

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Paru
No.RM/CM : 158510
Tanggal pengkajian : 10 November 2022
Pukul : 09:00 WIB

1. Data Dasar

a. Identitas pasien

Nama : Ny.H
Umur : 65 Tahun
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Suku : Jawa
Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
Alamat Rumah : Sribasuki
Sumber biaya : BPJS
Tanggal masuk Rs : 10 November 2022
Diagnosa Medis : Tuberculosis Paru

b. Sumber informasi

Nama : Tn.A
Umur : 55 Tahun
Hubungan dengan klien : Suami
Alamat : Sribasuki

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

pada tanggal 10 November 2022 pukul 04:00 WIB dengan keluhan sesak napas, sesak sering dirasa pada waktu Subuh, sesak yang di rasakan klien hilang timbul, disertai dengan batuk berdahak, dengan sputum berwarna putih, klien mengatakan batuk sudah 3 minggu, ronchi +/+ , BB menurun, nyeri ulu hati dengan skala nyeri 4, mual, nafsu makan menurun, dan tampak lemah.

Tanda Tanda Vital

Tekanan Darah	:102/60 mmhg
Nadi	:80 x/menit
Pernapasan	:27 x/menit Suhu
Suhu	:36,4 ⁰ C
Spo ₂	:94% dengan O ₂ 5liter/menit (nasal kanul)

b. Riwayat saat Pengkajian/riwayat penyakit sekarang (PQRST)

1) Keluhan utama

Batuk berdahak disertai sesak Saat di lakukan pengkajian klien mengatakan batuk berdahak di sertai sesak, sputum berwarna putih, dahak sulit di keluarkan, batuk bertambah saat sedang beraktivitas, batuk berkurang saat minum air hangat, dada terasa sakit saat batuk dan terasa sesak, sesak di dada bagian sebelah kanan, batuk kurang lebih 1 menit pada saat siang dan malam hari , dan saat sedang beraktivitas.

2) Keluhan penyerta

Mual, rasa ingin muntah, nafsu makan menurun, penurunan berat badan 8 kg (dari 45 kg ke 37 kg), tampak lemah, wajah tampak pucat, membran mukosa kering, sulit tidur nyeri ulu hati dengan skala nyeri 4, mengeluh tidak puas tidur, tampak menguap, mata tampak sayu, area sekitar mata tampak menghitam

c. Riwayat kesehatan lalu

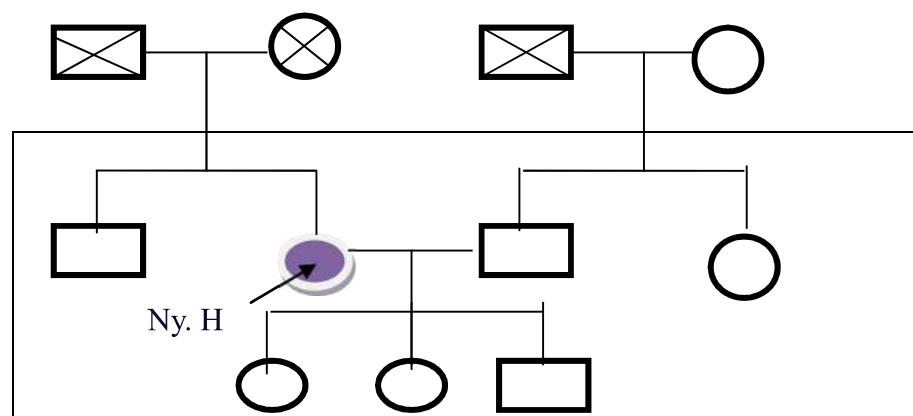
Klien tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan, tidak pernah mengalami kecelakaan, klien tidak pernah dirawat di rumah sakit, klien tidak pernah melakukan operasi, klien tidak memiliki riwayat penyakit dahulu.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang tinggal serumah yang pernah menderita penyakit TB paru, dan penyakit keturunan lainnya.

Berikut genogram pada keluarga Ny. H:

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. H



Keterangan

perempuan



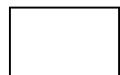
laki laki



Pasien



satu rumah



meninggal



3. Riwayat Psikososial – spiritual

- a. Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada beban pikiran ataupun mengalami stress tidak memiliki masalah di lingkungan pekerjaan dan keluarga.
- b. Klien mengatakan biasanya menghadapi stres dengan hanya diam saja.
- c. Klien mengatakan mendapat dukungan dari keluarga dalam proses pengobatan dan penyembuhan klien.
- d. Komunikasi dengan keluarga baik, saling berinteraksi satu sama lain.
- e. klien dan keluarga beragama islam percaya kepada tuhan, beribadah dan berdoa kepada tuhan.

