

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada Ny. A ini penulis lakukan di ruang Multazam kamar 3C RS. Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo, sejak tanggal 08 – 10 Mei 2015 dengan diagnosa medis pneumonia melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

3.1 Pengumpulan data

(dilakukan pada tanggal 08 - 09 Mei 2015)

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. A, jenis kelamin : perempuan, umur : 24 tahun, agama : Islam, suku / bangsa : Jawa / Indonesia, pendidikan : S1 Akutansi, pekerjaan : Accounting & Ibu Rumah Tangga, alamat : Taman Surya Agung, tanggal masuk rumah sakit : 06 Mei 2015, nomor register : 484xxx, diagnose medis : pneumonia.

2. Keluhan utama

Sesak

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan sesak nafas, batuk grok –grok disertai nyeri dada dan mengeluarkan dahak berwarna kekuningan. Pasien mengatakan nyerinya seperti ditusuk, nyeri dirasakan pada dada sebelah kanan bawah, skor skala

nyeri 4 (0-10). Semenjak merasakan keluhan tersebut pasien dibawa ke dokter. Pada tanggal 06 Mei 2015 pasien dibawa ke Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang dan di rawat di ruang multazam dengan diagnose medis pneumonia.

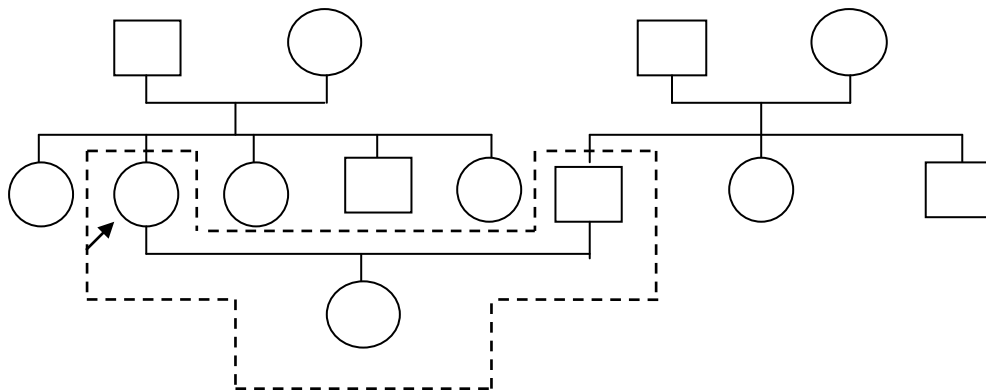
4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menurun, seperti hipertensi, pneumonia dan asma.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

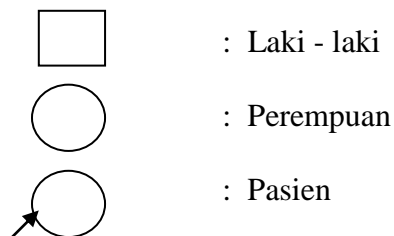
Pasien mengatakan 3 tahun yang lalu ayahnya menderita TBC lalu sembuh. Ibu pasien memiliki hipotensi.

Genogram:



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :



----- : Tinggal dalam satu rumah

6. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan di Rumah Sakit ditunggu oleh ibu, suami, atau saudaranya. Pasien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, hubungan klien dengan keluarga, perawat serta dokter baik.

7. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Sebelum masuk rumah sakit : Pasien mengatakan setiap sakit selalu berobat ke klinik / dokter terdekat, di rumah pasien mandi 3x sehari, sikat gigi 2x sehari dan mencuci rambut 2 hari 1x.

Di rumah sakit : pasien mengatakan di Rumah Sakit selalu berkonsultasi dengan dokter dan perawat tentang kondisinya. Pasien mengatakan di Rumah Sakit hanya di seka 2x sehari dibantu sama ibunya, dan gosok gigi pasien 1x sehari dan tidak pernah mencuci rambut.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan makan 2x sehari, dengan jenis makanan yang di makan yaitu : nasi, sayur, lauk, dan buah kadang-kadang. Pasien biasa minum air putih 1500 cc/hari.

Di rumah sakit : pasien makan 3x sehari dengan diit nasi biasa - lunak, habis ½ porsi dengan dibantu keluarga, pasien mengatakan malas makan karna sering batuk, minum air putih \pm 1 liter/hari, klien tidak muntah.

3) Pola Eliminasi

a. Eliminasi Alvi

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan Buang Air Besar tiap pagi warna kuning, tidak ada kesulitan untuk Buang Air Besar, konsistensi lembek

Di rumah sakit : pasien mengatakan selama di Rumah Sakit Buang Air Besar lancar \pm 1-2 hari sekali, konsistensi lembek.

b. Eliminasi Uri

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan biasanya Buang Air Kecil 6-8x dalam sehari, warna kuning jernih, dan berbau khas.

Di rumah sakit : pasien mengatakan sering Buang Air Kecil lancar \pm 1500 cc sehari, warna kuning dan bau khas.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan dalam sehari tidur \pm 10 jam/hari. tidur malam \pm 8 jam, tidur siang \pm 2 jam.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidurnya sering terbangun karena batuknya dan kadang sesak. siang tidur sekitar 1 jam, malam \pm 5 jam.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan mamapu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan mandiri karena tidak ada keterbatasan aktivitas misalnya duduk, berjalan, makan, mandi dan lain-lain.

