

BAB III
LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Dasar

a. Identitas pasien

Nama	: Ny. D
Usia	: 38 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Pekerjaan	: IRT
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Suku	: Lampung
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Alamat rumah	: Mulang Maya
Sumber biaya	: BPJS
Tanggal masuk rs	: 18 Oktober 2022
Diagnose medis	: Tuberkulosis Paru

b. Sumber informasi (penanggung jawab)

Nama	: Tn. G
Umur	: 40 Tahun
Hubungan dengan klien	: Kakak
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Mulang Maya

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Pada tanggal 18 Oktober jam 20:40 Ny. D datang ke IGD RSD Ryacudu dengan keluhan batuk selama sejak dua bulan yang lalu, batuk berdahak bercampur darah berwarna hitam, kesadaran compos mentis, GCS 15 E4M6V5. TD: 130/80 mmHg Nadi 88x/menit Suhu 36,5c SPO2 94% Dengan O2 simple mask 5L/menit RR 25X/menit

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1. Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian pada Ny. D di ruang paru, Ny. D mengeluh sulit batuk dan sulit mengeluarkan dahak, klien mengeluh sesak, sputum berwarna merah, sesak bertambah saat beraktivitas pasien terdengar suara nafas tambahan ronchi.

2. Keluhan penyerta

Ny. D mengatakan tidak nafsu makan sejak dua bulan terakhir, BB sebelum sakit 50 kg dan BB saat sakit 43 kg, TB 155 cm berat badan berkurang 7kg selama 2 bulan, dan pasien mengatakan tidak bias tidur karena sesak, pasien mengeluh tidak cukup tidur, pasien mengatakan hanya tidur selama 4 jam perhari, pasien tampak sayu dan kantung mata klien tampak hitam.

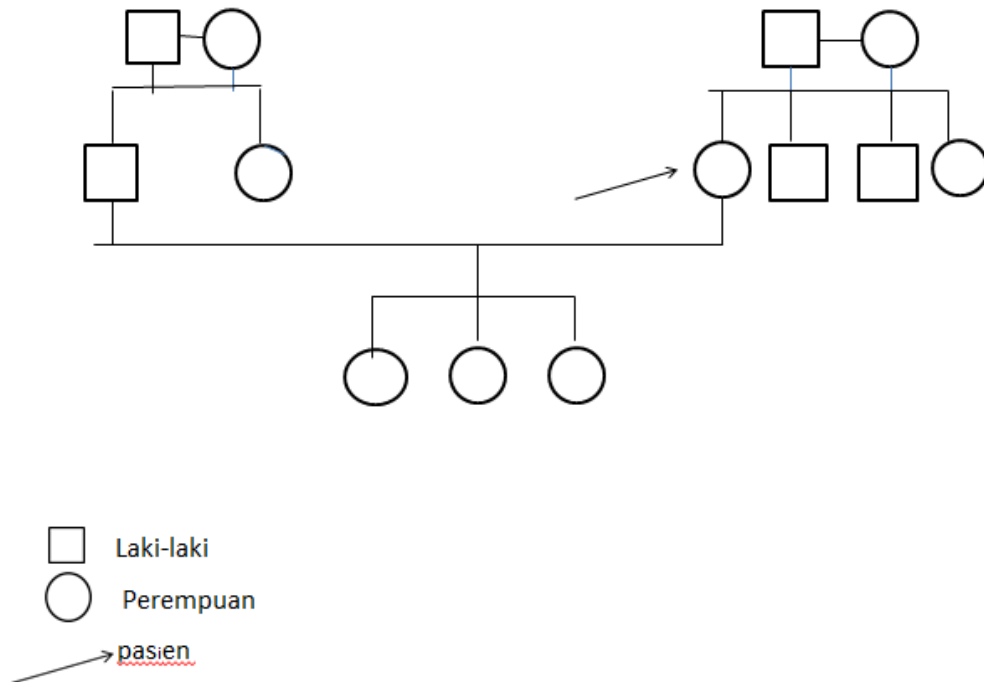
c. Riwayat kesehatan lalu

Ny. D mengatakan tidak memiliki alergi obat, pasien mengatakan tidak ada riwayat operasi, klien mengatakan terdiagnosa TB paru sejak agustus 2022 setelah melakukan pemeriksaan di puskesmas setelah beberapa minggu kondisi pasien memburuk sehingga dirujuk ke rumah sakit Mayjend HM Ryacudu pada tanggal 18 Oktober 2022 dan menjalankan terapi OAT fase lanjutan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama

Gambar 3. 1 Genogram



3. Riwayat psikososial – spiritual

Ny. D mengatakan stress yang dialaminya berasal dari kecemasan penyakit yang tidak kunjung sembuh. Kebiasaan Ny. D menghadapi situasi stress dengan menangis, meskipun demikian Ny. D selalu mendapat dukungan dari keluarganya untuk dapat sembuh dengan melakukan pengobatan di RS

4. Lingkungan

Ny. D mengatakan rumahnya terjaga kebersihannya tidak ada polusi bersih dan rapi

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

a. Pola nutrisi dan cairan

b. Pola nutrisi

1). sebelum sakit, ny. D mengatakan dalam sehari makan 3 kali, sehari menghabiskan 1 porsi makan nafsu makan baik

- 2). saat sakit, ny. D mengatakan nafsu makan menurun dalam sehari hanya makan sekali yaitu 4 sendok makan TB 155 cm BB sebelum sakit 50 kg, BB saat sakit 43 kg, BB berkurang 7 kg selama 2 bulan
- c. Pola cairan
- 1). Sebelum sakit, mengatakan dapat minum air putih sebanyak 8 gelas perhari gelas perhari (2000cc/hari)
 - 2). Saat sakit mengatakan hanya minum air putih sebanyak 4 gelas perhari (1250cc/hari) pasien terpasang infus RL 500 CC 20 tpm
- c. Pola eliminasi
- BAK**
- 1). Sebelum sakit, pasien mengatakan sebelum sakit BAK 4x dalam sehari di waktu pagi, siang, sore, malam. Urin berbau khas, berwarna jernih
 - 2). Saat sakit pasien mengatakan BAK hanya 2-3x dalam sehari pada pagi hari, siang, malam. Bau urin khas berwarna jernih kekuningan output 1000cc/24 jam
- BAB**
- 1). Sebelum sakit BAB 1-2x/hari pada pagi dan sore, bau feses khas berwarna kuning, konsistensi lembek.
 - 2). Saat sakit, pasien mengatakan BAB 1x dalam sehari pada pagi hari, berwarna kuning, bau khas, konsistensi lembek
- d. Pola personal Hygine
- 1). Sebelum sakit, mengatakan mandi 2x dalam sehari pada pagi dan sore mencuci rambut 1 kali dalam sehari
 - 2). Saat sakit, mengatakan hanya di lap menggunakan waslap 1-2kali dalam sehari, ny. D tidak mampu

menggosok gigi dan hanya berkumur 1-2kali dalam sehari dan mencuci rambut 1 kali per 2 hari

e. Pola istirahat dan tidur

- 1). Sebelum sakit, ny. D mengatakan lama tidur dalam sehari 8 jam yakni 2jam saat siang dan 6 jam saat malam, tidak ada keluhan
- 2). Saat sakit, pola tidur tidak menentu, ny. D mengatakan sulit untuk memulai tidur karena sesak dan batuk yang dirasa dan sering terjaga, klien mengatakan tidak merasa tidur puas, pasien mengatakan hanya tidur selama 4 jam perhari.

f. pola aktivitas dan latihan

- 1). sebelum sakit, mengatakan mampu mandi secara, menggunakan pakaian secara mandiri dan beraktivitas
- 2). saat sakit, mengalami keterbatasan dalam aktivitas saat mandi, menggunakan pakaian, dan mobilisasi aktivitas dibantu oleh keluarga

g. pola persepsi dan manajemen kesehatan

- 1). ny. D mengatakan tidak mengetahui penyakit yang di deritanya setelah 2 bulan batuk hingga menimbulkan sesak, keluarga memutuskan membawa nya untuk menjalankan pengobatan di RSD Rya cudu. Dalam kesehariannya ny.D mengatakan tidak pernah merokok, tidak mengosumsi alcohol dan tidak ketergantungan obat.

