

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis menyajikan Asuhan Keperawatan Pasien Asma Bronkhial diruang Jabal Nur Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya. Dilakukan mulai tanggal 4 Mei 2015 sampai tanggal 6 Mei 2015.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 Mei 2015 pukul 11.00 WIB.

3.1.1 Pengumpulan data

1. Identitas pasien

Pasien dengan nama Tn. S umur 40 tahun jenis kelamin laki-laki alamat Sidotopo Wetan Mulia gang 03 no 67. Agama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai wiraswasta, suku Jawa bangsa Indonesia, diagnosa medis *asma bronkhialis* tanggal masuk 3 Mei 2015. No RM 02.94.30 sumber informasi pasien, dan keluarga. Penanggung jawab nama Ny. S umur 35 tahun jenis kelamin perempuan alamat Sidotopo Wetan Mulia gang 03 no 67. Agama Islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, Suku Jawa bangsa Indonesia, Hubungan dengan pasien adalah istri.

2. Keluhan utama :

Sesak nafas.

3. Riwayat kesehatan :

1. Riwayat kesehatan / penyakit sekarang :

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit sesak nafas muncul pada waktu pagi hari selama 5 hari dan batuk disertai dahak berwarna putih kental dan keluhan muncul terutama secara tiba-tiba saat pasien nyantai dirumah, pasien merasa sesak, namun sesak berkurang setelah klien duduk istirahat, kemudian keluarga pasien membawa pasien berobat ke UGD Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 3 Mei 2015 pukul 10.00 WIB dan MRS. Pada saat melakukan pengkajian tanggal 4 Mei 2015 jam 09.00 WIB pasien mengatakan sesak, batuk dengan dahak warna putih kental, dan pasien tampak sulit bernafas dan terdapat otot bantu pernafasan, pasien tampak batuk disertai dahak, nafsu makan menurun dan mukosa bibir kering, auskultasi terdengar suara nafas tambahan (*wheezing, ronchi*) pada bronkus, dan terpasang O2 kanul nasal 4 lpm.

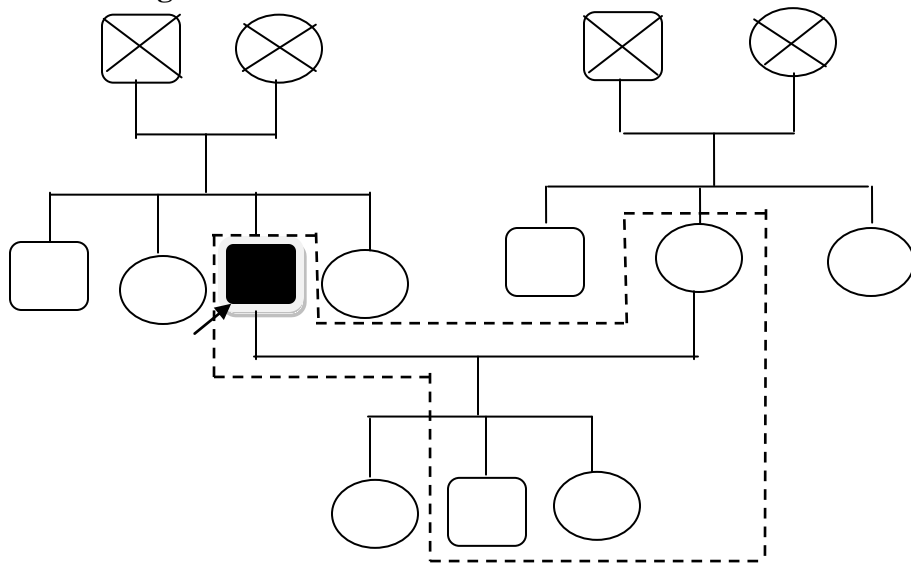
2. Riwayat kesehatan / penyakit dahulu :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat asma sejak kecil usia 5 tahun pada tahun 1980. Pasien tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi. Pasien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.

3. Riwayat kesehatan / penyakit keluarga :

Pasien mengatakan dari keluarga ada yang menderita penyakit asma seperti pasien yakni ibu pasien yang menderita penyakit seperti pasien, dan tidak ada penyakit menurun seperti diabetes militus, hipertensi dan penyakit menular seperti tubercolosis, dan hepatitis.

4. Genogram :



Keterangan:



= Laki-laki



= Perempuan



= Laki-laki meninggal



= Perempuan meninggal



= Pasien



= Tinggal satu rumah

5. Pola Fungsi Kesehatan :

1. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Sebelum Masuk Rumah Sakit : bila pasien mengalami penyakit Asmanya kambuh, pasien berobat ke klinik terdekat. Mandi sehari 3 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, ganti baju 2 hari sekali.