4. Lingkungan

Klien mengatakan area lingkungan rumah bersih bebas dari polusi dan tidak berbahaya.

5. Pola Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit:

a. Pola nutrisi

- 1) Pola nutrisi sebelum sakit Klien mengatakan asupan makanan melalui oral, nafsu makan baik dengan frekuensi makan 3x sehari dengan menghabiskan porsi makan sedang dan tidak ada program diet yang dijalani.
- 2) pada saat sakit klien mengatakan nafsu makan berkurang, dengan diet bubur, makan 3x1 sehari menghabiskan hanya 3 sendok makan yang di berikan, karena sesak yang disertai batuk. Asupan makanan melalui oral. Serta makanan tambahan susu. Klien mengalami penurunan BB dalam 3 bulan terakhir 8kg (sebelum sakit 45 kg setelah sakit 37 kg),

$$IMT = \frac{BB}{TB^2 (m)}$$

IMT 17,35 (kurus ringan) dengan rumus IMT .

b. Pola cairan

Sebelum sakit klien mengatakan asupan cairan melalui oral, pasien minum air putih dengan frekuensi 7-8 gelas/hari dengan total volume 1700-2000 cc/hari.

Pada saat sakit klien mendapatkan asupan cairan melalui oral, pasien minum air putih 3 gelas/hari dan klien terpasang infus RL 20 tetes/menit dengan total volume 750cc/hari.

c. Pola eliminasi

1) BAK

Sebelum sakit buang air kecil (BAK) klien 5-6 x sehari dengan frekuensi 1500 cc/hari, urin berwarna kuning jernih berbau khas urin dan tidak ada keluhan dalam buang air kecil.

Pada saat sakit klien mengatakan buang air kecil hanya 4x sehari dengan frekuensi 1000 cc/hari dengan urine berwarna kuning berbau khas.

2) BAB

Saat sakit klien Buang air besar (BAB) 2x sehari, feses berwarna kuning, konsistensi lunak dan berbau khas feses, tidak ada keluhan dalam buang air besar.

Saat sakit klien buang air besar (BAB) 1x sehari dengan konsistensi lunak, feses berwarna kuning dan berbau khas feses.

d. Pola Personal hygiene (sebelum dan saat sakit)

1) Mandi

Sebelum sakit klien mengatakan mandi 2x dalam sehari pada pagi dan sore hari.

Saat sakit pasien mengatakan tidak mandi hanya dilap saja saat pagi hari.

2) Oral hygiene

Sebelum sakit klien menggosok gigi 2x sehari pagi dan malam.

Setelah sakit klien hanya menggosok gigi 1x sehari pada pagi.

3) Cuci rambut

Sebelum sakit klien mencuci rambut 2 x sehari.

Saat sakit klien tidak mencuci rambutnya

e. Pola Istirahat dan tidur (sebelum dan saat sakit)

Sebelum sakit klien tidur siang 2 jam, dan tidur malam hari 8 jam tidak menggunakan obat tidur.

Saat sakit Klien tidur siang tidak menentu, sulit tidur di malam hari, mudah terbangun, tidur hanya 3-4 jam dan klien tidak menggunakan obat tidur.

f. Pola Aktivitas dan latihan (sebelum dan saat sakit)

Sebelum sakit kegiatan klien adalah ibu rumah tangga, masak, mencuci baju, membersihkan rumah, mencuci piring, keluhan klien batuk berdahak berwarna putih, dalam beraktivitas tidak ada keluhan, dan tidak ada ketergantungan dalam hal mandi, menggunakan pakaian, berhias, dan mobilisasi aktivitas.

Saat sakit klien hanya terbaring di tempat tidur dan klien mengeluh merasa lemah dan lelah serta seluruh aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

g. Pola persepsi

Klien kurang mengetahui tentang penyakit yang dideritanya, klien mengetahui bahwa sedang sakit TB paru, klien tidak merokok, klien tidak mengonsumsi minuman keras, klien tidak memiliki ketergantungan obat.

h. Pola Seksual reproduksi

Klien mengatakan tidak ada perubahan pola seksual, tidak menggunakan obat-obatan, dan tidak ada gangguan fungsi sistem reproduksi.

6. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan Umum

Tanda Tanda Vital

Kesadaran	:Composmentis (V4 M6 E5)
Tekanan Darah	:102/60 mmhg
Nadi	:80 x/menit
Pernapasan	:27 x/menit
Suhu	:36,4 ⁰ C
TB/BB	:146cm / 37 kg

b. Pemeriksaan fisik per system

1) Sistem penglihatan

Pada saat pengkajian 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

Pada saat pengkajian klien 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

saat berbicara ,dan tidak memiliki gangguan wicara. Pada saat pengkajian klien tidak memiliki kesulitan

4) Sistem pernapasan

Pada saat pengkajian jalan nafas klien terganggu karena adanya secret yang sulit keluar,klien mengeluh sesak napas ketika batuk, sesak yang dirasakan tidak menentu terjadi saat beraktivitas maupun sesudah beraktivitas, batuk berdahak, terdapat sputum berwarna putih kental yang sulit di keluarkan, frekuensi pernafasan 26x/menit, terdengar suara ronchi+/, saturasi 93 dengan O₂ 2 liter/menit nasal kanul terpasang,

irama nafas tidak teratur, tidak menggunakan otot bantu nafas dan tidak menggunakan alat bantu napas.

5) Sistem kardiovaskuler

Pada saat pengkajian nadi teraba 85 x/menit, dengan irama teratur, temperatur kulit teraba hangat, tidak terdapat distensi venajugularis, warna kulit pucat, CRT<2 detik, tidak ada edema, irama jantung regular lub dup lub dub, tidak ada bunyi jantung tambahan.

6) Sistem neorologi

Pada saat pengkajian kesadaran klien compos mentis dengan GCS: E4 M6 V5, klien dapat merasakan sensasi raba dan getar, tidak terdapat keluhan dalam pemeriksaan reflek, tidak ada rangsang meningal ,tidak ada tanda peningkatan TIK. Kekuatan otot baik.

5555	5555
5555	5555

7) Sistem pencernaan

Pada saat pengkajian keadaan mulut sedikit tidak bersih, tindakan ada kesulitan menelan, klien hanya mual tidak muntah, terdapat nyeri ulu hati (abdomen atas), bising usus hiperaktif 14x/menit, terdapat nyeri tekan di abdomen atas.

8) Sistem imonology

Pada saat pengakjian klien klien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening, klien mengatakan tidak melakukan imunisasi BCG.

9) Sistem Endokrin

Pada saat pengkajian tidak terdapat pembesaran tiroid, tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula darah.

10) Sistem uregenital

Pada saat pengkajian tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, tidak menggunakan kateter, keadaan genital bersih tidak ada masalah di area genitalia klien.

11) Sistem integument

Pada saat pengkajian keadaan rambut tidak teratur (sedikit acak acakan), warna rambut hitam disertai uban, tidak terlalu bersih. kuku berwarna putih, tidak terlalu bersih, sedikit panjang, kulit sedikit tidak elastis, warna kuku pucat, tidak terlalu bersih.

Kulit klien kering, warna sawo matang, tidak terlalu bersih, tidak ada tanda radang kulit, tidak terdapat luka, tidak ada tanda pendarahan.

12) Sistem muskuloskeletal

Pada saat pengkajian pergerakan di bantu keluarga karena badannya terasa lemas, tidak ada tanda tanda fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang dan otot, tidak ada tanda tanda radang pada sendi, tidak menggunakan otot bantu. Kekuatan otot baik

5555	5555
5555	5555

7. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Diagnostik

Rontgen thorak 10/11/2022

Foto thorak

- 1) Tampak kedua apex pulma bersih
- 2) tampak corakan eskuler meningkat
- 3) Ctr = 0,62

b. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Rapid Antigen (-) 10/11/2022
- 2) Tes BTA (+) 10/11/2022
- 3) Tes Dahak (+) 10/11/2022