6. pemeriksaan fisik

a. pemeriksaan umum

- 1) kesadaran :Compos Mentis, GCS E4V5M6
- 2) tekanan darah : 130/80 mmHg
- 3) nadi: 88x/menit
- 4) pernapasan: 25x/menit
- 5) suhu 36,5C

6) TB/BB: 155 cm/ 43kg

b. pemeriksaan fisik per system

1). system penglihatan

posisi mata pasien simetris, pergerakan bola mata simetris, kelopak mata normal, sclera anikterik, pupil simetris kanan dan kiri, ketajaman penglihatan normal, tidak terdapat radang, konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat pemakaian alat bantu penglihatan

2). system pendengaran

telinga tampak simetris tidak ada serumen, tanda radang dan cairan yang keluar dari telinga nya, pendengaran baik, serta tidak ada alat bantu pendengaran lainnya.

3). Sistem wicara

Tidak ada keluhan dalam bicara

4).System pernapasan

Pasien mengeluh sesak nafas saat aktivitas dan setelah aktivitas, frekuensi pernapasan 25x/menit saturasi 94% pasien terdengar suara nafas tambahan ronchi, pasien mengatakan sesak saat beraktifitas dan dapat memperingan saat tirah baring

5). System kardiovaskuler

Pada pemeriksaan system kardiovaskuler, nadi pasien teraba 85x/ menit, dengan irama teratur, denyut kuat, tidak terdapat distensi jugaliris, temperature kulit hangat warna kulit pucat, pengisian kapiler (CRT) <detik, dan tidak terdapat edema

6). System neurologi

Pada pemeriksaan neurologi didapati kesadaran compos mentis dengan GCS 15 E4M6V5 kekuatan otot , tidak terdapat kelainan, pada pemeriksaan reflek dan tidak ada kelainan pada pemeriksaan sensorik.

7). System pencernaan

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada masalah pada rongga mulut, gigi, dan tidak mengalami kesulitan menelan

8). System imunologi

Tidak terdapat pembesaran getah bening pada pasien

9). System endokrin

menggunakan tidak adak terdapat pembesaran kelenjar tyroid

10). System uragental

Pada saat pengkajian tidak mengalami distensi kandung kemih tidak kateter

11). System integumen

Keadaan rambut klien tampak bersih, kekuatan rambut normal, dan berwarna hitam, keadaan kuku bersih, keadaan kulit bersih, klien tidak mengeluh gatal, klien tidak mengalami perubahan karakteristik kulit/warna, turgor kulit elastis, tidak ada edema, tidak ada decubitus.

12). System muskuluskeletal

Tidak terdapat fraktur dibagian manapun

7. Pengkajian penyakit

Diagnosa medis : TB Paru

8. Pengkajian prosedur

Klien mendapatkan terapi cairan parental ringer laktat,(RL) 20 tetes/menit, terapi oksigen nasal kanul 5liter/menit.

9. Pengobatan

1. Ambroxcol 3x1mg
2. OBH sirup 3x10ml
3. Omeprazole 1x1 IV
4. OAT fase lanjutan (Isoniazid & rifampisin) 3x1 minggu
5. Curcuma tablet 3x1 tab
6. Ringer laktat 500cc 20 tetes/menit

10. Hasil laboratorium

Tabel 3. 1

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi klinik Ny. D di Ruang Paru RSD
Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 19 Oktober 2022

No	Parameter	Hasil	Nilai normal
1.	Leukosit	12, 97 10 ³ /uL	(N : 400-10.00)
2.	Eritrosit	4, 15 x 10 ⁶ /uL	(N : 3,50-5.50)
3.	Hemoglobin	9,9 g/dl	(N:11.0-16.0)
4.	Trombosit	302x10 ³ /uL	(N:150-450)
5.	Albumin	3,0 g/dl	(3,8 – 5,0 g/Dl)
6..	Tes BTA	Positif	Negatif

10. Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sulit batuk dan mengeluarkan sputum 2. Pasien mengeluh sesak nafas <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sputum berwarna merah 2. Pasien terdengar suara nafas tambahan ronchi +/+ 2. Frekuensi nafas 25x/menit 3. Pasien menggunakan O2 nasal kanul 5liter/menit 4. SpO2 94% 	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Hipersekresi jalan nafas
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh tidak nafsu makan 2. Pasien mengatakan hanya menghabiskan 3 sendok makan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan pasien berkurang 7 Kg selama 2 bulan BB sebelum sakit 50kg, BB saat sakit 43kg 2. IMT 17,40 (kurus ringan) terjadi penurunan BB di atas 10% 	Defisit nutrisi	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)
3.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh tidak puas tidur 2. Pasien mengatakan hanya tidur selama 4 jam perhari <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sayu 2. Kantung mata klien tampak hitam. 	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan mengeluh sulit batuk dan mengeluarkan sputum, mengeluh sesak napas, Sputum berwarna merah, pasien terdengar suara napas tambahan ronchi +/+, Frekuensi napas 25x/menit, pasien menggunakan O2 nasal kanul 5liter/menit, SpO2 94%
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan mengeluh tidak nafsu makan, hanya menghabiskan 3 sendok makan
3. Gangguan pola tidur berhubungan Kurang kontrol tidur mengeluh tidak puas tidur, mengatakan hanya tidur selama 4 jam sehari, pasien tampak sayu dan kantung mata klien tampak hitam.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 3

Rencana Keperawatan Terhadap Ny. N di Ruang Paru RSD Mayjen HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara


No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
1.	<p>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sulit batuk dan mengeluarkan sputum 2. Pasien mengeluh sesak nafas <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sputum berwarna merah 2. Pasien terdengar suara nafas tambahan ronchi +/- 3. Frekuensi nafas 25x/menit 4. Pasien menggunakan O2 nasal kanul 5liter/menit 5. SpO2 94% 	<p>Bersihan Jalan Nafas (L.01001) :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan nafas klien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Produk sputum menurun 3. Frekuensi napas membaik 	<p>Latihan Batuk Efektif (I.01006) :</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya resistensi sputum <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi fowler 2. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 3. Buang sekret pada tempat sputum <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. 2. Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian buang melalui mulut dengan mulut mencucu selama 8 detik. 3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarikan nafas ke 3 <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran dan OAT fase lanjutan (rifampisin & isoniazid)</p>


2.	<p>Defisit Nutrisi DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh tidak nafsu makan 2. Pasien mengatakan hanya menghabiskan 3 sendok makan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan pasien berkurang 7 Kg selama 2 bulan BB sebelum sakit 50kg, BB saat sakit 43kg 2. IMT 17,40 (kurus ringan) terjadi penurunan BB di atas 10% 	<p>Status Nutrisi (L.03030) : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang menghabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (L.03119) : <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan suplemen makan 2. Berikan makanan tinggi serat, 3. tinggi kalori dan tinggi protein <p><i>Edukasi</i> Anjurkan posisi duduk</p> <p><i>Kolaborasi</i> Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p>
3.	<p>Gangguan Pola Tidur DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh tidak puas tidur 2. Pasien mengatakan hanya tidur selama 4 jam perhari <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sayu 2. Kantung mata klien tampak hitam. 	<p>Pola Tidur (L.05045) : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 	<p>Dukungan Tidur (1.05174) : Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 2. Lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan <p><i>Edukasi</i> Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>


D. Implementasi dan evaluasi

Tabel 3. 4

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Terhadap Ny.N Diruang paru RSD Mayjend Rya cudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 19 Oktober 2022