Di rumah sakit : pasien mengatakan aktivitasnya seperti BAB, BAK dan

makan di bantu oleh kelurga.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Gambaran Diri :

Pasien tidak mengalami cedera tubuh, pasien juga kooperatif bila dilakukan pemeriksaan fisik, perasaan dan persepsi pasien masa lalu dan sekarang tentang gambaran dirinya positif (pasien tidak merasa malu atau minder walaupun pasien saat ini sedang sakit).

b. Harga Diri :

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan memiliki harga diri yang dipandang orang lain dan keluarga sebagai individu yang baik dan sopan.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidak malu akan penyakitnya.

c. Ideal Diri :

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan dalam kesehariannya pasien adalah seorang yang memiliki tujuan hidup serta berguna bagi diri sendiri dan orang lain.

Di rumah sakit : pasien mengatakan memiliki keinginan untuk cepat sembuh agar bisa melaksanakan tujuan hidupnya serta berguna bagi dirinya dan orang lain.

d. Peran :

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan dirinya berperan sebagai ibu dari seorang anaknya.

Di rumah sakit : pasien mengatakan di rumah sakit tidak dapat

melaksanakan tugasnya seperti biasanya.

e. Identitas Diri :

Pasien mengatakan bahwa dirinya berumur 24 tahun. Sudah menikah dan memiliki seorang anak.

7) Pola Sensori dan Kognitif

Sensori : Pasien mengatakan indera pendengarannya berfungsi dengan baik begitu juga dengan indera perasa dan pembauan. Indera penglihatan pasien juga berfungsi dengan baik dan setelah masuk rumah sakit tidak ada gangguan fungsi pada kelima panca inderanya.

Kognitif :

Pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya saat ini.

8) Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan berusia 24 tahun, sudah menikah dan memiliki seorang anak

9) Pola Hubungan dan Peran

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan berperan sebagai ibu rumah tangga serta mempunyai hubungan baik dengan suami dan 1 orang anak serta keluarganya.

Di rumah sakit : pasien mengatakan berhubungan baik dengan pasien 1 kamarnya, dokter dan perawat.

10) Pola Penanggulangan Stress

Sebelum masuk rumah sakit : pasien mengatakan saat di rumah sakit jika masalah selalu di bicarakan dengan suaminya.

Di rumah sakit : pasien mengatakan ketika ada masalah dengan sakitnya selalu berkonsultasi kepada dokter dan perawat.

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit : Pasien mengatakan beragama islam, shalat 5 waktu.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidak dapat melakukan ibadah sholat seperti biasa karena setiap aktivitas pasien selalu merasakan sesak, tetapi pasien selalu berdo'a untuk kesembuhannya.

8. Pemeriksaan Fisik :

1) Keadaan umum

Tingkat kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, suara bicara jelas, Tensi 100/70 mmHg, frekwensi pernafasan 26 x/menit dengan irama pernafasan regular, suhu tubuh 37,3° C, nadi 80 x/menit, Pasien sesak dan batuk, adanya kelemahan umum serta aktivitas yang terbatas.

2) Kepala

Inspeksi : bentuk kepala simetris, tidak terdapat lesi, rambut hitam.

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

3) Muka

Inspeksi : bentuk simetris, tidak terdapat lesi, tidak ada sembab muka.

Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan.

4) Mata

Inspeksi : bentuk simetris, sklera putih, konjungtiva anemis, pupil isokor, mata cowong.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan di sekitar mata

5) Telinga

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak terdapat jejas, tidak dapat benjolan.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada telinga

6) Hidung

Inspeksi : terdapat pernafasan cuping hidung, bentuk simetris, hidung nampak bersih.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada hidung

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan

7) Mulut dan faring

Inspeksi : tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, lidah merah muda, tidak ada lesi.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

8) Leher

Inspeksi : trakea di garis tengah, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

9) Thorax

Inspeksi : terdapat tarikan intercosta saat bernafas, tidak terdapat jejas, tidak ada benjolan, bentuk dada normal.

Palpasi :

Jantung : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

Paru – paru : tidak teraba massa, terdapat nyeri tekan pada dada kanan bawah.

Perkusi :

Jantung : terdengar redup.

Paru – paru : terdengar redup pada lobus ke 3 dekstra.

Auskultasi :

Paru – paru : terdengar ronkhi pada paru – paru kanan bawah.

Jantung : terdengar suara S1, S2 tunggal (lup dup).

10) Abdomen :

Inspeksi : tidak ada benjolan, bentuk simetris.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak adanya massa pada perut bawah.

Perkusi : bunyi tympani.

Auskultasi : bising usus 16x/menit.

11) Inguinal, genital dan anus : bersih.

12) Integumen

Inspeksi : Kulit sawo matang, rambut bersih, warna hitam.

Palpasi : Akral hangat, turgor kulit baik, tidak terdapat sianosis pada ujung ekstremitas.

13) Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas atas dan bawah dapat digerakkan,

GCS : 4 – 5 -6

Kesadaran : Compos menthis.

9. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan radiologi, tanggal 25 april 2015.

Thorax foto PA

COR : besar dan bentuk normal

Pulmo : Tampak konsolidasi pada paracardial dextra

Fraktur costae (-)

Sinus phrenico costalis dextra tajam

Sinus phrenico costalis sinistra tajam

Kesimpulan : Pneumonia.

2) Pemeriksaan Laboratorium :

a. Pada tanggal 06 Mei 2015

Darah Lengkap

Parameters	Hasil	Nilai Normal	Satuan
GDA	100	< 200	mg/dl
Creatinin	0.8	0.5 – 1.0	mg/dl
Ureum (UV)	17	10 – 38	mg/dl
BUN	8	7 – 38	mg/dl
SGOT	74	5 – 31	u/L
SGPT	59	5 – 31	u/L
Bilirubin direct (DCA)	0.24	< 0.25	mg/dl
Bilirubin total	0.59	0.10 – 1.20`	mg/dl
Natrium serum	137	135 – 155	Meq/L
Kalium serum	3.3	3.3 – 4.9	Meq/L

Klorida serum	96	96 – 113	Meq/L
---------------	----	----------	-------

Parameters		Nilai Rujukan
HGB	10.2 [g/dL]	L 13,0 – 18,0 P 11,5 – 16,5
RBC	5.49 [10 ⁶ /UL]	L 4,5 – 5,5 P 4,0 – 5,0
HCT	30.3 [%]	L 40,0 – 50,0 P 37,0 – 45,0
WBC	7.70 [10 ³ /UL]	4,0 – 11,0
PLT	479 [10 ³ /UL]	150 – 400.

c. Pada Tanggal 07 Mei 2015

Urine Lengkap

Parameters	Hasil	Nilai Normal
Glukose	NEG	NEG
Bilirubine	NEG	NEG
Keton	NEG	NEG
BJ	1.020	1.003 – 1.030
Blood	NEG	NEG
PH	7.5	4.6 – 8.0
Protein	+1	NEG
Urobilinogen	16	< 16 umol/L
Nitrit	NEG	NEG

Leukosit	NEG	NEG
Sedimen		
Eritrosit	1 – 2	0 – 1 / PLP
Leukosit	2 – 3	0 – 2 / PLP
Ephitel	Amorhp+	NEG
Bakteri/jamur	NEG	NEG

3) Terapi (06 Mei 2015) :

- a. Inj. Glybotie/amikacin 2 x 500 mg
- b. Inj. Acitromycin 1x 500 mg 1 – 0 – 0
- c. Inj. Dexamethaxone 3 x 1 ampul
- d. P.o Epexol 30 mg
- e. P.o Paracetamol 3 x 1 tab
- f. P.o Farsifen (Ibuprofen) 400mg
- g. Inf. RL 15 tetes/menit
- h. O₂ 3 lpm kanul nassal
- i. Diit nasi biasa – lunak

3.2 Analisa Data

Analisa data yang dilakukan pada tanggal 8 Mei 2015 jam 09.00 WIB.
 Pada Ny. A umur 24 tahun diruang Multazam dengan nomor register 484xxx,
 ditemukan data focus sebagai berikut :

Tanggal 8 Mei 2015 jam 09.00 WIB.

1. Analisa data yang pertama

- a. Data Subyektif : Pasien mengatakan sesak nafas, batuk grok-grok.
- b. Data Objektif : pasien tampak lemah, terdengar suara ronkhi pada dada kanan bawah, suara perkusi paru redup / konsolidasi paru pada lobus ke 3, terdapat tarikan intercosta saat bernafas, terdapat gerakan cuping hidung saat bernafas, terpasang O₂ 3 lpm, vital sign : RR : 26x/menit, SPO₂ : 98 %

Masalah : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Etiologi : Inflamasi trakeobronkial, dan peningkatan produksi sputum

Tanggal 8 Mei 2015 jam 11.00 WIB.

2. Analisa data yang kedua

- a. Data Subyektif : Pasien mengatakan dadanya terasa nyeri apalagi ketika batuk
- b. Data Obyektif : Keadaan umum pasien tampak lemah, pasien menahan nyeri ketika batuk, terdapat nyeri tekan pada dada kanan, skala nyeri 4 (sedang), ekspresi wajah pasien tampak menyeringai, vital sign TD : 100/70 mmHg, Nadi : 80 x/menit

Masalah : Nyeri akut

Etiologi : Inflamasi/ konsolidasi parenkim paru

Tanggal 8 Mei 2015 jam 12.00 WIB.

3. Analisa data yang ketiga

- a. Data Subyektif : Pasien mengatakan setiap kali beraktivitas (berpindah

posisi dari tidurnya) nafasnya terasa sesak, badan klien terasa lemah.

- b. Data Obyektif : Keadaan umum pasien tampak lemah, aktivitas pasien terbatas, dibantu oleh keluarga, pasien tampak sesak ketika beraktivitas,
SGOT : 74 [u/L], SGPT :59 [u/L]

Masalah keperawatan : intoleransi keperawatan

Etiologi : kelemahan umum

Tanggal 8 Mei 2015 jam 13.00 WIB.

