

## **BAB 3**

### **TINJAUAN STUDI KASUS**

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Nama	: Tn.Z
Jenis kelamin	: Laki-laki
Usia	: 63 tahun
Pendidikan	: SLTA
Nomor. RM	: 01002991
Ruang Rawat Inap	: Jasmin
Alamat	: Jl. Taskurun No.103 Pekanbaru
Pekerjaan	: Karyawan SPBU
Tanggal pengkajian	: 13 April 2020
Tanggal masuk	: 08 April 2020
Diagnosa medis	: Penyakit Paru Obstruktif Kronik
Agama	: Islam
Suku/ bangsa	: Minang/ Indonesia
Penanggung Jawab	: Ny.M (Anak)

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Keluarga mengatakan Tn.Z mengalami sesak nafas sudah dirasakan selama  $\leq$  3 bulan dan sesak mulai terasa saat melakukan aktifitas maupun setelah aktifitas, kesulitan mengeluarkan dahak saat batuk dan semua kebutuhan sehari-hari Tn.Z dibantu oleh keluarga untuk mengurangi keluhan sesak Tn.Z.

### 3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

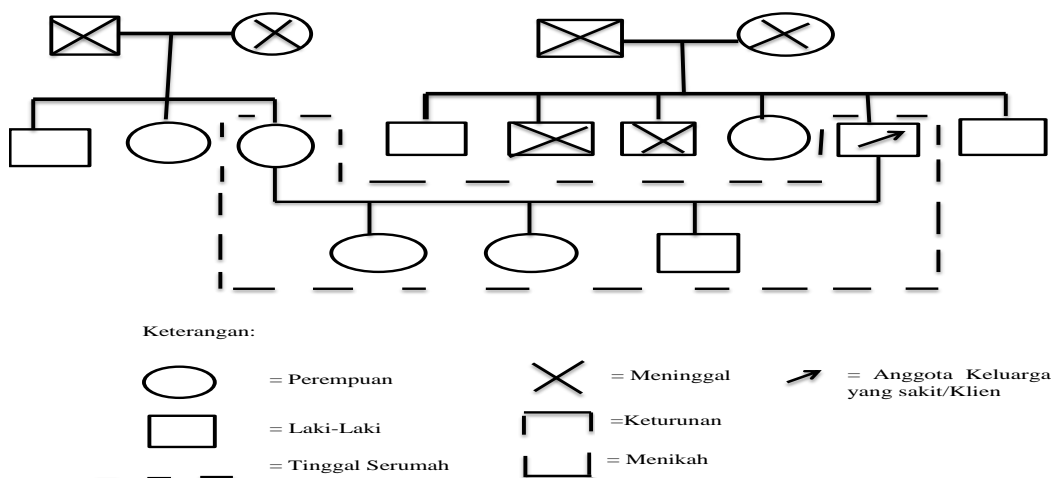
Kronologi penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di rawat ke RS secara lengkap (PQRST).

- a. P (*Paliativ*): sesak mulai dirasakan saat kesulitan mengeluarkan dahak saat batuk dan sesak nafas setelah melakukan aktifitas sehari-hari.
- b. Q (*Quantity*): dada terasa sesak dan berat seperti tercekik dan terhambat untuk bernafas.
- c. R (*Ragion*): dada terasa sesak bagian sebelah kanan dan terasa menyebar ketika sesak.
- d. S (*Severity*): skala nyeri 4 dan derajat sesak yang dinilai perawat dirasakan 3 Tn.Z tampak sesak nafas terasa lebih berat, terdapat penurunan aktifitas dan mudah lelah.
- e. T (*Timing*): keluhan mulai dirasakan mendadak saat setelah banyak melakukan aktifitas dan batuk yang sulit mengeluarkan dahak. Durasi waktu tidak bisa ditentukan.

### 3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga Tn.Z mengatakan bahwa Tn.Z pernah mempunyai penyakit hernia inguinalis  $\leq$  1 tahun yang lalu. Tn.Z juga memiliki riwayat penyakit hipertensi 1 tahun yang lalu.

### 3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga



Keluarga Tn.Z mengatakan dalam keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit tertentu, hanya Tn.Z yang mengalami PPOK yang dahulunya mempunyai kebiasaan merokok berat sejak SMP hingga sekarang sudah berhenti kerna keluhan sesak yang mengganggu.