No	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	<p>Jam 10:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suara napas tambahan ronchi 2. Posisikan klien semi fowler 3. Memberikan terapi 4. O2 nasal kanul5 liter/menit 5. Mengajarkan klien tekni napas dalam <p>Pukul 10:20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi klien melakukan batuk dan membuang sekret 2. Monitor frekuensi napas 3. Kolaborasi pemberian obat Ambroxcol 1 mg/ 8 jam oral OBH sirup 10 ml/ 8 jam 	<p>Jam 14:00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sulit batuk dan mengeluarkan sputum 2. Pasien mengeluh sesak nafas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sputum berwarna merah 2. Pasien terdengar suara nafas tambahan ronchi +/+ 3. Tekanan darah 4. Frekuensi nafas 25x/menit 5. Pasien menggunakan O2 nasal kanul 5liter/menit 6. SpO2 94% 7. Obat yang diberikan di habiskan <p>A : Masalah belum teratasi</p>	 Silvia

			<p>P: Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau ttv, pantau pola nafas 2. Ajarkan teknik batuk efektif 3. Posisikan semi fowler 4. Pantau bunyi nafas tambahan 5. Kolaborasi pemberian obat <p>Jam 18:00 WIB Ambroxcol 1 mg/ 8 jam oral OBH sirup 10 ml/ 8 jam OAT Fase lanjutan 1 x 300 mg oral (3x1 minggu)</p>	
2.	Defisit Nutrisi	<p>Jam 10.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi makanan yang disukai, klien menyukai ikan pepes 2. Memonitor berat badan 3. Melakukan oral hygiene sebelum makan <p>Jam 10:35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan posisi duduk saat klien makan 2. Kolaborasi pemberian obat Curcuma tablet 20 mg/ 8 jam oral Omeprazole 1 mg / 24 jam (IV) 	<p>Jam 13:30 WIB</p> <p>S</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh tidak nafsu makan 2. Pasien mengatakan hanya menghabiskan 3 sendok makan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan pasien berkurang 5 Kg selama 2 bulan BB sebelum sakit 55kg, BB saat sakit 50kg IMT (17,40) <p>A :Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi makanan disukai 2. Monitor berat badan 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan 4. Berikan suplemen makanan 5. Anjurkan posisi duduk 6. Kolaborasi pemberian obat 	 Silvia


			Jam 18:30 WIB Curcuma tablet 20 mg/ 6 jam, oral Omeprazole 1 mg / 24 jam (IV)	
3.	Gangguan Pola Tidur	Jam 11:30 WIB 1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 2. Memodifikasi lingkungan dan memfasilitasi pasien tidur dengan posisi semi fowler 3. Menetapkan jadwal tidur, tidur minimal 8 jam perhari	Jam 11: 40 WIB S: 1. Pasien mengeluh tidak puas tidur 2. Pasien mengatakan hanya tidur selama 4 jam perhari O : 1. Pasien tampak sayu 2. Kantung mata klien tampak hitam. A : Masalah belum teratasi P : 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur 2. Modifikasi lingkungan 3. Menetapkan jadwal tidur	 Silvia

Tabel 3. 5

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Terhadap Ny.N Diruang paru RSD Mayjend Rya cudu Kotabumi Lampug Utara Tanggal 20 Oktober 2022


No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	<p>Jam 09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Memonitor pola nafas 3. Mengajarkan teknik batuk efektif 4. Memberikan posisi semi fowler 5. Memonitor bunyi nafas tambahan 6. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat 7. Memberikan posisi semi fowler 8. Memberikan O2 nasal kanul <p>Jam 11:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat Ambroxcol 1 mg/ 8 jam oral OBH sirup 10 ml/ 8 jam OAT Fase lanjutan 1 x 300 mg oral (3x1 minggu) 	<p>Jam 13:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sulit batuk dan mengeluarkan sputum 2. Pasien mengeluh sesak nafas 3. Pasien mengatakan sudah paham teknik batuk efektif yang di ajarkan dan sudah dapat mempraktekkannya 4. Pasien mengakan nyaman saat diberikan posisi semi fowler 5. Pasien menghabiskan obat yang diberikan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sputum berwarna merah 2. Pasien terdengar suara nafas tambahan ronchi +/+ 3. Tekanan darah 130/80 mmHg 4. Frekuensi nafas 24x/menit Pasien menggunakan O2 nasal kanul 4liter/menit 5. SpO2 94% 6. Obat yang diberikan di habiskan <p>A : Masalah belum teratasi</p>	 Silvia