Masuk Rumah Sakit : Pasien tidak mandi melainkan hanya diseka 2 kali sehari dengan menggunakan air dan sabun mandi, pasien gosok gigi, tetapi belum keramas.

Masalah Keperawatan :

Personal hygien

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan komposisi nasi, lauk pauk, dan sayur – sayuran. Pasien mengatakan minum 6 – 7 gelas hari, BB : 50 kg.

Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan tidak nafsu makan saat dada terasa sesak dan perut terasa mual, mukosa bibir kering, pasien mengatakan makan nasi dan lauk pauk yang disediakan oleh Rumah Sakit dan dengan diet TKTP, pasien mengatakan makan 3x sehari setengah porsi dari yang disediakan rumah sakit, dan minum 5 gelas perhari, BB : 45 kg.

Masalah Keperawatan :

Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh.

3. Eliminasi Alvi

Sebelum Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan buang air besar (BAB) 1 kali sehari dengan karakteristik lunak, warna kuning, dan baunya khas.

Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan selama masuk Rumah Sakit sudah buang air besar BAB 2 kali dengan karakteristik lunak, warna kuning, dan baunya khas.

4. Eliminasi Uri

Sebelum Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan buang air kecil (BAK) 5 – 6 kali sehari dengan warna kuning, dan jumlahnya tidak terevaluasi.

Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan buang air kecil (BAK) 4 – 5 kali sehari dengan warna kuning, dan jumlahnya tidak terevaluasi.

Masalah Keperawatan :

-

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan tidur siang 1 – 2 jam, pada malam hari 6 – 8jam, dan tidurnya nyenyak.

Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan jarang tidur siang, pasien menyatakan sejak mulai sakit pasien sulit untuk memulai tidur pada malam hari karena timbul sesak dan batuk sewaktu – waktu, pasien bedrest, jadi total tidur pasien kurang lebih 5 jam / hari.

Masalah Keperawatan :

Gangguan pola tidur.

6. Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan sehari – hari mengerjakan pekerjaan rumah yang dirasakan masih mampu untuk dilakukannya dan kerja wiraswasta bidang jasa.

Masuk Rumah Sakit : pasien sesak, dan hanya bisa berbaring di tempat tidur saja (semi fowler) dan aktifitas sehari – hari (makan, minum, BAB, BAK) dibantu oleh istrinya.

Masalah Keperawatan :

Intoleransi aktifitas.

7. Pola Persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : pasien mengatakan menerima dengan keadaan penyakitnya saat ini.

Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

Ideal diri : pasien mengatakan berharap agar penyakit yang dideritanya saat ini bisa cepat sembuh.

Peran : pasien mengatakan perannya sebagai seorang kepala rumah tangga dan suami dari kedua anak – anaknya tidak maksimal karena harus dirawat di rumah sakit.

Identitas diri : pasien berjenis kelamin laki – laki, klien bernama Tn.S, pasien berumur 40 tahun.

Masalah Keperawatan :

-

8. Pola Sensori dan Kognitif

Sensori : Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada 5 panca indranya seperti : penglihatan, penciuman, pendengaran, perabaan, dan pengecap semuanya berfungsi dengan baik / normal. Bahasa yang digunakan pasien adalah bahasa jawa dan Indonesia.

Kognitif : Pasien mengeti tentang penyakitnya.

Masalah Keperawatan:

-

9. Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan adalah seseorang laki – laki, pasien mempunyai 2 anak, dan melakukan hubungan seksual dengan istrinya tanpa ada keluhan.

Masalah Keperawatan :

-

10. Pola Hubungan Peran

Sebelum Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan hubungan dengan anggota keluarga dan masyarakat terjalin baik dan berperan sebagai kepala rumah tangga.

Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan hubungan dengan perawat, dokter, serta pasien lain terjalin dengan baik, pasien kooperatif dengan petugas kesehatan.

Masalah Keperawatan :

-

11. Pola Penanggulangan Stres

Pasien mengatakan dalam pengambilan keputusan di bantu oleh keluarga.

Masalah Keperawatan :

-

12. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Sebelum Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan beragama Islam, pasien melaksanakan sholat 5 waktu.

Masuk Rumah Sakit : pasien mengatakan bisa menjalankan sholat 5 waktu, dan pasien berdo'a untuk kesembuhan penyakitnya.

