BAB III
LAPORAN STUDI KASUS

Ruang	: Paru
No. RM/CM	: 24.01.67
Pukul	: 10.35 WIB
Tanggal Pengkajian	: 01 Oktober 2019

A. Pengkajian

1. Data Dasar
   a. Identitas Klien

Nama (Inisial Klien)	: Tn. S
Usia	: 48 Tahun
Status perkawinan	: Kawin
Pekerjaan	: Petani
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Suku	: Jawa
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Alamat Rumah	: Banjar Agung
Sumber Biaya	: BPJS
Tanggal Masuk RS	: 30 Oktober 2019
Diagnosa Medis	: Tuberkulosis

   b. Sumber informasi penanggung jawab

Nama	: Tn. N
Umur	: 25 Tahun
Hubungan dengan klien	: Anak
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Banjar Agung

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang pada tanggal 30 September 2019, diantar oleh keluarga ke IGD RUSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Dengan keluhan sesak nafas, batuk terus menerus selama 1 bulan, dan dahak sulit dikeluarkan, klien mengatakan secret berwarna putih, klien mengatakan mual, muntah (-), klien tidak nafsu makan dan klien mengatakan mengalami penurunan berat badan, hasil anamnesa, kesadaran Compos Mentis E4V5M6, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 85 x/menit lokasi pemeriksaan di nadi radialis, pernafasan : 28 x/menit, suhu: 37,2^{0}C, suara nafas ronchi.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan utama

Klien mengeluh sesak nafas, sesak terjadi saat klien batuk yang sulit mengeluarkan secretnya. Sesak berkurang setelah dahak keluar dan setelah dibantu alat pernafasan O_2 nasal kanul 2-3 l/m.

2) Keluhan penyerta

Klien tampak memegangi dada , dan tidak nafsu makan karena sesak dan batuk, klien mengatakan mual.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

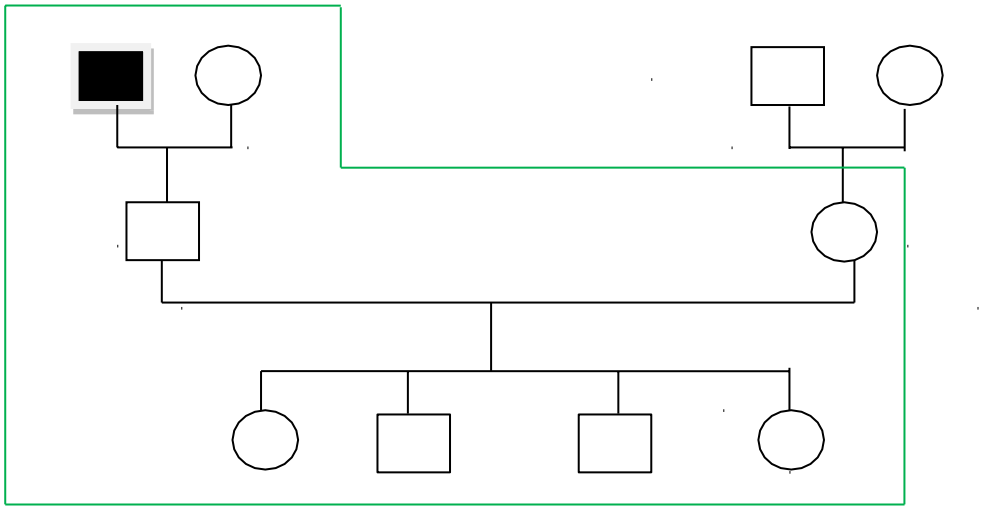
Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat, klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit berat / kronis sebelumnya, klien mengatakan memiliki riwayat kecelakaan mobil setahun yang lalu, klien mengatakan tidak ada riwayat operasi, klien mengatakan tidak memiliki riwayat pengobatan penyakit tuberkulosis .