### 3.1.6 Pola Perkembangan Gejala (Resume)

Keluarga mengatakan Tn.Z datang kerumah sakit dengan keluhan sesak nafas hal ini dikarenakan saat batuk kesulitan mengeluarkan dahak, batuk sudah dirasakan selama  $\leq 1$  bulan. Keluarga mengatakan hanya membeli obat batuk di apotik, karena keluhan dada terasa sesak serta batuk yang tak kunjung sembuh dan kondisi fisik yang keterbatasan melakukan aktifitas maka Tn.Z dibawa ke Rumah Sakit untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

### 3.1.7 Pola Fungsi Kesehatan

- Pola persepsi terhadap kesehatan : Tn.Z dan keluarga beranggapan penyakit batuk yang ia alami adalah batuk biasa, namun setelah batuk tak kunjung sembuh hingga membuat Tn.Z sesak nafas dan semakin parah

setelah melakukan aktifitas. Keluarga Tn.Z mengatakan hanya minum obat batuk yang di belinya di warung.

- b. Pola aktivitas dan latihan : setelah dilakukna pemeriksaan pada Tn.Z frekuensi pernafasan meningkat, otot lemah dan sesak mulai terasa setelah melakukan aktifitas karena adanya dispnea yang dialami.
- c. Pola istirahat dan tidur : Tn.Z tidak mengalami insomnia sudah terpasang oksigenasi dan keluhan batuk tidak terlalu mengganggu saat istirahat.
- d. Pola nutrisi-metabolik : Tn. Z mengalami penurunan nafsu makan karena batuk yang ia alami, porsi makan habis setengah porsi.
- e. Pola eliminasi : Tn.Z mengatakan pernah mengeluhkan kesulitan saat buang air besar (BAB) pada 3 hari setelah masuk rumah sakit, namun telah diberikan obat dari rumah sakit dan sekarang tidak dikeluhkan lagi. Pada buang air kecil (BAK) tidak ada keluhan, Tn.Z tanpa terpasang kateter.
- f. Pola peran-hubungan : Tn.Z mengatakan khawatiran terhadap penyakit yang ia alami saat ini, Tn.Z mampu berhubungan dengan keluarga dengan baik namun dengan lingkungan tampak tidak mampu melakukan aktifitas sosial karena keluhan sesak nafas dan kesulitan beraktifitas kerna penyakitnya.
- g. Pola perepsi dan konsep diri : Tn.Z mengalami perubahan peran yang dari biasanya menjadi seorang ayah yang mencari nafkah untuk anaknya namun sekarang hanya bisa berbaring ditempat tidur dan hanya mampu melakukan aktifitas ringan saja.
- h. Pola seksualitas-reproduksi : Tn.Z mengalami penurunan libido dan hanya fokus pada penyakit yang ia rasakan saat ini.

- i. Pola mekanisme coping- toleransi stress : Tn.Z hanya khawatir dengan penyakitnya yang tidak kunjung sembuh. Tn.Z tampak hanya pasrah dengan apa yang ia rasakan saat ini dan beranggapan penyakit kerna usia sudah tua.
- j. Pola nilai kepercayaan : Tn.Z tampak pasrah dengan penyakit yang ia rasakan saat ini dalam pemenuhan aktifitas ibadah jarang melakukan ibadah seperti biasanya. Sholat biasanya dilakukan dengan berbaring.

### 3.1.8 Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan fisik umum

Kesadaran : Compos mentis GCS 15 (E4 V5 M6)

Tanda-tanda vital

Pernafasan : 27x/ menit

Suhu : 37,5°c

Nadi : 98x/ menit

Tekanan darah : 150/90 mmHg

TB : 165 cm

BB sebelum sakit : 62 kg                      BB saat sakit : 58 kg

- b. Mata : mata simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak menggunakan kacamata dan tidak ada masalah dalam gangguan penglihatan.
- c. Pendengaraan : tidak memiliki mengalami gangguan fungsi pendengaran, gangguan dalam keseimbangan dan terpasang alat bantu dalam pendengaran.
- d. Mulut : mukosa bibir kering dalam sistem wicara tidak mengalami gangguan namun saat diajak bicara suara kurang terdengar dengan jelas

kerna banyaknya produksi mukus yang menghambat sistem pernafasan Tn.Z.