Masalah Keperawatan :

-

6. Pemeriksaan Fisik

1. Status kesehatan umum

Kesadaran pasien composmentis, keadaan umum lemah, TTV (tanda – tanda vital) di peroleh TD (tekanan darah) 120/80 mmHg, S (suhu) 36.5 C, N (nadi) 80 x/ mnt, RR (respiratory rate) 30 x/ mnt (irama tidak teratur), jenis pernafasan ireguler, kedalamannya regular, dan sekret putih kental.

2. Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, rambut berwarna hitam, dan tidak ada nyeri tekan.

3. Muka

Bentuk muka simetris, tidak ada lesi, dan ekspresi wajah tampak gelisah.

4. Mata

Bentuk mata simetris, kelopak mata bersih, konjungtiva merah muda, tidak ada peradangan, pergerakan bola mata simetris kanan dan kiri, pupil reflek cahaya kanan dan kiri baik.

5. Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada peradangan atau pendarahan, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri tekan.

6. Hidung

Bentuk hidung simetris, lubang hidung terdapat bulu dan sekret, tidak ada lesi, pernafasan cuping hidung, dan tidak ada nyeri tekan.

7. Mulut dan faring

Bentuk simetris, mukosa bibir kering, tidak ada pendarahan pada gusi, lidah tampak bersih, tidak terjadi pembesaran tonsil, dan tidak ada karies gigi.

8. Leher

Bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan nadi karotis teraba.

9. Thorak

a. Inspeksi : tampak sesak, irama nafas lambat dan dalam, ekspirasi lebih panjang dari pada inspirasi, pergerakan dada kanan dan kiri simetris, terpasang O₂ kanul 4 lpm, dan RR : 30 x/m.

b. Palpasi : tidak ada nyeri tekan

- c. Perkusi : suara sonor pada paru, dan suara redup pada jantung.
- d. Auskultasi : terdapat suara nafas tambahan wheezing dan ronchi.

10. Abdomen

- a. Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak terdapat pembesaran organ hati.
- b. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, dan tidak terdapat benjolan pada abdomen.
- c. Perkusi : tidak kembung.
- d. Auskultasi : bising usus terdengar normal 10 x/ mnt.

11. Inguinal, genital, dan Anus

Tidak ada benjolan, tidak ada kelainan pada genetalia dan anus, tidak ada hemoroid, dan sekitar genetalia dan anus bersih.

12. Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak ada pembengkakan, akral hangat CRT < 2 detik, tidak didapatkan sianosis. dan tidak ada nyeri tekan.

13. Ekstremitas dan neurologis

GCS 456, tingkat kesadaran composmentis, dan pada tangan kanan terpasang infus.

7. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 4 Mei 2015.

SGOT : 40 u/l (nilai normal <31)

SGPT : 35 u/l (nilai normal <32)

Billirubin direct	: 0,90 mg/dl (nilai normal < 0,25)
BUN	: 18,5 mg/dl (nilai normal 10,0 – 20,0)
Creatinin	: 0,85 g/ml (nilai normal <1,20)
Billirubin Total	: 1,37 mg/dl (nilai normal <100,00)
Leokosit	: 14,7 x 10,3/ul (nilai normal 5,0 – 10,0)
HGB	: 14,3 g/dl (nilai normal 13,2 – 17,3 gr%)
Trombosit	: 365 x 10,3/ul (nilai normal 150 – 400)
LED	: 50

2. Pemeriksaan radiologi

Tanggal 5 Mei 2015

Thorak AP

3. Pemeriksaan lain – lain

Tanggal 5 Mei 2015

EKG : sinus takikardi

4. Terapi

Terapi pada tanggal 4 Mei 2015, farmakologik yang doberikan pada pasien, Ceftazidimin 3x1 gr, tymelon 3x1/2, Metilprednisalon 2x1/2, Codein 3x15 tab, Neurobion drip infuse, Aminophilin ½ ampul drip infuse 10 tetes / menit. Terapi bronkodilator melalui nebulizer yaitu ventolin 3x2 mg. Terapi O₂ lewat nasal kanule 4 lpm , infuse RL (*ringer laktat*) 2 : 2, 20 tetes/ menit, dan Diit TKTP.

3.1.2 Analisa Data

Analisa data yang dilakukan pada tanggal 4 Mei 2015 jam 12.00 WIB.

Pada Tn. S umur 40 tahun diruang Jabal Nur dengan nomor register 10.68.63 ditemukan data focus sebagai berikut :

Tanggal 4 Mei 2015 jam 12 WIB.