4. Analisa data yang keempat

- a. Data Subyektif : Pasien mengatakan tidurnya sering terbangun karena batuknya.
- b. Data Obyektif : Pasien tidur kurang lebih 6 jam/ hari, siang 1 jam, malam 5 jam, pasien tampak gelisah, mata pasien tampak cekung dan terlihat adanya lingkaran hitam, TD : 100/70 mmHg, Nadi : 80 x/menit.

Masalah keperawatan : gangguan pola tidur

Etiologi : batuk produktif

3.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data di atas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. A adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, dan peningkatan produksi sputum ditandai dengan klien mengatakan sesak nafas, frekuensi pernafasan 26 x/menit, pergerakan cuping hidung ketika bernafas, batuk serta adanya suara ronkhi pada dada

kanan klien.

2. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan inflamasi/konsolidasi parenkim paru , ditandai dengan klien mengatakan nyeri ketika batuk , terdapat nyeri tekan pada dada kanan klien , tanda-tanda vital (TD : 100/70 mmHg, suhu: 37,3 ° C, nadi : 80 x/menit)
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum ditandai dengan pasien mengatakan ketika duduk atau jalan nafasnya terasa sesak, aktivitas dibantu oleh keluarga.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk produktif ditandai dengan nyeri dada.

3.4 Rencana Keperawatan

Tahap perencanaan dibawah ini disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yaitu :

Tanggal 08 Mei 2015

1) Diagnosa Keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, dan peningkatan produksi sputum ditandai denganklien mengatakan sesak nafas, frekuensi pernafasan 26 x/menit, terdapat pergerakan cuping hidung ketika bernafas, batuk serta adanya suara ronkhi pada dada kanan klien.

Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam diharapkan jalan nafas klien kembali efektif

Kriteria Hasil :

- a) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).
 - b) Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).
 - c) Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.

Intervensi :

1. Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning

Rasional : suction membantu mengeluarkan akumulasi secret trakeobroncial dengan menggunakan teknik steril.
2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suction

Rasional : auskultasi membantu mengontrol seberapa banyak secret sebelum dilakukan suction dan untuk mengetahui ada/tidaknya secret yang tersisa setelah dilakukannya suction.
3. Lakukan fisioterapi dada jika perlu

Rasional : fisioterapi dada membantu membersihkan secret dari bronkus dan untuk mencegah penumpukan secret, memperbaiki pergerakan dan aliran secret.
4. Keluarkan secret dengan batuk atau suction

Rasional : dengan batuk efektif klien dapat menghemat energi sehingga

tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal.

5. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.

Rasional : membantu mengetahui ada / tidaknya suara nafas tambahan (*ronchi, weezhing*) yang berasal dari penumpukan secret.

6. Berikan bronkodilator bila perlu

Rasional : bronkodilator membantu melegakan pernafasan klien.

7. Monitor respirasi dan status O₂.

Rasional : mengetahui perkembangan sistem respirasi klien.

2) **Diagnosa Keperawatan 2**

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan inflamasi/konsolidasi parenkim paru, ditandai dengan klien mengatakan nyeri ketika batuk, terdapat nyeri tekan pada dada kanan klien, tanda-tanda vital (TD : 100/70 mmHg, suhu: 37,3° C, nadi : 80 x/menit)

Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam diharapkan rasa nyeri klien berkurang/hilang

Kriteria Hasil :

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan management nyeri
- c) Mampu mengenali nyeri(skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)

d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi :

1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.

Rasional : untuk mengetahui karakteristik, frekuensi, kualitas, lokasi nyeri yang di alami oleh klien.

2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.

Rasional : untuk mengetahui asal dari timbulnya nyeri yang dialami klien.

3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.

Rasional : komunikasi terapeutik digunakan agar klien percaya dan mampu menceritakan tentang pengalaman nyerinya.

4) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.

Rasional : lingkungan yang kurang nyaman dapat mempengaruhi hilangnya timbulnya nyeri yang dirasakan oleh klien.

5) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

Rasional : untuk menentukan intervensi yang akan dilakukan selanjutnya jika nyeri tetap timbul.

6) Ajaarkan teknik non farmakologi.

Rasional : teknik nonfarmakologi membantu mengalihkan perhatian klien terhadap nyerinya.

7) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.

Rasional : analgetik membantu mengurangi rasa nyeri.

8) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

Rasional : untuk menindaklanjuti tindakan yang akan dilakukan jika nyeri terus timbul.

3) **Diagnosa Keperawatan 3**

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum ditandai dengan pasien mengatakan ketika duduk atau jalan nafasnya terasa sesak, aktivitas dibantu oleh keluarga.

Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam diharapkan aktivitas klien dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- a) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
- b) Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) secara mandiri
- c) Tanda-tanda vital normal
- d) Level kelemahan
- e) Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat
- f) Status tanpaa kardiopulmunari adekuat
- g) Sirkulasi status baik
- h) Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat

Intervensi :

- 1) Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.

Rasional : untuk menentukan terapi yang tepat dengan keluhan yang dirasakan oleh klien.