8. Penatalaksanaan

Tabel 3.2
Penatalaksanaan Pada Ny. H Di Ruang Paru RSD Myjend HM Ryacudu

MEDIS	KEPERAWATAN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Infus RL 20 Tetes/menit dengan O₂ 2liter/menit Nasal kanul 2. Ceftriazidime melalui IV 3x1 mg 3. Omeprazole melalui IV 1x40 mg 4. OAT rifampisin melalui oral 1x300 mg 5. Abroxol 3x1 mg melalui oral 6. Pirazinamid 1x750 mg melalui oral 7. Curcuma forse 3x20 mg melalui oral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau TTV 2. Anjurkan makan sedikit tapi sering 3. Berikan posisi semi fowler 4. Ajarkan batuk efektif 5. Kolaborasi pemberian terapi obat dengan dokter

9. Resume kondisi (saat di IGD dan sebelum pengkajian)

Klien datang ke Rs pada tanggal 10 November pukul 04.00 WIB dengan keluhan sesak nafas, batuk +/- 3minggu, batuk berdahak, sputum berwarna putih sulit keluar, suara nafas rounchi +/+, BB menurun, nyeri di ulu hati skala nyeri 4(0-10), mual, nafsu makan menurun, tampak lemah.

Tanda Tanda Vital

Kesadaran : Composmentis (V4 M6 E5)

Tekanan Darah : 112/69 mmhg

Nadi : 84 x/menit

Pernapasan : 27 x/menit

Suhu : 36,4⁰CSpo₂ :80% tanpa O₂ , 94% dengan O₂ 5liter/menit

10. Data Fokus

Tabel 3.3
Data Fokus Pada Pada Ny. H Di Ruang Paru RSD Myjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh batuk berdahak diseratai sesak 2. Klien mengeluh sesak nafas saat dan setelah beraktivitas 3. Klien mengeluh dahak sulit dikeluarkan 4. Klien mengatakan ketika batuk dada terasa sakit dan sesak 5. Klien mengatakan dada terasa sesak di sebelah kanan terasa sesak disebelah kanan 6. Klien mengeluh mual 7. Klien mengeluh nafsu makan menurun 8. Klien mengatakan makan 3x1 sehari dengan porsi yang dihabiskan hanya 3 sendok 9. Klien mengatakan sulit tidur dan mengatakan tidak puas tidur 10. Klien mengeluh badan terasa lemas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk berdahak 2. Sulit mengeluarkan dahak 3. Sputum berwarna putih 4. Bunyi nafas tambahan ronkhi +/- 5. Frekuensi nafas 26x/menit 6. SpO₂:93% dengan O₂ 2 liter/menit 7. Tidur hanya 3-4 jam 8. Mata tampak sayu 9. Area disekitar mata tampak menghitam 10. Klien tampak lemas dan sering menguap 11. Tampak hanya berbaring di tempatt tidur dan aktivitas dibantu keluarga 12. Penurunan BB 8 kg 13. IMT 17,35 (kurus ringan) terjadi penurunan BB di atas 10%

11. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data Pada Ny. H Di Ruang Paru RSD Myjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan batuk sulit mengeluarkan dahak disertai sesak Klien mengatakan ketika batuk sakit dan sesak dada terasa <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sputum berwarna putih Bunyi napas ronkhi +/- Frekuensi nafas 26x/menit SpO₂ 93% dengan O₂ 2liter/menit 	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Sekresi yang tertahan
2.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan napsu makan berkurang Klien mengatakan mual Klien hanya makan tiga sendok dari porsi makan yang diberikan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Penurunan BB 8 kg Porsimakan tidak di habiskan IMT 17,35 (kurus ringan) terjadi penurunan BB di atas 10% 	Defisit nutrisi	Fator psikologis

1	2	3	4
3.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. Klien mengeluh tidak puas tidur 3. Klien mengatakan pada malam hari tidur hanya 3-4 jam <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata tampak sayu 2. Area disekitar mata menghitam 3. Tampak sering menguap 	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur

B. Diagnosis keperawatan Sesuai SDKI

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan

Ds:

- 1) Klien mengatakan batuk sulit mengeluarkan dahak disertai sesak
- 2) Klien mengatakan ketika batuk sakit dan sesak dada terasa

Do:

- 1) Sputum berwarna putih
- 2) Bunyi napas ronkhi +/+
- 3) Frekuensi napas 26x/menit
- 4) SpO₂ 94% dengan O₂ 2liter/menit

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan

Ds:

- 1) Klien mengatakan nafsu makan berkurang
- 2) Klien mengatakan mual
- 3) Klien hanya makan tiga sendok dari porsi makan yang diberikan

Do:

- 1) Penurunan BB 8 Kg
- 2) IMT 17,35 (kurus ringan) terjadi penurunan BB di atas 10%
- 3) Imt kurus ringan

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan

Ds:

- 1) Klien mengeluh sulit tidur
- 2) Klien mengeluh tidak puas tidur
- 3) Klien mengatakan pada malam hari tidur hanya +- 4 jam

Do:

- 1) Mata tampak sayu
- 2) Area disekitar mata menghitam
- 3) Tampak sering menguap

C. Rencana Tindakan Keperawatan

Nama klien : Ny.H
 Dx Media : Tb Paru
 Ruang : Paru
 No.MR : 158510
 Tanggal : 10 November 2022

Tabel 3.5
Rencana Keperawatan Pada Ny. H Di Ruang Paru RSD Myjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Dx. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001:18)</p> <p>Ds:</p> <p>1.Klien mengatakan batuk sulit mengeluarkan dahak disertai sesak</p> <p>2.Klien mengatakan ketika batuk sakit dan sesak dada terasa</p> <p>Do:</p> <p>1) Sputum berwarna putih</p> <p>2) Bunyi napas ronkhi +/-</p> <p>3) Frekuensi nafas 26x/menit</p> <p>4) SpO₂ 94% dengan O₂ 2liter/menit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam. Maka diharapkan Bersihan jalan nafas (L.01001:18) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1.Batuk efektif meningkat yaitu pasien dapat melakukan batuk efektif secara mandiri dan benar</p> <p>2.Produksi sputum menurun yaitu tidak terdapat lagi suara tambahan di pernapasan mis, ronchi, dll yang menandakan sudah tidak ada lagi scret yang tertahan dijalan napas pasien</p> <p>3.Ronkhi menurun yaitu tidak terdapat lagi suara tambahan ronchi dijalan napas, yang menandakan scret yang tertahan sudah dapat dikeluarkan</p> <p>5.Frekuensi nafas membaik yaitu dengan frekuensi napas normal 15-22 x/menit</p>	<p>Manajemen Jalan nafas (I.01011:186)</p> <p>Observasi:</p> <p>1.Monitor pola napas</p> <p>2.Monitor bunyi nafas tambahan (mis, ronchi)</p> <p>3.Monitor sputum (mis, jumlah, aroma, warna)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1.Posisikan Semifowler atau Fowler</p> <p>2.Berikan Oksigen O₂ 2liter/menit nasal kanul</p> <p>Edukasi:</p> <p>Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian obat (ambroxol, OAT rifampisin, pirazinamid, cafrizine)</p>

1	2	3	4
<p>2.</p> <p>Defisit nutrisi (D.0019)</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Klien mengatakan napsu makan berkurang 2.Klien mengatakan mual 3.Klien hanya makan tiga sendok dari porsi makan yang diberikan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Penurunan BB 8 Kg 2.IMT 17,35 (kurus ringan) terjadi penurunan BB di atas 10% 3.Imt kurus ringan 	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setalah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Porsi makan yang dihabiskan meningkat yaitu pasien dapat menghabiskan $\frac{3}{4}$ dari porsi makanan yang sudah diberikan oleh perawat 2.Berat badan membaik yaitu BB ideal klien 44-46 kg 3.Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik yaitu imt normal yaitu 18,5-25 normal ideal 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan 2. Berikan suplemen makan 3. Berikan makanan tinggi serat, tinggi kalori, dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan posisi duduk nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174:48)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (mis, lingkungan) 3. Identifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur (mis, kopi, daging merah, dll) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas istirahat dan tidur 2. Modifikasi lingkungan 3. Lakukan prosedur meningkatkan
<p>3.</p> <p>Gangguan pola tidur</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. Klien mengeluh tidak puas tidur 3. Klien mengatakan pada malam hari tidur hanya +- 4 jam <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata tampak sayu 2. Area sekitar mata menghitam 	<p>Pola Tidur (L05045)</p> <p>Setalah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun yaitu pasien Nampak segar di pagi hari, dan area mata yang menghitam menghilang 2. keluhan pola tidur berubah menurun yaitu pola tidur normal 7-8 jam 		


1		2	3	4
	3. tampak sering menguap			kenyamanan 4. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur


D. Catatan Perkembangan

Nama klien : NY.H
 Dx. Medis : TB paru
 Ruang : paru
 No. MR : 158510


Tabel 3.6 Catatan Perkembangan Hari Pertama Pada Ny. H Di Ruang Paru Di RS Myjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Tanggal	Diagnoa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
1.	10 -11-2022 Pukul 10:00 WIB	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	3 Pukul 10:00 WIB 1. Memonitor nafas klien (normal 12-20) 2. Memonitor bunyi nafas tambahan (ronchi) 3. Memposisikan posisi semi fowler Monitor sputum (bau, warna, bentuk) Pukul 10:30 WIB 1. memposisikan posisi semi fowler 2. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat Ambroxol 3 x 1 mg oral OAT Rifamfisin 1x300 mg oral Pirazinamid 1x 750 mg oral Ceftriadizime 3x1 mg oral	4 pukul: 10:50 WIB S: 1. Klien mengeluh batuk berdahak disertai sesak di dada sebelah kanan dan terasa sakit 2. Klien mengatakan batuk berdahak dan sulit mengeluarkan dahak 3. Sputum masih sulit dikeluarkan 4. Klien mengatakan sesak terasa berkurang dengan diberikan oksigen O ₂ nasal kanul 2 liter/ menit dan posisi semi fowler

1			
2			
3			
4	3. Memberikan O ₂ 2 liter/ menit nasal kanul		
5			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sputum berwarna putih 2. Suara nafas ronchi +/- 3. Ttv TD :80/60 mmhg N :85x/menit RR : 26 x/ menit SPO₂ : 94% dengan O₂ 2liter/menit nasal kanul <p>4. Obat yang diberikan dihabiskan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau ttv ,pantau pola nafas 2. Pantau bunyi nafas tambahan 3. Ajarkan teknik batuk efektif 4. Posisikan semi fowler 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian trapi obat <p>Paraf </p> <p>Wahyu</p>


1			4	5
2.	<p>10-11-2022 Pukul 12.00 WIB</p>	<p>Defisit nutrisi</p>	<p>Pukul 12.00 WIB 1. Memonitor asupan makanan 2. Monitor adanya mual dan muntah 3. Mengajarkan klien untuk oral hygiene sebelum makan 4. Mengajarkan klien untuk makan sedikit tapi sering Pukul 12.20 WIB 1. Kolaborasi pemberian terapi Omeprazole melalui IV 1x40mg Curcuma 3x20mg oral</p>	<p>Pukul 12.30 WIB S : 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan 2. Klien mengatakan masih merasa mual O : 1. Klien hanya menghabiskan 1/4 porsi makanan yang diberikan 2. Klien tampak pucat dan lemah 3. Klien menghabiskan obat yang diberikan A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Mengidentifikasi pola makan klien 2. Mengidentifikasi asupan nutrisi klien 3. Mengajarkan klien makan sedikit tapi sering</p> <p>Paraf  Wahyu</p>


1	2	3	4	5
3.		<p>Gangguan pola tidur</p>	<p>Pukul: 13.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Memodifikasi lingkungan dengan menganjurkan keluarga untuk membatasi kunjungan saat jam istirahat 4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit 5. Menganjurkan klien tidur siang 	<p>Pukul 13.50 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk 2. Mengeluh tidak bisa tidur siang 3. Klien dan keluarga mengatakan akan mencoba melakukan anjuran untuk membatasi kunjungan saat jam istirahat 4. Klien mengatakan akan mulai tidur siang besok <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dan keluarga antusias 2. mendengarkan penjelasan yang diberikan 3. Tampak menguap 4. Tampak area sekitar mata menghitam 4. Klien mengeluh sulit tidur, tidur hanya 3-4 jam <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola dan aktivitas tidur 2. Identifikasi makanan/minuman pengganggu tidur


1	2	3	4	5
4. Tetapkan jadwal tidur rutin				
<p style="text-align: center;">Paraf</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Wahyu</p>				

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan Hari Kedua Pada Ny. H Di Ruang Paru RSD Myjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara


No	Tanggal	No.Dx. Kep	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
1	2	3	4	5
1.	11 -11-2022 Pukul 14:00 WIB	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	<p>Pukul 14:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Memonitor pola nafas 2.Memonitor TTV 3.Memonitor bunyi nafas tambahan (ronchi) 4.Mengajarkan teknik batuk efektif 5.Memberikan posisisemi fowler 6.Memberikan O₂ nasal kanul <p>Pukul 14:20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian trapi obat Cafriezime 3x1 mg oral Ambroxol 3 x 1 mg oral 	<p>pukul: 14.30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Klien mengatakan batuk sudah dapat mengeluarkan dahak 2.Klien mengatakan sesak yang dirasakan sudah hilang 3.Klien mengatakan sudah paham tentang teknik batuk efektif yang diajarkan dan dapat mempraktekannya 4.Klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler 5.klien menghabiskan obat yang diberikan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Sputum berwarna putih purulen 2.Klien mengatakan menghabiskan obat yang diberikan 3.Ronkhi -/- 4.TTV <p>TD:105/85 mmHg RR:21x/menit N:103x/menit SPO₂: 98 % tanpa O₂</p>


1	2	3	4	5
				<p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>Paraf</p>  <p>Wahyu</p>
2.	<p>11-11-2022 Pukul 15.00 WIB</p>	<p>Defisit Nutrisi</p>	<p>Pukul 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola makan klien Mengidentifikasi asupan makanan dan minuman klien <p>Pukul 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering Kolaborasi pemberian terapi <p>Omeprazole melalui IV 1x40mg Curcuma 3x20mg oral</p>	<p>Pukul 15.20 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak sudah mulai nafsu makan Klien mengatakan rasa mual berkurang. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien menghabiskan ½ porsi dari maknannya Klien Nampak lemah Obat yang diberikan dihabiskan Obat yang diberikan dihabiskan <p>A : Masalah belum teratasi</p>

1	2	3	4	5
				<p>P : Lanjutkan intervensi 1. Motivasi klien untuk menghabiskan makanannya 2. Anjurkan makan sedikit tapi sering 3. Kolaborasi pemberian terapi</p> <p>Paraf  Wahyu</p>

1	2	3	4	5
3.	11-11-2022 Pukul 16.00 WIB	Gangguan Pola Tidur	<p>Pukul 16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola dan aktivitas tidur 2. Mengidentifikasi makanan/minuman yang mengganggu tidur (contoh : kopi, cabai, daging merah, dll) <p>Pukul 16.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Membantu klien untuk menentukan jadwal tidur yang rutin 8jam/hari. 	<p>Pukul 16.30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sulit tidur berkurang namun masih sering terbangun saat batuk 2. Klien mengatakan tidak mengonsumsi makanan/minuman yang menaggu tidur 3. Klien mengatakan akan berusaha menepati waktu tidur yang telah ditetapkan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak antusias mendengarkan anjuran yang diberikan <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tidur klien 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Anjurkan menepati jadwal tidur yang telah ditentukan <p>Paraf </p> <p>Wahyu</p>

Tabel 3.8 Catatan Perkembangan Hari Ketiga Pada Ny. H Di RSD Myjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Tanggal	No.Dx. Kep	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
1	2	3	4	5
1	12-11-22 Pukul 09.30 WIB	Defisit Nutrisi	<p>Pukul 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola makan klien 2. Identifikasi asupan makan dan minum klien 3. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering <p>pukul 09.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian terapi <p>Omeprazole melalui IV 1x40mg Curcuna 3x20mg oral</p>	<p>Pukul 10.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mual berkurang 2. Klien mengatakan nafsu makan membaik <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menghabiskan Makanannya hanya menyisakan sedikit 2. Klien masih tampak kurus naik 1 kg selama 3 hari <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Paraf</p>  <p>Wahyu</p>

1	2	3	4	5
2.	12-11-22 Pukul 09.30 WIB	Gangguan Pola Tidur	<p>Pukul 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tidur klien 2. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan menganjurkan tidur dengan posisi semi fowler 3. Menganjurkan menepati jadwal tidur yang telah ditentukan 	<p>Pukul 10.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sulit tidur berkurang dan sudah tidak sering terbangun saat batuk 2. Klien mengatakan nyaman dengan diberi posisi semi fowler 3. Klien mengatakan sudah menepati waktu tidur yang ditetapkan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lebih fresh saat bangun pagi hari 2. area mata yang menghitam menghilang <p>A: Masalah tertasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>Paraf</p>  <p>Wahyu</p>