1. Analisa data yang pertama
 - a. Data Subjektif : Pasien mengatakan sesak nafas, pasien mengatakan batuk mengeluarkan dahak berwarna putih kental.
 - b. Data Objektif : Pasien tampak sulit bernafas dan terdapat otot bantu nafas, pasien tampak batuk dan agak sulit mengeluarkan dahak, auskultasi terdengar suara nafas tambahan (*wheezing, ronchi*) pada bronkus, terpasang O₂ kanul nasal 4 lpm, TD : 120/80 mmHg, RR (respiratory rate) 30 x / menit, Nadi : 80 x/ menit, posisi tidur semi fowler.

Masalah : Ketidak efektifan bersihan jalan nafas.

Etiologi : Adanya peningkatan produksi sputum.

Tanggal 4 Mei 2015 jam 12.00 WIB.

2. Analisis data yang kedua
 - a. Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak nafsu makan saat dada terasa sesak, dan mual.

- b. Data Objektif : Pasien makan 3 x /hari diet TKTP habis setengah porsi dari yang disediakan rumah sakit dan minum 5 gelas perhari, pasien tampak sesak dan batuk, mukosa bibir tampak kering, BB SMRS : 50 kg, dan BB MRS : 45 kg.

Masalah : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Etiologi : Anoreksia.

Tanggal 4 Mei 2015 jam 13.00 WIB

- 3. Analisa data yang ketiga
 - a. Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak dapat beraktifitas selama sakit, pasien merasa lemas dan sesak ketika beraktifitas dan oksigen dilepas.
 - b. Data Objektif : Pasien terlihat sering di tempat tidur, pasien tampak belum keramas, aktivitas pasien dibantu keluarga, terpasang O₂ kanul 4 lpm, TTV : TD : 120/70 mmHg, N : 80 x / menit, RR : 30 x /menit.

Masalah : Intoleransi Aktivitas.

Etiologi : Ketidakseimbangan suplai oksigen.

Tanggal 4 Mei 2015 jam 09.00 WIB

4. Analisa data yang keempat
 - a. Data Subjektif : Pasien menyatakan sejak mulai sakit pasien sulit untuk memulai tidur pada malam hari karena timbul sesak dan batuk sewaktu – waktu.
 - b. Data Objektif : Pasien tidur kurang lebih 5 jam / hari, pasien bedrest, pasien tampak gelisah, terpasang O₂ kanul 4 lpm, TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80 x / menit, RR : 30 x /menit.

Masalah : Gangguan Pola Tidur.

Etiologi : Sesak nafas.

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan adanya peningkatan produksi sputum ditandai dengan produksi sputum yang meningkat.
2. Ketidakseimbangan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan nafsu makan menurun ketika sesak.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ditandai dengan kelemahan beraktifitas karena sesak.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak ditandai dengan pernafasan meningkat.

3.3 Intervensi Keperawatan

3.3.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan adanya peningkatan produksi sputum ditandai dengan produksi sputum yang meningkat.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam bersihan jalan nafas efektif.

Kriteria hasil : Pernafasan klien normal (16 – 20 x/ menit), tidak ada suara nafas tambahan dan wheezing, dan keluhan sesak berkurang.

Rencana Tindakan :

1. Kaji pola nafas, dan bunyi nafas, misalnya wheezing atau ronchi.

Rasional : Untuk mengetahui keadaan pola nafas, dan bunyi nafas pasien.

2. Observasi TTV.

Rasional : dengan mengkaji TTV dapat mengetahui keadaan umum pasien.

3. Berikan pasien posisi yang nyaman misalnya peninggian kepala tempat tidur atau posisi setengah duduk (semi fowler).

Rasional : peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan.

4. Ajari cara batuk efektif yakni tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3x yang terakhir langsung di batukkan.

Rasional : Untuk mempermudah pasien dalam proses pengeluaran sputum.

5. Pertahankan intake cairan sedikitnya 2500 ml/hari kecuali tidak ada indikasi.

Rasional : Untuk mengetahui keseimbangan intake dan output agar membantu mengencerkan secret dan mengefektifkan jalan nafas.

6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi : bronkodilator, nebulizer ventolin.

Rasional : Untuk merilekskan otot halus dan menurunkan spasme jalan nafas, mengi, dan produksi mukosa.

3.3.2 Diagnosa Keperawatan Kedua

Ketidakseimbangan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan nafsu makan menurun ketika sesak.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam kebutuhan nutrisi dapat dipenuhi dan dalam batas normal.

Kriteria hasil : berat badan meningkat, nafsu makan pasien meningkat, porsi yang disediakan habis. dan pasien makan 3 kali /hari.