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

Gambar 3.2

Genogram Keluarga



Keterangan:

= Laki-laki

= Klien

= Perempuan

= Tinggal Serumah

3. Riwayat Psikososial spiritual

   Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami stress mengenai keuangan, keluarga, dan pekerjaan. Keluarga selalu mendukungan kesembuhan klien. Sistem nilai kepercayaan pasien tidak bertentangan dengan pengobatan dirumah sakit, saat sakit pasien melakukan ibadah di tempat tidur.

4. Lingkunga

   a. Rumah

      Klien mengatakan ventilasi jendela kurang masuk cahaya. Dirumah klien dan anak nya perokok.

   b. Pekerjaan

      Klien mengatakan pekerjaan nya sebagai petani, polusi udara tempat pekerjaan nya yang selalu membuat batuk, klien mengatakan tidak bahaya dalam pekerjaan yang ia jalani.

5. Pola Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola Nutrisi

1) Pola nutrisi sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mengatakan asupan makan pasien oral, frekwensi 3x/hari, klien biasanya menghabiskan makan 1 porsi per jam makan, nafsu makan klien baik, tidak ada diit yang dianjurkan klien mengatakan tidak ada alergi makanan dan tidak ada pantangan. BB klien 69 kg

2) Pola nutrisi saat sakit

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan meraa mual, klien hanya makan ¼ porsi makan dari makanan yang diberikan rumah sakit, diit yang diberikan klien Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) klien mengalami penurunan BB 57 kg. indeks masa tubuh 14,59 Kg/m^2 (kurus).

b. Pola cairan

1) 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) Saat sakit

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

c. Pola Eliminasi

1) BAK/BAB sebelum sakit

Pasien mengatakan BAK sehari 4-5 kali, dengan jumlah 1600 cc/hari, pasien mengatakan warna urine kuning jernih dan bau khas urine, pasien mengatakan BAB sehari sekali, feses berwarna kuning dan bau khas feses.

2) BAK/BAB saat sakit

Pasien mengatakan BAK sehari 4-5 kali, dengan jumlah 1600 cc/hari, pasien mengatakan warna urine kuning jernih dan bau

khas urine, pasien mengatakan BAB sehari sekali, feses berwarna kuning dan bau khas feses.

d. Pola Personal Hygiene

1) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mandi 2x/hari, oral hygine 3x/hari, cuci rambut 2x/hari.

2) Saat sakit

Selama dirawat dirumah sakit klien mandi dengan cara di lap oleh keluarganya, pasien mengatakan oral hygiene nya di bantu oleh keluarga sehari sekali dan cuci rambut sekali dalam sehari.

e. Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Lama tidur 7-8 jam/hari,waktunya siang dan malam, klien mengatakan mudah untuk memulai tid$_5$ur.

2) Saat sakit

Klien mengatakan waktu tidur klien dari pkl 23:00 wib sampai 02:00 wib saat terbangun klien tidak dapat tidur kembali, lama tidur saat sakit 3 jam/hari, klien mengatakan sulit tidur karena sesak dan batuk terus menerus, klien mengatakan tidak puas tidur, klien tampak menguap, dan klien tampak mengantuk.

f. Pola aktivitas dan latihan

1) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien tidak mengalami keterbatasan dalam hal mandi, menggunakan pakaian dan beraktivitas.

2) Saat sakit

Pada saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami masalah dalam berpindah tempat dan tidak mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik.

6. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan Umum

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny.D diperoleh data tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 85 x/menit lokasi pemeriksaan di nadi radialis, pernafasan : 28 x/menit, suhu: $37,2^0$ C dan berat badan 57 kg, tinggi badan 160 cm.

