kolaborasi :</i> Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu.</i></p>

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	<p>Gangguan pertukaran gas Ditandai dengan: DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak seperti ditarik 2. Pasien mengatakan sesak terasa dari tenggorokan sampai ke dada 3. Pasien mengatakan saat sesak dada terasa sakit <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suara napas <i>ronchi</i> 2. Napas cepat dan dangkal 3. Dispnea 4. Pasien terpasang O₂ sebanyak 3 liter/menit nasal kaunal. 	<p>Pertukaran Gas (L.01003) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, Gangguan pertukaran gas dengan hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dispnea menurun b. Frekuensi napas normal (16-20x/menit) c. Bunyi napas tambahan menurun 	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014) <i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p><i>Terapeutik:</i> Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Terapi Oksigen (I.01026) <i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kecepatan aliran oksigen b. Monitor posisi alat terapi oksigen c. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang

1	2	3	4
			<p>diberikan cukup</p> <p>d. Monitor efektifitas terapi oksigen</p> <p><i>Terapeutik:</i> Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p><i>Edukasi:</i> Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi penentuan dosis oksigen b. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
3	<p>Intoleransi aktivitas Ditandai dengan: DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas 2. Pasien mengatakan lemah <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dispnea 2. Pasien lelah 3. Hemoglobin: 10,6 g/dl 	<p>Toleransi aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, Intoleransi aktivitas dengan hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan lelah menurun b. Perasaan lemah menurun c. Frekuensi nadi meningkat d. Tekanan darah membaik e. Saturasi oksigen meningkat f. Frekuensi napas membaik 	<p>Manajemen Energi (I.05178) <i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan emosional c. Monitor pola dan jam tidur <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif b. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan c. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p><i>Kolaborasi:</i> Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>

C. Catatan Perkembangan (Implementasi dan Evaluasi)

Tabel 3.5
Catatan Perkembangan Tn.N
Di RSD Mayjend HM. Ryacudu, 22-24 november 2021

No	No. DX	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
HARI PERTAMA			
1	1	<p>22/11/2021</p> <p>Jam: 08:45 WIB</p> <p>Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>Jam 09.05</p> <p>Mengidentifikasi kemampuan batuk</p> <p>Jam: 09:20 WIB</p> <p>Memonitor suara napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>Jam: 09:25 WIB</p> <p>Memposisikan pasien <i>semi-Fowler</i></p> <p>Jam : 09:40 WIB</p> <p>Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</p> <p>Jam : 09:50 WIB</p> <p>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</p> <p>Menganjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali.</p> <p>Menganjurkan 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)</p>	<p>Jam 12.00 WIB</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan sesak</p> <p>Pasien mengatakan tidak mampu batuk efektif</p> <p>O:</p> <p>RR: 26x/menit</p> <p>Pasien sesak</p> <p>Skala sesak 4 (0-10)</p> <p>Napas pasien cepat dan dangkal</p> <p>Pasien gelisah</p> <p>Pasien bicara terengah-engah</p> <p>Pasien tidak mampu batuk efektif</p> <p>Terdapat suara napas tambahan (<i>ronchi</i>)</p> <p>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</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p>
		<p>Jam: 10:00 WIB</p> <p>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</p>	<p>P : Lanjutkan intervensi:</p> <p>Pemberian terapi obat bronkodilator melalui nebulizer (ventolin 1cc: NaCl 10 cc)</p> <p>Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>Monitor suara napas tambahan (<i>ronchi</i> kering)</p>

		<p>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)</p> <p>Jam 10.30 WIB</p> <p>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, Ethambutol: 500 mg</p>	<p>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</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat Fitriyana</p>
2	2	<p>22/11/2021 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</p>	<p>22/11/2021 Jam 12.30 WIB S: Pasien mengatakan sesak</p> <p>O: Terdapat suara napas tambahan (<i>ronchi</i>) Saturasi oksigen pasien 92 %</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi Monitor saturasi oksigen Pertahankan kepatenan jalan napas Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat Fitriyana</p>
3	3	<p>Jam 12.00 WIB Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>	<p>22/11/2021 Jam 13.30 WIB S: Pasien mengatakan sesak didada</p>