Rencana Tindakan :

1. Kaji pengetahuan pasien tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh.

Rasional : Pengetahuan yang kurang tentang nutrisi mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

2. Berikan penjelasan tentang pentingnya nutrisi yang adekuat bagi tubuh.

Rasional : Pengetahuan yang adekuat akan meningkatkan pemahaman tentang pentingnya nutrisi didalam tubuh.

3. Anjurkan pasien makan sedikit sedikit tapi sering.

Rasional : meningkatkan asupan makanan.

4. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang sangat panas dan dingin.

Rasional : Makanan yang panas dan dingin dapat meningkatkan produksi sputum dan batuk.

5. Berikan suasana nyaman pada saat pasien makan.

Rasional : untuk menambah semangat pasien pada saat makan.

6. Kolaborasi dengan tim gizi dalam memberikan makanan yang mudah dicerna dan nutrisi seimbang.

Rasional : berguna untuk menentukan kebutuhan kalori, menyusun berat badan.

3.3.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ditandai dengan kelemahan beraktifitas karna sesak.

Tujuan: pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam.

Kriteria hasil : Menunjukkan peningkatan intoleransi aktivitas yang dapat diukur dengan tak adanya dipsnea, menunjukkan peningkatan aktivitas secara

bertahap, dan mampu mempertahankan frekuensi pernafasan dalam batas normal yaitu : nadi : 80-100 x/m, RR: 18-24 x/m.

Intevensi :

1. Kaji aktifitas yang dilakukan pasien.

Rasional: mengetahui perkembangan aktivitas pasien.

2. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang kebutuhan aktifitas yang diinginkan.

Rasional: HE dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan aktivitasnya.

3. Anjurkan pasien untuk melakukan latihan secara teratur, seperti: berjalan perlahan atau latihan lainnya.

Rasional: meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan O₂.

4. Tingkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kemampuan pasien.

Rasional: untuk meningkatkan kepercayaan diri sesuai tingkat kemampuan aktivitas pasien.

5. Pantau TTV sebelum dan sesudah beraktivitas.

Rasional: mengidentifikasi tingkat aktivitas.

3.3.4 Diagnosa Keperawatan Keempat

Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak ditandai dengan pernafasan meningkat.

Tujuan : Tidak terjadi gangguan pola tidur selama 3 x 24 jam dan kebutuhan istirahat terpenuhi.

Kriteria hasil : Pasien tidak sesak nafas, pasien dapat tidur dengan nyaman tanpa mengalami gangguan, dan pasien beristirahat atau tidur dalam waktu 7-8 jam per hari.

Rencana tindakan :

1. Beri posisi senyaman mungkin bagi pasien.

Rasional : Posisi semi fowler atau posisi yang menyenangkan akan memperlancar peredaran O₂ dan CO₂.

2. Anjurkan pasien untuk latihan relaksasi sebelum tidur.

Rasional : Relaksasi dapat membantu mengatasi gangguan tidur.

3. Berikan lingkungan yang nyaman dan tenang.

Rasional : Dengan lingkungan yang nyaman dan tenang kebutuhan tidur pasien tercukupi.

4. Observasi TTV

Rasional : Dengan mengkaji TTV dapat mengetahui keadaan umum pasien.

5. Kolaborasi dengan dokter pemberian O₂.

Rasional : Untuk mengurangi sesak ketika pasien sedang tidur.

3.4 Implementasi Keperawatan

3.4.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan adanya peningkatan produksi sputum ditandai dengan produksi sputum yang meningkat.

Tanggal 4 Mei 2015.

Rencana tindakan :

1. Jam 11.00. Kaji pola nafas dan bunyi nafas pasien.

Respon : Pola nafas tidak efektif, bunyi nafas ronchi.

2. Jam 11.30. Mengkaji keadaan umum pasien dan mengobservasi TTV.

Respon : keadaan umum pasien cukup, TD : 120/80 mmHg, N : 80x /m, S : 36,5 RR : 30x /m.

3. Jam 12.00. Memberikan posisi semi fowler.

4. Jam 12.30. Memberikan penjelasan dan menganjurkan cara batuk efektif dengan cara tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3x yang terakhir langsung dibatukkan.

Respon : Pasien kooperatif, dan pasien mempraktikkan cara batuk efektif.

5. Jam : 13.00. Mempertahankan intake cairan dengan cara memberikan cairan infuse sesuai advis dan minum air sedikitnya 2500 ml /hari.

Respon : Pasien bersedia untuk di gantikan infuse dan mau minum air sesuai kebutuhan.