BB = 57 Kg

TB = 160 cm

= 1,60 m

IMT= BB(kg)/TB ^{2} (m)

= 57 kg/ $1,60^2$ m

= 57 kg/ 2,56 m

= 14,59 kg/m^2 (kurus)

Untuk laki-laki :

Kurus : < 18 kg/m2

Normal : 18-25 kg/m2

Kegemukan : 25-27 kg/m2

Obesitas : > 27 kg/m2

Berdasarkan perhitungan Indeks Massa Tubuh klien kurang dari standar normal.

b. Pemeriksaan Fisik per system

1) Sistem Penglihatan

Pada saat pengkajian posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna merah muda, sklera tidak ikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, tidak ada tanda-tanda radang, dan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

2) Sistem Pendengaran

Pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien fungsi pendengaran baik, tidak ada tanda-tanda radang dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

3) Sistem Wicara

Pada saat dilakukan pengkajian pasien kesulitan dalam berbicara karena sesak dan batuk

4) Sistem Pernafasan

Frekuensi nafas 28x/ menit, bentuk rongga dada simetris, tidak ada jejas, Saat pemeriksaan auskultasi paru terdengar suara tambahan yaitu ronchi dan klien terpasang O_2 nasal kanul 2-3l/menit.

5) Sistem Kardiovaskuler

Pada saat dilakukan pengkajian denyut nadi 85 x/ menit lokasi pemeriksaan di nadi radialis, suhu 37,2 ^{o}C dengan keadaan hangat, tidak ada edema.

6) Sistem Neurologi

Tingkat Kesadaran : Composmentis (E4V5M6). Pada saat melakukan pemeriksaan sensorik klien dapat merasakan dan menyebutkan benda tumpul maupun tajam, meningeal (-),
klien tidak mengalami penurunan kemampuan motorik/otot.

5555	5555
5555	5555

Skala (0-5)

Keterangan : 5 = Kekuatan otot klien normal

Klien menggunakan alat bantu pernafasan yaitu nasal kanul 3 liter/menit, klien tidak tampak mengalami vertigo, klien tidak mengalami sensasi baal.

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, nyeri tekan bagian dada, klien tidak muntah, klien merasa mual

8) Sistem Immunology

Pada saat dilakukan pemgkajian pasien tidak mengalamii pembesaran kelenjar getah bening

9) Sistem Endokrin

Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid. GDS 97 mg/dL dengan nilai normal 100-200 mg/dL.

10) Sistem Urogenital

Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami distensi kandung kemih, pasien tidak menggunakan kateter urine

11) Sistem Integumen

Pada saat pengkajian keadaan rambut klien tampak bersih, kekuatan rambut normal dan berwarna hitam, 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 tidak mengalami keterbatasan dalam pergerakan

13) Pengkajian penyakit

Diagnosa Medis : Tuberkulosis

14) Pengkajian prosedur

Klien mendapatkan therapy cairan parenteral Ringer Laktat (RL) 20 tetes/menit + Aminofluid/12 jam, terapy oksigen sebanyak 2-3 l/menit dengan nasal kanul.

15) Pengobatan yang diberikan pada klien adalah :

a.Ranitidine

b. Ambroxol syrup

c. Antacid syrup

d. Curcuma

e. Rifampisin, Pirazinamid, Etambutol, Isoniazid 1 tab/24jam

16) Hasil Laboratorium

Tabel 2.3
Hasil pemeriksaan Laboratorium Patologi Klinik Tn.S di Ruang paru
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
tanggal 01 Oktober 2019

NO	Parameter	Hasil	Nilai normal
1	Leokosit	9.10 x 10 ^3/L	4.00-10.00
2	Eritrosit	4.46 x 10 ^6/L	3.50-5.50
3	Hemoglobin	9.1 g/dL	11.0-16.0
4	Trombosit	416 x10 ^ 3/L	150-450

Tabel 2.4
Hasil pemeriksaan Laboratorium Tn.S di Ruang paru
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 01 Oktober 2019

NO	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Gula Darah Sewaktu	95 mg/Dl	100-200mg/dL

Pada pemeriksaan radiologi paru tampak terdapat *fibro-infiltrate lobus* pada kedua paru ,Tuberkulosis Paru.