- 2) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.

Rasional : untuk mengetahui aktivitas-aktivitas apa saja yang masih mampu dilakukan namun tetap disesuaikan dengan kondisi klien.

- 3) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social.

Rasional : untuk memilih aktivitas – aktivitas apa yang sesuai dengan kondisi klien saat ini seperti duduk, berdiri, jalan.

- 4) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.

Rasional : mengetahui hal-hal apa saja yang ingin dilakukan klien dan apa saja yang dibutuhkan klien dalam latihan aktivitasnya.

- 5) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.

Rasional : alat bantu aktivitas membantu klien agar tetap dapat melakukan aktivitas yang diinginkannya.

- 6) Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai.

Rasional : mengetahui aktivitas-aktivitas apa saja yang disukai klien.

- 7) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.

Rasional : jadwal latihan membantu klien agar mampu melakukan latihan aktivitas sedini mungkin secara bertahap.

- 8) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.

Rasional : mengetahui kekurangan-kekurangan apa saja yang dialami klien dalam beraktivitas setelah dilakukan latihan aktivitas.

- 9) Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas.

Rasional : penguatan positive mampu mendorong klien agar lebih bersemangat dalam melakukan aktivitas-aktivitas ringan yang biasa dilakukannya.

- 10) Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.

Rasional : mendorong semangat klien dalam melakukan aktivitas secara bertahap sesuai dengan kondisi.

- 11) Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.

Rasional : memantau respon klien terhadap latihan aktivitas yang telah dilakukan.

4) **Diagnosa Keperawatan 4**

Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk produktif ditandai dengan nyeri dada.

Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan pola tidur dan kebutuhan istirahat dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- a) Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari.
- b) Pola tidur, kualitas dalam batas normal
- c) Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat
- d) Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.

Intervensi :

1. Determinasi efek – efek medikasi terhadap pola tidur
Rasional : mengetahui kebiasaan / waktu tidur pasien.
2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.
Rasional : tidur yang adekuat akan membuat pasien terlihat segar saat bangun.
3. Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)
Rasional : aktivitas sebelum tidur akan mempermudah untuk mengantuk
4. Ciptakan lingkungan yang nyaman
Rasional : lingkungan yang nyaman mempengaruhi kualitas tidur pasien
5. Kolaborasi pemberian obat tidur
Rasional : membantu mempermudah pasien untuk istirahat dan tidur.

3.5 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di buat sebelumnya.

Tanggal 08 Mei 2015

1. Diagnosa Keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, dan peningkatan produksi sputum.

Pelaksanaan :

1. (Jam 09.00) Membina hubungan saling percaya
Respon : pasien dan keluarga kooperatif
2. (Jam 09.15) Mengobservasi tanda-tanda vital
Respon : pasien kooperatif, TD : 100/70 mmHg, RR: 26 x/menit.
3. (Jam 09.10) memberikan terapi injeksi acitromycin 500mg
Respon : pasien kooperatif, pasien tidak ada alergi obat.
4. (Jam 09.20) Memberikan posisi yang nyaman (semi fowler)
Respon : pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi seperti ini.
5. (Jam 09.45) Melakukan tindakan fisioterapi dada dengan cara menepuk punggung dada pasien untuk meluruhkan sekret yang menumpuk.
Respon : pasien kooperatif dengan tindakan yang dilakukan oleh perawat
6. (Jam 10.00) Memberikan penjelasan dan menganjurkan cara batuk efektif dengan cara tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3x yang terakhir langsung dibatukkan
Respon : pasien kooperatif dan mempraktikkan cara batuk efektif
7. (Jam 10.15) Menngkaji pola nafas pasien dan bunyi nafas pasien
Respon : pola nafas tidak efektif, terdengar suara ronkhi pada dada kanan bawah.

8. (Jam 10.25) Mempertahankan intake cairan dengan cara memberikan cairan infuse sesuai advis dan minum air sedikitnya 2500 ml /hari.

Respon : pasien kooperatif, pasien bersedia untuk di gantikan infuse dan mau minum air sesuai kebutuhan.

9. (Jam 10.30) Memberikan O₂ kanul nasal 3 lpm.

Respon : pasien menggunakan bantuan oksigen 3 lpm. RR 26 x/menit, irama dan kedalaman teratur.

2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan inflamasi/konsolidasi parenkim paru.

Pelaksanaan :

1. (Jam 11.00) Mengkaji tingkat nyeri pasien.

Respon : pasien mengatakan nyeri pada dada kanan seperti ditusuk ketika dibuat batuk

2. (Jam 11.30) Mengajarkan pasien untuk relaksasi/distraksi.

Respon : pasien kooperatif, ketika nyeri timbul klien menarik nafas panjang dan menghembuskan melalui mulut. Pasien mengatakan ketika nyeri timbul dia mengalihkan dengan menonton tv

3. (Jam 11.35) memberikan terapi injeksi dexamethaxone 1 ampul.

Respon : pasien kooperatif, pasien tidak ada alergi.

4. (Jam 11.45) Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri.dengan membatasi jumlah pengunjung yang datang.