6. Jam 13.30. Memberikan O₂ kanul nasal 4 lpm.

Respon : pasien kooperatif dengan RR : 30x/m.

Tanggal 5 Mei 2015.

1. Jam 08.00. Mengkaji pola nafas dan bunyi nafas pasien.

Respon : Pola nafas tidak efektif, bunyi nafas ronchi.

2. Jam 09.30. Mengkaji keadaan umum pasien dan mengobservasi TTV.

Respon : keadaan umum pasien cukup, TD : 120/80 mmHg, N : 80x /m, S : 36,5, RR : 30x /m.

3. Jam 10.00. Memberikan posisi yang nyaman.

Respon : Posisi pasien semi fowler.

4. Jam 10.30. Memberikan penjelasan dan mengajurkan cara batuk efektif dengan cara tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3x yang terakhir langsung dibatukkan.

Respon : Pasien kooperatif, dan pasien mempraktikkan cara batuk efektif.

5. Jam : 11.00. Menggantikan cairan infuse RL 2 : 2.

Respon : Pasien bersedia untuk di gantikan infuse.

6. Jam 12.00. Memberikan O₂ kanul nasal 4 lpm.

Respon : Pasien kooperatif.

7. Jam 13.00. Memberikan injeksi intra vena pada pasien yaitu ceftadizimine 3x1 gr, tymelon 3x1/2 gr.

Respon : Pasien kooperatif.

Tanggal 6 Mei 2015.

1. Jam 08.00. Mengkaji pola nafas dan bunyi nafas pasien.

Respon : Pola nafas efektif, tidak ada suara nafas tambahan, dan RR : 18x /menit .

2. Jam 09.30. Mengkaji dan mengobsevasi keadaan umum pasien.

Respon : keadaan umum pasien baik.

3. Jam 09.33. Menganjurkan pasien untuk istirahat.

Respon : Pasien kooperatif.

4. Jam 10.40. Memonitor vital sign.

Respon : TD 110/80, Nadi 80, suhu 36 dan RR 18.

5. Jam 11.15. Melakukan Up infuse dan melepaskan O₂ nassal kanul

Respon : pasien mampu bernafas mandiri.

6. Pasien KRS.

3.4.2 Diagnosa Keperawatan Kedua

Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan nafsu makan menurun ketika sesak.

Tanggal 4 Mei 2015.

1. Jam 11.00. Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi yang adekuat bagi tubuh.

Respon : Pasien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi yang adekuat bagi tubuh.

2. Jam 11.05. Memberikan posisi yang nyaman buat pasien ketika mau makan.

Respon : Posisi pasien semi fowler.

3. Jam 11.10. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit-sedikit tapi sering.

Respon : Pasien kooperatif dengan makan sedikit-sedikit habis setengah porsi dari yang disediakan rumah sakit.

4. Melakukan kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian gizi yang seimbang dan pola diit buat pasien.

Respon : pola diet pasien TKTP.

Tanggal 5 Mei 2015.

1. Jam 11.00. Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi yang adekuat bagi tubuh.

Respon : Pasien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi yang adekuat bagi tubuh.

2. Jam 11.05. Memberikan posisi yang nyaman buat pasien ketika mau makan.

Respon : Posisi pasien semi fowler.

3. Jam 11.10. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit-sedikit tapi sering.

Respon : Pasien kooperatif dengan makan sedikit-sedikit habis setengah porsi dari yang disediakan rumah sakit.

4. Melakukan kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian gizi yang seimbang dan pola diit buat pasien.

Respon : pola diet pasien TKTP.

5. Jam 18.00. Mengganti cairan RL 20 tpm.

Respon : infus lancar.

6. Jam 18.30. Memberikan cairan aquades ke dalam humidifair.

Respon : Pasien tersenyum dan mengucapkan terima kasih.

Tanggal 6 Mei 2015.

1. Jam 11.00. Mengatur posisi pasien.

Respon : Posisi pasien semi fowler.

2. Jam 11.05. Memberikan posisi yang nyaman buat pasien ketika mau makan.

Respon : Posisi pasien semi fowler.

3. Jam 11.10. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit-sedikit tapi sering.

Respon : Pasien kooperatif dengan makan sedikit-sedikit habis setengah porsi dari yang disediakan rumah sakit.

4. Jam 15.00. Melepas oksigen kanula nasal

Respon : Pasien mampu bernafas mandiri.

5. Pasien KRS.

3.4.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga

Intoleransi akifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ditandai dengan kelemahan beraktifitas karna sesak.