Analisa Data

Tabel 2.5
Data yang ditemukan dari hasil pengkajian Tn.S di Ruang Paru
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
1	**Ds :** a. Klien mengeluh sesak napas dan batuk sudah 1 bulan terakhir. b. Klien mengatakan tidak bisa mengeluarkn secret c. Klien mengatakan sesak yang dirasakan muncul ketika sulit mengeluarkan secret	Secret yang tertahan	Bersihan jalan napas tidak efektif

	Do : a. Klien tampak sesak b. Klien tampak batuk dengan secret berwarna putih c. Klien tampak memegangi dada d. Klien tampak meringis e. Terdengar suara napas ronchi (+) f. Klien tampak terpasang O_2 nasal kanul 3l/menit g. Frekuensi napas klien 28x/menit h. Tampak terdapat *fibro-infiltrate lobus* pada kedua paru		
2.	**Ds:** a. Klien mengatakan tidak nafsu makan b. Klien merasakan berat badan nya menurun c. Klien mengeluh mual d. Klien mengatakan hanya makan ¼ porsi makan dari porsi makan yang diberikan **Do :** a. TD : 110/70 mmHg b. RR : 28^x/menit c. N : 85^x/menit d. S : 37,2 ^{0}C e. TB : 160 cm f. Klien mengalami penurunan BB dari 69 Kg menjadi 57 Kg	Kurang asupan makanan	Defisit Nutrisi

	g. Diit yang diberikan Tinggi Kalori dan Tinggi Protein h. Terpasang infuse Ringer Laktat (RL) 20tpm i. IMT : 14,59 kg/m^2 (kurus) j. Curcuma : tab/8jam/oral		
3	**Ds :** a. Klien mengatakan sulit tidur karena batuk terus menerus b. Klien mengatakan tidak puas tidur karena batuk, sesak dan nyeri pada bagian dada c. Klien mengatakan hanya tidur mulai pukul 23:00 s.d 02:00 WIB **Do :** a. Klien tampak batuk-batuk b. Klien tampak lemah c. Klien tidur hanya kurang lebih 3 jam	Sesak napas	Gangguan pola tidur

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan Jalan nafas tidak efektif **b.d** secret yang tertahan **d.d** batuk sejak 1 bulan, sesak napas, secret sulit dikerluaran, terdengar suara napas tambahan *ronchi* (+) dan RR : 28^x/menit
2. Defisit nutrisi **b.d** kurang asupan makanan **d.d** tidak nafsu makan, penurunan berat badan dari 69 Kg menjadi 57 Kg. dengan IMT : 14,59 Kg/m^2
3. Gangguan pola tidur **b.d** sesak napas **d.d** sulit tidur, batuk.terus menerus, tidak puas tidur, nyeri dada dan lama tidur hanya 3 jam/hari

C. Rencana Keperawatan

Tabel 2.6
Rencana Keperawatan Terhadap Tn. S
di Ruang Paru RSUD Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara
02-04 Oktober 2019

No. Tgl	Diagnosa Keperawatan	SLKI *(Standar Luaran Keperawatan Indonesia)*	SIKI *(Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)*
1	2	3	4
1. 02 Oktober 2019	Bersihan Jalan nafas tidak efektif **b.d** secret yang tertahan **d.d** batuk sejak 1 bulan, sesak napas, secret sulit dikerluaran, terdengar suara napas tambahan *ronchi* (+) dan RR : 28^{x}/menit	**Bersihan Jalan Napas (hal. 018 / kode : L. 01001) :** Setelah dilakukan asuhan kepeawatan 3x24 jam diharapkan jalan napas klien bersih dengan kriteria hasil : a. Mampu untuk batuk efektif b. Produksi sputum menurun c. Tidak ada suara napas tambahan *ronchi* d. Frekuensi napas membaik (normal) 16-24x/menit e. Tidak ada dispnea saat istirahat f. Tidak sulit berbicara g. Tidak gelisah	**Latihan batuk efektik (Hal.142 kode 01006)** *Observasi* : a. Identifikasi kemampuan batuk *Terapeutik :* a. Atur posisi semi fowler atau fowler *Eduksi :* a. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif b. Anjurkan tarik napas dari hidung selama 4 detik dditahan selama 2 detik kemudia keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama detik c. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali d. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke 3 *Kolaborasi :* a. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran

1	2	3	4
			Manajemen jalan napas (hal 186 kde 01011) *Observasi* : a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, uaha napas) b. Monitor suara napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) *Terapeutik :* a. Posisikan semi-fowler b. Berikan minum hangat c. Lakukan fisioterapi dada d. Berikan ksigen *Edukasi :* a. Ajarkan teknik batuk efektif *Kolaborasi* : a. Kolaborasi dalam pemberian analgetik **Pemantauan Respirasi** **(Hal: 247 Kode 01014)** *Observasi :* a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, upaya napas b. Monitor kemampuan batuk c. Monitor adanya sputum d. Auskultasi bunyi napas *Terapeutik :* a. Dokumentassikan hasil pemantauan *Edukasi :* a. Informasikan hasil pemantauan

1	2	3	4
2. 02 Oktober 2019	Defisit nutrisi **b.d** kurang asupan makanan **d.d** tidak nafsu makan, penurunan berat badan dari 69 Kg menjadi 57 Kg. dengan IMT : 14,59 Kg/m^2	**Status Nutrisi (hal. 121 kode 03030) :** Setelah dilakukan asuhan kepeawatan 3x24 jam diharapkan deficit nutrisi membaik dengan kriteria hasil : a. Porsi makan yang dihabiskan b. Berat badan membaik c. Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik d. Nafsu makan membaik	**Manajemen Nutrisi (Hal.200 kode 03119)** *Observasi* : a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Monitor asupan makanan *Terapeutik :* a. Lakukan oral hygiene sebelum makan b. berikan suplemen makanan c. berikan makanan tinggi serat, tinggi kalori dan tinggi protein *Eduksi :* a. Anjurkan posisi duduk *Kolaborasi :* a. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan **Promosi Berat Badan (Hal.358 kode 03136)** *Observasi* : a. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang b. Monitor adanya mual muntah c. Monitor Berat Badan *Terapeutik :* a. Hidangkan makanan secara menarik b. Berikan pujian pda pasien/ keluarga untuk peningkatan yan dicapai *Eduksi :* a. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi namun tetap terjangkau

1	2	3	4
3. 02 Oktober 2019	Gangguan Pola Tidur **b.d** sesak napas **d.d** sulit tidur , nyeri dada, lama tidur hanya 3 jam/hari	**Pola Tidur (hal. 096 kode 05045) :** Setelah dilakukan asuhan kepeawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : a. Jam tidur membaik b. Pola tidur membaik c. Kualitas tidur membaik d. Istirahat cukup	**Dukungan Tidur (Hal. 048 kode 05174)** *Observasi* : a. Identifikasi pola aktifitas dan tidur b. Identifikasi factor pengganggu tidur c. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur *Terapeutik :* a. Fasilitasi menghilangkan setres sebelum tidur b. Lakukan prosedur untu meningkatkan kenyamanan (mis. Pengaturgaturan posisi) c. Sesuaika jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga *Eduksi :* a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b. Anjurkan mengindari makanan dan minumakn yang mengganggu tidur

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 2.7
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Terhadap Tn. S
di Ruang Paru RSUD Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara
02-04 Oktober 2019

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal/Jam : 02 Oktober 2019 / 09.30 WIB	Tanggal/Jam : 02 ktober 2019 / 15.10 WIB
	Pukul 09.30 WIB 1. Monitor suara napas tambahan ronchi dan kedalaman napas Pukul 09.35 WIB 2. Posisikan klien semi fowler 3. Member terapi O_2 nasa kanul 3l/menit Pukul 09.40 WIB 4. Mengajarkan klien teknik napas dalam 5. Membuang secret dengan memotivasi pasien melakukan batuk Pukul 11.30 WIB 6. Monitor tanda-tanda vital Pukul 12.00 WIB 7. Menganjurkan minum air hangat 8. Memberikan obat syrup ambroxol 10 ml	S: 1. Klien mengatakan sesak napas berkurang setelah diberikan O_2 nasal kanul 3l/menit 2. Klien mengatakan lega setelah bisa batuk dan bisa mengeluarkan scret 3. Klien mengatakan sesak napas berkurang setelah diajarkan teknik napas dalam O : 1. Klien tampak masih sesak 2. Klien tampak memegangi dada 3. Suara napas tambahan klien ronchi 4. Klien terpasang oksigen 3l/menit menggunakan nasa kanul 5. RR : 27x/menit, nadi 85x/menit, TD : 110/70 mmHg, Suhu 36,5^o C A : Masalah belum teratasi