			<p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suara napas tambahan ronchi dan kedalaman napas 2. Memberikan terapi O2 nasal kanul 3 liter/menit 3. Mengajarkan klien teknik napas dalam 4. Monitor frekuensi napas 5. Kolaborasi pemberian obat <p>Jam 17:00 WIB Ambroxcol 1 mg/ 8 jam oral OBH sirup 10 ml/ 8 jam</p>	
2.	Defisit Nutrisi	<p>Jam 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor berat badan 2. Melakukan oral hygiene sebelum makan 3. Memberikan suplemen makanan, curcuma 3x1tab 4. Menganjurkan posisi duduk saat klien makan <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat Curcuma tablet 20 mg/ 8 jam, oral Omeprazole 1 mg / 24 jam (IV) 	<p>Jam 12:20 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengeluh tidak nafsu makan 2. pasien mengatakan hanya <p>O :</p> <p>Berat badan pasien berkurang 7 Kg selama 2 bulan. BB sebelum sakit 50kg, BB saat sakit 43kg IMT (17,40)</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor berat badan 2. Lakukan oral hygiene sebelum makan 	

			3. Kolaborasi pemberian obat Jam 18:00 WIB Curcuma tablet 20 mg/ 8 jam oral Omeprazole 1 mg / 24 jam (IV)	
3.	Gangguan Pola tidur	Jam 11: 00 WIB 1. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 2. memodifikasi lingkungan memfasilitasi pasien tidur dengan posisi semi fowler	Jam 11:20 WIB S : 1. pasien mengeluh tidak puas tidur 2. pasien mengatakan hanya tidur selama 4 jam perhari O : 1. pasien tampak sayu 2. kantung mata klien tampak hitam. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi modifikasi lingkungan memfasilitasi pasien tidur dengan posisi semi fowler	 Silvia

Tabel 3. 6

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Terhadap Ny.D Diruang paru RSD Mayjend Rya cudu Kotabumi Lampug Utara Tanggal 21 Oktober 2022

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	<p>Jam 09:30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suara napas tambahan ronchi dan kedalaman napas 2. Memberikan terapi O2 nasal kanul 3 liter/menit 3. Mengajarkan klien teknik napas dalam 4. Monitor frekuensi napas 5. Kolaborasi pemberian obat Ambroxcol 1 mg/ 8 jam oral OBH sirup 10 ml/ 8 jam 	<p>Jam 13:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah dapat batuk dan mengeluarkan dahak 2. Pasien mengatakan sesak telah berkurang 3. Pasien menghabiskan obat yang diberikan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sputum berwarna putih 2. Pasien terdengar suara nafas tambahan ronchi ++ 3. Tekanan darah 120/80 mmHg 4. Frekuensi nafas 23x/menit 5. Pasien menggunakan O2 nasal kanul 2liter/menit 6. SpO2 96% 7. Obat yang diberikan di habiskan <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi selanjutnya</p>	 Silvia

2.	Defisit Nutrisi	<p>Jam 09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor berat badan 2. Melakukan oral hygiene sebelum makan 3. Menganjurkan posisi duduk saat klien makan <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat Curcuma tablet 20 mg/ 8 jam oral Omeprazole 1 mg / 24 jam (IV) 	<p>Jam 12:00 WIB</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan nafsu makan membaik</p> <p>O :</p> <p>pasien menghabiskan 1 porsi makan</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi selanjutnya</p>	 Silvia
3.	Gangguan Pola Tidur	<p>Jam 11: 00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memodifikasi lingkungan memfasilitasi pasien tidur dengan posisi semi fowler 	<p>Jam 12:20 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidur 6 jam <p>O :</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi selanjutnya</p>	 Silvia