- e. Sistem pernafasan : jalan nafas terdapat sumbatan, sesak, menggunakan otot bantu pernafasan, RR 27 x/menit, irama tidak teratur, jenis pernafasan apnea, terdapat batuk disertai produksi sputum yang meningkat, sputum berwarna kuning, konstistensi kental, pada palpasi teraba pembengkakan vena jugularis, auskultasi terdengar suara ronkhi, terdapat nyeri dada, menggunakan otot bantu pernafasan (stroknoleidomastoid) dan penggunaan oksigenasi nasal kanul.
- f. Sistem kardiovaskuler : nadi 82 x/menit, irama teratur, denyut kuat, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, CRT  $\leq$  2 detik dan tidak terdapat edema.
- g. Sirkulasi jantung : kecepatan denyut apikal 82x/menit, irama teratur, sakit dada muncul setelah beraktivitas, karakteristik seperti tertusuk-tusuk, skala 4 nyeri.
- h. Ekstermitas : tidak terdapat kelainan bentuk tulang sendi, tidak terdapat sakit pada (tulang, sendi dan kulit), kesulitan dalam pergerakan berdiri perlu bantuan dari keluarga kerna mudah kelelah (*fatigue*) setelah melakukan aktifitas dan tidak mengalami fraktur. Dipsnea dirasakan Tn.Z pada posisi tegak dan akan membaik jika pasien dalam posisi berbaring. Jika digambarkan tonus ototnya.

Nilai kekuatan otot:

5	5
4	4

### 3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal, 08 April 2020

#### a) Hematologi

HB	: 14,2 gr/dL	(Normal 12 – 16 g/dL)
Leukosit	: 3.450/m <sup>3</sup>	(Normal 4,8- 10,8 10 <sup>3</sup> µL)
Trombosit	: 371.000/m <sup>3</sup>	(Normal 150- 450 10 <sup>3</sup> µL)
Eritrosit	: 4.650.000	(Normal 4,2 - 5,4 10 <sup>3</sup> µL)
Hematokrit	: 81,3%	(Normal 37 – 47%)

#### b) Kimia klinis

Na	: 137 mEq/L	( Normal 135-145 mEq/dl)
K	: 3,8 mEq/L	(Normal 3,5-5,5 mEq/dl)
Ureum	: 19 mg/dl	(Normal 8-20 mg/dl)
Kreatinin	: 0,60 mg/dl	(Normal 0,6 – 1,2 mg/dl)
Klorida	: 97 mmol/L	(Normal 97-107 mEq/dl)
GDS	: 104 mg/dl	(Normal 100-140 mg/dl)

#### c) Analisa Gas Darah

pH	: 7,362	(Normal 7,38 – 7,42)
PaCO <sub>2</sub>	: 26,5 mmHg	(Normal 38 – 42 mmHg)
PaO <sub>2</sub>	: 137,7 mmHg	(Normal 75– 100 mmHg)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	: 15,3 mmol/L	(Normal 22-28 mEq/L)
Saturasi O <sub>2</sub>	: 99,1%	

Hasil analisa gas darah menunjukkan: Asidosiss Metabolik.

Tanggal, 10 April 2020

Hasil Ronthgen AP thoraks:

1. Atelektaksis lobus atas paru kanan
2. Penyempitan saluran pernafasan (sisa 1 cm) dengan susp, metastasi.
3. PPOK eksaserbasi akut.

Tanggal, 13 April 2020

Hasil pemeriksaan CT scan menunjukkan gambaran barrel chest.

### 3.1.10 Penatalaksanaan Medis

- a. Duregesic patch 15 mg
- b. MST (Morphine) 3 x 10 mg/kap
- c. Amlodipin pagi 12,5 mg dan malam 15 mg
- d. Itrasal 3 x 1 mg/kap
- e. Zitanid 3 x 1 mg/kap
- f. O<sub>2</sub> 3 liter/menit NK
- g. IVFD Nacl 0,9% 500cc/jam

### Analisa Data

**Tabel 3.1 Analisa Data**

No	DATA KLIEN	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z sudah mengalami batuk yang tak kunjung sembuh selama <math>\leq</math> 1 bulan.</li> <li>b. Keluarga Tn.Z mengatakan keluhan yang dirasakan sesak nafas saat beraktifitas.</li> <li>c. Keluarga Tn.Z mengatakan segala aktifitas dibantu oleh keluarga kerna kerna sesak yang ia rasakan.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tn.Z mengalami batuk berdahak dan nafas tampak sesak.</li> </ol>	<p>Non alergik ↓ Reaksi antigen yang dihasilkan IgE ↓ Antibody (IgE) menyerang sel mast dalam paru ↓ Pemajanan berulang ↓ Ikatan antibodi dan</p>	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</p>