1	2	3
		P : Lanjutkan Intervensi : 1. Monitor suara tambahan ronchi 2. Evaluasi teknik napas dalam dan batuk efektif 3. Kolaborasi dalam pemberian terapi *(Ariany Budi S)*
2.	Pukul 10.00 WIB 1. Menimbang berat badan Pukul 11.45 WIB 2. Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering Pukul 11.50 WIB 3. Mengkaji pola makan klien 4. Batasi aktifitas fisik yang berlebih Pukul 12.05 WIB 5. Memberikan terapi kolaborasi : a. Ranitidine 25mg/12jam/iv b. Antacid syrup 10ml/8jam/oral c. Curcuma tab/8jam/oral	S: 1. Klien mengatakan nafsu makan masih kurang 2. Klien mengatakan masih mual 3. Klien mengatakan merasa BB nya turun O : 1. Klien hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya 2. Klien tampak pucat 3. Klien tampak lemah 4. BB klien 57 Kg A : Masalah belun teratasi P: Laanjutkan Intervensi : a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit klien b. Kaji asupan nutrisi klien c. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering d. Kolaborasi dalam pemberian terapi *(Ariany Budi S)*

1	2	3
3.	Pukul 12.10 WIB 1. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup 2. Menciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung (batasi pengunjung) Pukul 12.15 WIB 3. Menyediakan lingkungan yang aman dan bersih Pukul 12.20 WIB 4. Memonitor pola tidur klien dan catat kondisi fisik (mis. batuk, sesak)	S: 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengatakan sesak dan batuk mengganggu tidur nya 3. Klien mengatakan tadi malam tidur dari pukul 23.00 s.d 02.00 WIB O : 1. Klien tampak mengantuk 2. Klien tampak lemas 3. Klien tampak menguap A : Masalah belun teratasi P: Laanjutkan Intervensi : a. Sediakan lingkungan yang aman dan bersih b. Anjurkan klien untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur c. Berikan terapi music untuk membuat klien dalam keadaan nyaman saat mulai tidur *(Ariany Budi S)*

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal/Jam : 03 Oktober 2019 / 14.30 WIB	Tanggal/Jam : 03 ktober 2019 / .20.30 WIB
	Pukul 14.30 WIB 1. Memonitor kembali klien untuk napas dalam dan batuk efektif Pukul 14.35 WIB 2. Monitor suara napas tambahan ronchi Pukul 14.40 WIB 3. Member terapi O_2 nasal kanul 3l/menit 4. Memonitor pernapasan Pukul 14.45 WIB 5. Menganjurkan klien untuk minum air hangat Pukul 17.50 WIB 6. Memberikan terapi obat syrup ambroxol 10 ml	S: 1. Klien mengatakan mengerti tentang teknik napas dalam dan batuk efektif untuk mengurangi sasak napas 2. Klien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan secret O : 3. Klien terpasang O_2 nasal kanul 3l/menit 4. Tanda-tanda vital : TD: 120/70 mmHg, RR: 26x/menit, nadi 80x/menit, suhu 36,8^o C A : Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan intervensi : 1. Monitor kecepaan, irama, serta penggunaan otot pernapasan 2. Monitor suara napas tambahan seperti ronchi 3. Pantau oksigenasi 4. Anjurkan minum air hangat *(Ariany Budi S)*