Respon : pasien mengatakan sedikit terganggu oleh keramaian pengunjung yang timbul dari pasien satu kamarnya.

3. Diagnosa Keperawatan 3

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum.

Pelaksanaan :

1. (Jam 12.00) Mengkaji keterbatasan pasien dalam beraktivitas.

Respon : pasien mengatakan setiap kali beraktivitas (berpindah posisi dari tidurnya) nafasnya terasa sesak, badan klien terasa lemah.

2. (Jam 12.15) Membantu pasien untuk mencoba aktivitas yang masih mampu dilakukan seperti berjalan di sekitar ruang perawatan, berjalan ke kamar mandi.

Respon : pasien tidak mencoba melakukan aktivitas secara perlahan karna nafasnya terasa sesak.

3. (Jam 12.20) mengobservasi tanda – tanda vital.

Respon : pasien kooperatif, TD : 100/70 mmHg, Nadi : 80x/menit.

4. (Jam 12.30) Menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya beraktivitas

Respon : pasien kooperatif, pasien memahami penjelasan perawat.

5. (Jam 12.35) menganjurkan pasien untuk beristirahat.

Respon : pasien kooperatif, pasien terlihat lebih tenang.

6. (Jam 12.40) Membantu pasien untuk memenuhi segala kebutuhannya

Respon : pasien mengatakan merasa senang atas perhatian perawat.

4. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk produktif.

Pelaksanaan:

1. (Jam 13.00) Mengkaji pola tidur pasien.

Respon : pasien mengatakan tidurnya sering terbangun karna batuknya.

2. (Jam 13.05) Memberikan health education kepada pasien tentang pentingnya tidur yang cukup.

Respon : pasien mengerti apa yang dijelaskan perawat.

3. (Jam 13.10) menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sebelum tidur (membaca, mendengarkan musik).

Respon : pasien mengatakan selalu mendengarkan musik sebelum tidur.

4. (Jam 13.30) Menciptakan lingkungan yang nyaman agar kebutuhan tidur pasien dapat terpenuhi.

Respon : pasien merasa lebih tenang dengan lingkungan yang nyaman

Tanggal 09 Mei 2015**1. Diagnosa Keperawatan 1**

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, dan peningkatan produksi sputum.

Pelaksanaan :

1. (Jam 14.00) Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif, TD : 100/60 mmHg, RR: 21 x/menit.

2. (Jam 14.10) Memberikan posisi yang nyaman (semi fowler)

Respon : pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi seperti ini.

3. (Jam 14.20) Melakukan tindakan fisioterapi dada dengan cara menepuk

punggung dada pasien untuk meluruhkan sekret yang menumpuk.

Respon : pasien kooperatif dengan tindakan yang dilakukan oleh perawat

4. (Jam 14.45) Memberikan terapi injeksi dexamethaxone.

Respon : pasien kooperatif, pasien tidak ada alergi obat

5. (Jam 14.50) Menganjurkan pasien minum teh hangat yang telah disediakan untuk membantu melegakan tenggorokan pasien akibat adanya sisa sekret yang menempel.

Respon : pasien kooperatif dan mengatakan sedikit lega setelah minum teh hangat.

6. (Jam 15.00) Menganjurkan cara batuk efektif dengan cara tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3x yang terakhir langsung dibatukkan seperti yang telah diajarkan kemarin.

Respon : pasien kooperatif dan mempraktikkan cara batuk efektif.

7. (Jam 15.15) Menngkaji pola nafas pasien dan bunyi nafas pasien.

Respon : pola nafas tidak efektif, masih terdengar suara ronkhi pada dada kanan bawah.

2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan inflamasi/konsolidasi parenkim paru.

Pelaksanaan :

1. (Jam 15.20) Mengkaji tingkat nyeri pasien.

Respon : pasien mengatakan dadanya masih terasa nyeri seperti ditusuk ketika dibuat batuk

2. (Jam 15.25) Mengajarkan pasien untuk relaksasi/distraksi.

Respon : pasien kooperatif, ketika nyeri timbul klien menarik nafas panjang dan menghembuskan melalui mulut. Pasien mengatakan ketika nyeri timbul selalu mengalihkan dengan menonton tv

3. (Jam 15.30) memberikan terapi injeksi dexamethaxone 1 ampul.

Respon : pasien kooperatif, pasien tidak ada alergi.

4. (Jam 15.45) Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri dengan membatasi jumlah pengunjung yang datang.

Respon : pasien mengatakan sedikit nyaman dengan kondisi lingkungan yang tenang.

3. Diagnosa Keperawatan 3

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

Pelaksanaan :

1. (Jam 16.00) Mengkaji kembali keterbatasan pasien dalam beraktivitas.

Respon : pasien mengatakan saat beraktivitas tubuhnya masih sedikit lemah tapi pasien sudah dapat melakukan aktivitas sedikit demi sedikit

2. (Jam 16.15) Membantu pasien untuk mencoba aktivitas yang masih mampu dilakukan seperti berjalan di sekitar ruang perawatan, berjalan ke kamar mandi.

Respon : pasien mencoba melakukan aktivitas secara perlahan.

3. (Jam 16.20) mengobservasi tanda – tanda vital.