1. Jam 10.00. Menganjurkan pasien untuk mencoba beraktivitas mandiri dengan cara berjalan ke kamar mandi secara mandiri dan berjalan-jalan sekitar ruangan perawatan.

Respon : Pasien mencoba melakukan aktifitas walaupun terbatas.

2. Jam 11.00. Memonitoring tanda-tanda vital

Respon : TD 110/80 mmHg, Nadi 87 x/menit, RR 22x/menit.

Tanggal 5 Mei 2015 jam 14.00 WIB.

1. Jam 14.00. Memonitoring tanda-tanda vital

Respon : TD 110/80 mmHg, Nadi 87 x/menit, RR 22x/menit.

2. Jam 15.00. Memonitoring O₂

Respon : pasien kooperatif dan O₂ masih terpenuhi, RR 21 x /m.

Tanggal 6 Mei 2015 jam 14.00 WIB.

1. Jam 14.00. Memonitoring tanda-tanda vital

Respon : 110/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, suhu 36,9°C dan RR 23.

2. Jam 15.00 . Melepas oksigen kanula nasal

Respon : Respon : pasien mampu bernafas mandiri tanpa mengalami sesak lagi.

3. Pasien KRS.

3.4.4 Diagnosa Keperawatan Keempat

Gangguan pola tidur dan istirahat berhubungan dengan sesak ditandai dengan pernafasan meningkat.

Tanggal 4 Mei 2015 jam 10.00 WIB.

1. Jam 11.00. Memberikan posisi pasien semi fowler.
2. Jam 11.00. Memonitoring tanda-tanda vital

Respon : TD 110/80 mmHg, Nadi 87 x/menit, RR 22x/menit.

3. Jam 13.00. Memberikan injeksi intra vena pada pasien yaitu ceftadizimine
3x1 gr, tymelon 3x1/2 gr.
Respon : Pasien kooperatif.

Tanggal 5 Mei 2015 jam 13.00 WIB.

1. Jam 13.05. Mengatur posisi pasien semi fowler.

Respon : Posisi pasien semi fowler.

2. Jam 15.00. Mengajarkan tehnik relaksasi, nafas dalam.

Respon : pasien kooperatif.

3. Jam 16.00. Mengganti cairan infuse RL.

Respon : infus lancar dengan tetesan 14 tpm.

Tanggal 6 Mei 2015.

1. jam 14.00. Memonitoring tanda-tanda vital.

Respon : 110/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, suhu 36,9°C dan RR 23.

2. Jam 15.00. Melepas oksigen kanula nasal

Respon : Respon : pasien mampu bernafas mandiri.

3. Pasien KRS.

3.5 Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada evaluasi diperoleh data dari diagnosa pertama sampai keempat dengan catatan perkembangan.

3.5.1 Catatan Perkembangan

1. Diagnosa pertama

Ketidak efektifan jalan nafas yang berhubungan dengan adanya peningkatan produksi sputum ditandai dengan produksi sputum meningkat.

Tanggal 4 Mei 2015 jam 12.00 WIB.

S : Pasien mengatakan sesak, pasien mengatakan batuk mengeluarkan dahak berwarna putih kental.

O : Pasien tampak sulit bernafas dan terdapat otot bantu nafas, pasien tampak batuk dan agak sulit mengeluarkan dahak, auskultasi terdengar suara nafas tambahan (*wheezing, ronchi*) pada bronkus, terpasang O₂ kanul nasal 4 lpm, TD : 120/80 mmHg, RR (respiratory rate) 30 x / menit, Nadi : 80 x/ menit, posisi tidur semi fowler.

A : Masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 dan 6.

Tanggal 5 Mei 2015 jam 11.00 WIB.

S : Pasien mengatakan sesak masih terasa apabila digunakan beraktivitas seperti ke kamar mandi, pasien mengatakan batuk masih mengeluarkan dahak berwarna putih tetapi sedikit-sedikit.

O : Pasien masih kelihatan batuk dan sesak dengan dahak warna putih dan jumlahnya berkurang, posisi semi fowler atau setengah duduk, TTV (TD : 120/80 mmHg, S : 36,5 C, RR : 18x / menit), terpasang O₂ nassal kanul 4 lpm dan terpasang infuse RL 14 tpm.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan no 1,2,3,4 dan 6.

Tanggal 6 Mei 2015 jam 10.00 WIB.

S : Pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang, pasien mengatakan sudah tidak sesak apabila digunakan jalan-jalan.

O : Pasien masih kelihatan batuk dan sesak dengan dahak warna putih dan jumlahnya berkurang, posisi semi fowler atau setengah duduk, TTV (TD : 120/80 mmHg, S : 36,5 C, RR : 18x / menit).