	<p>b. Tn. Z tampak lemah dan pucat, segala aktifitas di bantu oleh keluarga.</p> <p>c. Saat diajak berbicara suara Tn.Z tampak serak dan tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 l/menit.</p> <p>d. Dar hasil pemeriksaan IPPA suara nafas terdengar ronkhi, terdapat pembesaran vena jugularis, penggunaan otot bantu pernafasan dan pola pernafasan dispnea.</p> <p>e. Tn.Z tampak kesulitan dalam melakukan aktifitas kerna keluhan sesak yang dirasakan.</p> <p>TD: 150/90 mmHg RR: 27x/menit N: 98x/menit S: 37.5°C Skala nyeri : 4</p>	<p>Gen ↓ Pelepasan produksi sel manst (mediator) ↓ Kontaksi otot polos bronkus ↓ Pembengkakan membran mukosa ↓ Bronkospasme</p>	
2.	<p>DS:</p> <p>a. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z sudah mengalami batuk yang tak kunjung sembuh selama ≤ 1 bulan.</p> <p>b. Keluarga Tn.Z mengatakan keluhan yang dirasakan sesak nafas saat beraktifitas.</p> <p>DO:</p> <p>a. Tn.Z mengalami batuk berdahak, nafas tampak sesak.</p> <p>b. Saat diajak berbicara suara Tn.Z tampak serak dan tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 l/menit.</p> <p>c. Dar hasil pemeriksaan IPPA Suara nafas terdengar ronkhi, penggunaan otot bantu pernafasan dan pola pernafasan dispnea.</p> <p>d. Tn.z tampak kesulitan dalam melakukan aktifitas kerna keluhan sesak yang dirasakan.</p> <p>TD: 150/90 mmHg RR: 27 x/menit N: 98x/menit S: 37.5°C Skala Nyeri :4</p>	<p>E. Sentribular ↓ Rusaknya lobus sekunder ↓ Area kontak langsung permukaan alveolar dengan paru berkurang ↓ Kerusakan serabut elastik ↓ Barrel chest ↓ Peningkatan ruang rugi (udara tidak bisa tertukar) ↓ Kerusakan difusi O<sub>2</sub> ↓ Hipoksemia ↓ Ekspirasi memanjang</p>	Ketidakefektifan pola nafas
3.	<p>DS:</p> <p>a. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.z tidak menghabiskan makan seperti biasanya hanya makan ½ porsi namun tidak habis disediakan oleh rumah sakit.</p>	<p>Obstruksi proksimal dari bronkus pada tahap ekspirasi dan inspirasi ↓</p>	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

	<p>b. Keluarga Tn.Z mengatakan saat di suapi makanan Tn.Z menolak untuk makan.</p> <p>c. Keluarga Tn.Z mengatakan terjadi penurunan berat badan 5 Kg</p> <p>DO:</p> <p>a. Tn.Z tampak kesulitan dalam memulai makan kerna produksi sputum yang meningkat.</p> <p>b. Tn.Z tampak tidak tertarik saat di ajak makan dan lebih memilih diam.</p> <p>c. Porsi makanan yang di habiskan hanya sedikit ½ porsi tidak habis.</p> <p>d. Mukosa bibir kering. BB sebelum : 62 Kg    TB : 165 cm BB sesudah: 58 Kg    IMT : 20.9 Hb: 14,2 gr/dL        Ht: 81,3%</p>	<p>Akumulasi mukus bronkus meningkat ↓ Timbul reaksi balik ↓ Pengeluaran energi berlebihan ↓ Kelelahan ↓ Anoreksia</p>					
4.	<p>DS:</p> <p>a. Keluarga Tn.Z mengatakan sesak yang dialami Tn.Z membuat dirinya kesulitan dalam melakukan aktifitas seperti biasanya.</p> <p>b. Keluarga Tn.Z mengatakan semua aktifitas dibantu oleh keluarga bahkan saat ingin duduk dan miring kanan dan kiri ditempat tidur.</p> <p>DO:</p> <p>a. Tn.Z tampak lemas dan segala aktifitas hanya bisa berbaring di tempat tidur dan dibantu keluarga.</p> <p>b. Tn.Z tampak kesulitan mengeluarkan dahak saat batuk.</p> <p>c. Tn.Z tampak sesak dan terpasang oksigenasi nasal kanul 3l/menit. Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> </table>	5	5	4	4	<p>Non alergik ↓ Reaksi antigen yang dihasilkan IgE ↓ Antibody (IgE) menyerang sel mast dalam paru ↓ Pemajanan berulang ↓ Ikatan antibodi dan Gen ↓ Pelepasan produksi sel mast (mediator) ↓ Kontaksi otot polos bronkus ↓ Pembengkakan membran mukosa ↓ bronkospasme ↓ Penyempitan bronkus ↓ Suplai O<sub>2</sub> menurun ↓</p>	Intoleransi aktifitas.
5	5						
4	4						