Respon : pasien kooperatif, TD : 100/60 mmHg, Nadi : 80x/menit.

4. (Jam 16.40) Membantu pasien untuk memenuhi segala kebutuhannya

Respon : pasien mengatakan merasa senang atas perhatian perawat.

4. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk produktif.

Pelaksanaan:

1. (Jam 16.50) Mengkaji pola tidur pasien.

Respon : pasien mengatakan terkadang tidurnya masih sering terbangun karna batuknya.

2. (Jam 17.10) menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sebelum tidur (membaca, mendengarkan musik).

Respon : pasien mengatakan selalu mendengarkan musik sebelum tidur.

3. (Jam 13.30) Menciptakan lingkungan yang nyaman agar kebutuhan tidur pasien dapat terpenuhi.

Respon : pasien mengatakan merasa lebih tenang dengan lingkungan yang nyaman

Tanggal 10 Mei 2015

1. Diagnosa Keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, dan peningkatan produksi sputum.

Pelaksanaan :

1. (Jam 09.00) Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : pasien kooperatif, TD : 100/80 mmHg, RR: 22 x/menit.

2. (Jam 09.10) Memberikan posisi yang nyaman (semi fowler)

Respon : pasien mengatakan merasa nyaman dan terasa lebih lega saat bernafas dengan posisi seperti ini walaupun sudah tidak memakai oksigen.

3. (Jam 09.15) Melakukan tindakan fisioterapi dada dengan cara menepuk punggung dada pasien untuk meluruhkan sekret yang menumpuk.

Respon : pasien kooperatif dengan tindakan yang dilakukan oleh perawat

4. (Jam 09.30) Memberikan terapi injeksi acitromycin 500mg

Respon : pasien kooperatif, pasien tidak ada alergi obat

5. (Jam 09.35) Mengganti cairan infuse sesuai advis (RL 15 tpm).

Respon : pasien kooperatif, pasien bersedia untuk digantikan cairan infusnya.

6. (Jam 09.50) Menganjurkan pasien minum teh hangat yang telah disediakan.

Respon : pasien kooperatif dan mengatakan lega setelah minum teh hangat.

7. (Jam 10.00) Menganjurkan cara batuk efektif dengan cara tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3x yang terakhir langsung dibatukkan seperti yang telah diajarkan kemarin.

Respon : pasien kooperatif dan mempraktikkan cara batuk efektif.

8. (Jam 10.10) Menngkaji pola nafas pasien dan bunyi nafas pasien.

Respon : pola nafas tidak efektif, masih terdengar suara ronkhi pada dada kanan bawah.

2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan inflamasi/konsolidasi parenkim paru.

Pelaksanaan :

1. (Jam 10.20) Mengkaji tingkat nyeri pasien.

Respon : pasien mengatakan dadanya masih terasa nyeri seperti ditusuk ketika dibuat batuk

2. (Jam 10.25) Mengajarkan pasien untuk relaksasi/distraksi.

Respon : pasien kooperatif, ketika nyeri timbul klien menarik nafas panjang dan menghembuskan melalui mulut. Pasien mengalihkan nyeri dengan menonton tv.

3. (Jam 10.30) memberikan terapi injeksi dexamethaxone 1 ampul.

Respon : pasien kooperatif, pasien tidak ada alergi.

4. (Jam 10.45) Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri dengan membatasi jumlah pengunjung yang datang.

Respon : pasien mengatakan nyaman dengan kondisi lingkungan yang tenang.

3. Diagnosa Keperawatan 3

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum.

Pelaksanaan :

1. (Jam 11.00) Mengkaji keterbatasan pasien dalam beraktivitas.

Respon : Pasien mengatakan kondisinya sudah mulai membaik, badannya sudah tidak lemah.

2. (Jam 11.15) Memebantu pasien untuk mencoba aktivitas yang masih mampu dilakukan seperti berjalan di sekitar ruang perawatan, berjalan ke kamar mandi.

Respon : pasien melakukan aktivitas secara perlahan.

3. (Jam 11.20) mengobservasi tanda – tanda vital.

Respon : pasien kooperatif, TD : 100/80 mmHg, Nadi : 80x/menit.

4. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk produktif.

Pelaksanaan:

1. (Jam 11.30) Mengkaji pola tidur pasien.

Respon : pasien mengatakan terkadang tidurnya masih sering terbangun.

2. (Jam 11.35) menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sebelum tidur (membaca, mendengarkan musik).

Respon : pasien mengatakan selalu mendengarkan musik sebelum tidur.

3. (Jam 13.30) Menciptakan lingkungan yang nyaman agar kebutuhan tidur pasien dapat terpenuhi.

Respon : pasien mengatakan lebih tenang dengan lingkungan yang nyaman

3.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mana evaluasi dapat dikatakan berhasil bila tujuan dan kriteria hasil tercapai. Untuk mengetahui berhasil tidaknya maka diperlukan perkembangan sebagai berikut.

1. Diagnosa Keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, dan peningkatan produksi sputum.

Catatan perkembangan tanggal 08 Mei 2015

S : Pasien mengatakan sesak nafas, batuk grok-grok.