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dipertahankan no 1,2,3,4 dan 6.

2 Diagnosa kedua

Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan nafsu makan menurun ketika sesak.

Tanggal 4 Mei 2015 jam 11.00 WIB.

S : Pasien mengatakan tidak nafsu makan saat dada terasa sesak, dan mual.

O : Pasien makan 3 x /hari diet TKTP habis setengah porsi dari yang disediakan rumah sakit, pasien tampak sesak dan batuk, mukosa bibir tampak kering, BB SMRS : 50 kg, dan BB MRS : 45 kg.

A : Masalah belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 dan 6.

Tanggal 5 Mei 2015 jam 14.00 WIB.

S : Pasien mengatakan rasa mual sudah lumayan berkurang, dan nafsu makan lumayan meningkat, pasien mengatakan diet dihabiskan $\frac{1}{4}$ porsi dari yang disediakan dari RS.

O : Diet TKTP dari RS dihabiskan $\frac{1}{4}$ porsi, bibir agak terlihat lembab, makanan yang disediakan dari RS langsung di makan.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Pertahankan intervensi no 1,2,3,4 dan 6.

Tanggal 6 Mei 2015 jam 10.00 WIB.

S : Pasien mengatakan nafsu makan enak dan tidak merasa mual lagi, pasien mengatakan makanan yang disediakan RS dihabiskan 1 porsi dan kadang juga sering nambah dan ngemil juga.

O : Diet yang disediakan oleh pihak RS habis 1 porsi, nafsu makan meningkat karena disamping dapat makanan dari RS pasien juga makan-makanan yang dibawakan oleh keluarga.

A : Masalah teratasi.

P : Pertahankan intervensi no 1,2,3,4 dan 6.

3 Diagnosa ketiga

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ditandai dengan kelemahan beraktifitas karena sesak.

Tanggal 4 Mei 2015 jam 13.00 WIB.

S : Pasien mengatakan tidak dapat beraktifitas selama sakit, pasien merasa lemas dan sesak ketika beraktifitas dan oksigen dilepas.

O : Pasien terlihat sering di tempat tidur, pasien tampak belum keramas, aktivitas pasien dibantu keluarga, terpasang O₂ kanul 4 lpm, TTV : TD : 120/70 mmHg, N : 80 x / menit, RR : 30 x /menit.

A : Masalah belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4 dan 6.

Tanggal 5 Mei 2015 jam 13.00 WIB.

S : Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

O : pasien masih dibantu oleh istrinya jika ingin ke kamar mandi, pasien belum mampu makan dan minum sendiri.

A : Masalah belum teratasi.

P : Intervensi dipertahankan no 1,2,3,4 dan 6.

Tanggal 6 Mei 2015 jam 13.00 WIB.

S : Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

O : Pasien masih kesulitan bernafas jika melakukan aktivitas sendiri.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4 dan 6.

4 Diagnosa keempat

Gangguan pola tidur dan istirahat berhubungan dengan sesak ditandai dengan pernafasan meningkat.

Tanggal 4 Mei 2015 jam 11.00 WIB.

S : Pasien menyatakan sejak mulai sakit pasien sulit untuk memulai tidur pada malam hari karena timbul sesak dan batuk sewaktu – waktu.

O : Pasien tidur kurang lebih 5 jam / hari, pasien bedrest, pasien tampak gelisah, terpasang O₂ kanul 4 lpm, TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80 x / menit, RR : 30 x /menit.

A : Masalah belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan no 1, 2, 3,4 dan 6.

Tanggal 5 Mei 2015 jam 14.00 WIB.

S : Pasien menyatakan bisa tidur pada malam hari tapi sering bangun karena timbul sesak dan batuk sewaktu – waktu.

O : Pasien tidur kurang lebih 5 jam / hari, pasien bedrest, pasien tampak gelisah, terpasang O₂ kanul 4 lpm, TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80 x / menit, RR : 30 x /menit.

A : Masalah belum teratasi.

P : Intervensi dipertahankan no 1,2,3,4 dan 6.

Tanggal 6 Mei 2015 jam 13.00 WIB.

S : Pasien menyatakan sudah bisa tidur pada malam hari, sesak dan batuk sewaktu – waktu berkurang.

O : Pasien tidur kurang lebih 5 jam / hari, pasien bedrest, pasien tampak gelisah, terpasang O₂ kanul 4 lpm, TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80 x / menit, RR : 30 x /menit.

A : Masalah teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4 dan 6.