1	2	3
2.	Pukul 17.10 WIB 1. Mengkaji pola makan klien 2. Mengkaji asupan makanan dan minun klien Pukul 17.15 WIB 3. Menganjurkan makan sedikit tapi sering Pukul 17.50 WIB 5. Memberikan terapi kolaborasi a. Ranitidine 25mg/12/iv b. Antacid syrup 10ml/8jam/oral c. Curcuma tab/8jam/oral	Pukul 20.30 WIB : S: 1. Klien mengatakan masih belum ada nafsu makan 2. Lien mengatkan mual sudah mulai berkurang O : 1. Klien menghabiskan ½ porsi makanan nya A : Masalah teratasi sebagian P: Laanjutkan Intervensi : a. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk mengembangkan rencana keperawatan b. anjurkan makn sedikit tapi sering c. Kolaborasi dalam pemberian terpi *(Ariany Budi S)*
3.	Pukul 19.20 WIB 1. Monitor pola tidur klien 2. Menganjurkan klien untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu sebelum tidur Pukul 19.30 WIB 3. Mengjarkan terapi musi untuk membuat klien dalam keadaan nyaman saat memulai tidur 4. Mengajarkan langkah langkaah kenyamanan seperti posisi nyaman	Pukul 20.30 WIB S : 1. Klien mengatakan sesak berkurang saat tidur 2. Klien mengatakan nyaman tidur dengan posisi semi foewler O : 1. Klien tampak rileks 2. Klien tampak mengantuk A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjurkan intervensi : a. Bantu menghilangkan setres sebelum tidur *(Ariany Budi S)*

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal/Jam : 04 Oktober 2019 / 09.00 WIB	Tanggal/Jam : 04 ktober 2019 / . 12.30 WIB
	Pukul 09.00 WIB 1. Mengevaluasi kembali klien untuk nafas dalam dan batuk efektif 2. Memonitor suara napas tambahan ronchi Pukul 09.15 WIB 1. Monitor status oksigen 2. Monitor tanda tanda vital Pukul 11.30 WIB 1. Kolaborasi pemberian obat ambroxol 10 ml	S: 1. Klien mengatakan sesak berkurang 2. Klien mengatakan sudah bisa mengeluarkan secret O : 1. Tandan-tanda vital TD: 120/70 mmHg, RR: 24x/meit, Nadi 80x/menit, suhu 36,4^{o} C 2. Sesak klien tampak berkurang 3. Klien tampak rileks 4. Klien masih terpasang O_2 nasal kanul 2l/menit A : Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan intervensi : 1. Pantau oksigenasi 2. Anjurkan minum air hangat *(Ariany Budi S)*

1	2	3
2.	Pukul 11.40 WIB 1. Mengkaji pola makan klien 2. Mngkaji asupan makan dan minum klien Pukul 12.15 WIB 1. Menganjurkan makan sedikit tapi sering Pukul 12.30 WIB 1. Memberikan terapi kolaborasi a. Ranitidine 25mg/12/iv b. Antacid syrup 10ml/8jam/oral c. Curcuma tab/8jam/oral	Pukul 12.45 WIB : S: 1. Klien tampak sudah mulai nafsu makan 2. Klien mengatkan sudah tidak mual 3. Klien mengatakan sudah menghabiskan 1 porsi makanan nya O : 1. Klien menghabiskan 1 porsi makanan nya A : Masalah teratasi P: Tindakan efektif dilakukan a. Kaji asupan nurisi klien *(Ariany Budi S)*
3.	Pukul 13.00 WIB 1. Mengevaluasi pemahaman klien melakukan relaksasi Pukul 13.10 WIB 1. Memberikaan terapi music untuk membuat klien dalam keadaan nyaman ketika akan memulai tidur 2. Memberikan anjuran untuk selalu mengatur posisi nayaman ketika akan tidur	Pukul 13.30 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah bisa mengatasi tidur menggunakan teknik relaksasi dengan baik (mendengarkan music religi) 2. Klien mengatakan tidur nya sudah 5-6 jam O : 3. Klien tampak segar 4. Klien tampak tidak mengantuk A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi *(Ariany Budi S)*