O : Pasien tampak lemah, terdengar suara ronkhi pada dada kanan bawah,

suara perkusi paru redup / konsolidasi paru pada lobus ke 3, terdapat tarikan intercosta saat bernafas, terdapat gerakan cuping hidung saat bernafas, terpasang O₂ 3 lpm, vital sign : RR : 26x/menit, SPO₂ : 98 %

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi 2 – 9 di lanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 09 Mei 2015

S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak tetapi masih batuk dan keluar dahak.

O : Pasien tampak lemah, terdengar suara ronchi pada dada kanan bawah, suara perkusi paru redup, O₂ dilepas, posisi semi fowler, vital sign : RR : 21x/menit, SPO₂ : 98 %

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi 2 – 8 di lanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 10 Mei 2015

S : Pasien mengatakan masih batuk dan keluar dahak.

O : Pasien tampak lemah, terdengar suara ronchi pada dada kanan bawah, suara perkusi paru redup, O₂ dilepas, posisi semi fowler, akral hangat, vital sign : RR : 22x/menit, SPO₂ : 99%.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Intervensi 2 – 8 dipertahankan dan dilimpahkan kepada perawat ruangan multazam.

2. Diagnosa keperawatan 2

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan inflamasi/konsolidasi parenkim paru.

Catatan perkembangan tanggal 08 Mei 2015

- S : Pasien mengatakan adanya terasa nyeri apalagi ketika batuk
- O : Keadaan umum pasien tampak lemah, pasien menahan nyeri ketika batuk, terdapat nyeri tekan pada dada kanan, skala nyeri 4 (sedang), ekspresi wajah pasien tampak menyeringai, vital sign TD: 100/60 mmHg, Nadi : 80 x/menit
- A : Masalah belum tercapai
- P : Intervensi 1 – 4 di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 09 Mei 2015

- S : Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang ketika batuk setelah melakukan batuk efektif yg diajarkan perawat.
- O : Keadaan umum pasien tampak lemah, pasien menahan nyeri ketika batuk, terdapat nyeri tekan pada dada kanan, skala nyeri 3 (sedang), pasien tidak gelisah, vital sign TD: 100/60 mmHg, Nadi : 80 x/menit
- A : Masalah teratasi sebagian
- P : Intervensi 1 – 4 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 10 Mei 2015

- S : Pasien mengatakan terkadang nyeri timbul saat batuk, tetapi saat ini sudah tidak nyeri.
- O : Keadaan umum pasien tampak lemah, pasien menahan nyeri ketika batuk, terdapat nyeri tekan pada dada kanan, skala nyeri 2 (sedang), pasien tidak gelisah, vital sign TD: 100/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit
- A : Masalah teratasi sebagian.

P : Intervensi 1 – 4 dipertahankan dan dilimpahkan kepada perawat ruangan multazam.

3. Diagnosa keperawatan 3

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

Catatan perkembangan tanggal 08 Mei 2015

S : Pasien mengatakan setiap kali beraktivitas (berpindah posisi dari tidurnya) nafasnya terasa sesak, badan klien terasa lemah.

O : Keadaan umum pasien tampak lemah, aktivitas pasien terbatas, dibantu oleh keluarga, pasien tampak sesak ketika beraktivitas, SGOT : 74 [u/L], SGPT :59 [u/L]

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi 1,2,3 dan 6 di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 09 Mei 2015

S : Pasien mengatakan saat beraktivitas tubuhnya masih sedikit lemah tapi pasien sudah dapat melakukan aktivitas sedikit demi sedikit

O : Keadaan umum pasien tampak lemah, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, pasien tampak sesak ketika beraktivitas, pasien sudah mampu melakukan aktivitas mandiri sedikit demi sedikit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi 1,2,3 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 10 Mei 2015

S : Pasien mengatakan kondisinya sudah mulai membaik, badannya sudah tidak lemah.

O : Keadaan umum pasien sedikit lemah, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, pasien sudah mampu melakukan aktivitas mandiri

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan.

4. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk produktif.

Catatan perkembangan tanggal 08 Mei 2015

S : Pasien mengatakan tidurnya sering terbangun karena batuknya.

O : Pasien tidur kurang lebih 6 jam/ hari, siang 1 jam, malam 5 jam, pasien tampak gelisah, mata pasien tampak cekung dan terlihat adanya lingkaran hitam, TD : 100/60 mmHg, Nadi : 80x/menit.

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 09 Mei 2015

S : Pasien mengatakan terkadang tidurnya masih sering terbangun karena batuknya.

O : Keadaan umum pasien lemah, mata pasien tampak cekung dan terlihat adanya lingkaran hitam, pasien tampak gelisah, TD : 100/70 mmHg, Nadi : 80 x/menit.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi 1,3 dan 4 dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 10 Mei 2015

S : Pasien mengatakan terkadang tidurnya masih sering terbangun.

- O : Keadaan umum pasien lemah, pasien tampak gelisah, mata pasien tampak cekung, TD : 100/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit.
- A : Masalah teratasi sebagian
- P : Intervensi 1,3 dan 4 dipertahankan dan dilimpahkan kepada perawat ruangan multazam.