		<p>Jam 12.05 WIB Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Jam 12.10 WIB Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan (dengan mendengarkan lagu rohani)</p> <p>Jam 12.15 WIB Anjurkan pasien untuk beristirahat</p>	<p>Pasien mengatakan lelah Pasien mengatakan lemah</p> <p>O: Pasien dispnea Pasien lelah Pasien lemah Skala sesak 4 (0-10) Pasien sulit beristirahat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan Anjurkan tirah baring Anjurkan strategi untuk mengurangi kelelahan</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat Fitriyana</p>
HARI KEDUA			
1	1	<p>23/011/2021 Jam: 07.00 WIB Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>Jam 07.10 WIB Memonitor suara napas tambahan (<i>ronchi</i> kering)</p> <p>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</p>	<p>23/11/2021 Jam: 10.30 WIB</p> <p>S: Pasien mengatakan sesak berkurang Pasien mengatakan sesak berkurang setelah diberikan posisi setengah duduk Pasien mengatakan mampu mengeluarkan sekret sedikit</p> <p>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)</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p>

		<p>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 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></p>	<p>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, 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</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat Fitriyana</p>
2	2	<p>23/11/2021 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</p>	<p>23/11/2021 Jam 11.00 WIB S: Pasien mengatakan memahami cara menggunakan oksigen O: Saturi oksigen pasien : 96 % Kecepatan aliran O₂ :3 liter/menit Pasien terpasang O₂ nasal kaunal. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Auskultasi bunyi napas Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat Fitriyana</p>
3	3	<p>Jam 10.00 WIB Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>	<p>23/11/2021 Jam 11.40 WIB S: Pasien mengatakan sesak berkurang</p>

		<p>Jam 10.10 WIB Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Jam 10.15 WIB Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Jam 10.25 WIB Anjurkan pasien untuk beristirahat</p>	<p>Pasien mengatakan lelah berkurang Pasien mengatakan lemah berkurang</p> <p>O: Pasien dispnea berkurang Pasien lelah berkurang Pasien lemah berkurang Pasien tengah beristirahat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif Lakukan aktivitas distraksi yang menenangkan Anjurkan tirah baring Anjurkan strategi untuk mengurangi kelelahan</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat Fitriyana</p>
--	--	--	--

HARI KETIGA

1	1	<p>24/11/2021 Jam: 08.15 WIB Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>Jam 08.25 WIB Memonitor suara napas tambahan (<i>ronchi</i> kering)</p> <p>Jam 08.30 WIB Memberikan terapi O₂</p> <p>Jam 09.00 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</p> <p>Jam 09.15 WIB Menganjurkan pasien minum air hangat</p> <p>Jam 09.20 WIB Memberikan terapi obat berdasarkan resep dari dokter: injeksi: <i>Ceftriaxone</i> 1000 mg: oral: OBH sirup : 10 ml Salbutamol: 2 mg, Ambroxol:</p>	<p>24/11/2021 Jam: 11.30 WIB</p> <p>S: Pasien mengatakan tidak sesak Pasien mengatakan mampu batuk efektif</p> <p>O: RR: 20x/menit Pasien tidak sesak Skala sesak 0 (0-10) Tidak terdapat suara napas tambahan (<i>ronchi</i>) 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)</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p>
---	---	---	---

		10 ml, Rifampicin: 450 mg, Pyrazinamide : 500 mg, Ethambuto: 500 mg Jam 09.50 WIB Memberikan nebulizer	Fitriyana
2	2	23/11/2021 Jam: 10.20 WIB Mengauskultasi bunyi napas Jam: 10.35 WIB Mempertahankan kepatenan jalan napas	23/11/2021 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 Fitriyana
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	24/11/2021 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 Pasien tidak lemah Skala sesak 0 (0-10) Pasien tengah beristirahat A: Masalah teratasi P : Hentikan intervensi TTD Perawat Fitriyana