		Mudah lelah	
--	--	-------------	--

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret di jalan nafas.
- b. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan elastisitas paru dalam melakukan ekspansi.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia).
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

### 3.3 Intervensi Keperawatan

3.2 Tabel Intervensi Keperawatan

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI KEPERAWATAN (NIC)
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret di jalan nafas.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, klien dapat mempertahankan patensi napas. Kriteria hasil: a. Dapat menyatakan dan mendemostrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih tidak ada sianosis dan dispnea (mampu mengeluarkan sputum bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips). b. Menunjukkan jalan nafas yang paten ( klien tidak merasa tercekik, irama nafas frekuensi pernafasan dalam rentang normal (16-20 x/menit). Tidak ada suara nafas abnormal wheezing (-) dan ronkhi (-). c. Mampu	<b>Airway Magement</b> 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Lakukan fisioterapi dada jika perlu, dengan teknik postural drainase dan fibrasi dada. 3. Keluarkan sekret dengan batuk efektif. 4. Auskultasi suara nafas dan catatan adanya suara tambahan. 5. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. 6. Monitor respirasi dan status O <sub>2</sub> . 7. Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret. 8. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan: O <sub>2</sub> .

		<p>mengidentifikasi dan mencegah faktor yang penyebab.</p> <p>d. Saturasi O<sub>2</sub> dalam batas normal</p> <p>e. Foto toraks dalam batas normal.</p>	
2.	<p>Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan elastisitas paru dalam melakukan ekspansi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pola nafas kembali efektif.</p> <p>Kriteria :</p> <p>a. Mendemostrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pused lips).</p> <p>b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).</p> <p>c. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi pernafasan).</p>	<p><b><i>Oxygen Therapy</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan jalan nafas yang paten.</li> <li>2. Atur peralatan oksigenasi.</li> <li>3. Monitor aliran oksigen.</li> <li>4. Pertahankan posisi pasien.</li> <li>5. Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi.</li> <li>6. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.</li> <li>7. Monitor tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan dan tekanan darah).</li> </ol>
3.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam nutrisi klien terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.</p> <p>b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.</p> <p>c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.</p> <p>d. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.</p> <p>e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan.</p> <p>f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.</p>	<p><b><i>Nutrition Monitoring</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan pasien dalam batas normal.</li> <li>2. Monitor adanya penurunan berat badan.</li> <li>3. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan.</li> <li>4. Monitor lingkungan selama makan.</li> <li>5. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi.</li> <li>6. Monitor turgor kulit.</li> <li>7. Monitor kekeringan, rambut kusam dan mudah patah.</li> <li>8. Monitor kadar albumin, total protein, Hb dan kadar Ht.</li> </ol>

			<p>9. Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva.</p> <p>10. Monitor kalori dan intake nutrisi.</p> <p>11. Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan kavitas oral.</p> <p>12. Anjurkan diet terdiri dari makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</p> <p>13. Anjurkan makan sedikit tapi sering.</p>
4.	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam klien menunjukkan peningkatan toleransi aktivitas.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan pernafasan.</li> <li>Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLS) secara mandiri.</li> <li>Tanda-tanda vital normal.</li> <li>Energy psikomotor.</li> <li>Level kelemahan</li> <li>Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat.</li> <li>Status kardiopulmonari adekuat.</li> <li>Sirkulasi status baik.</li> <li>Status respirasi pertukaran gas dan ventilasi adekuat.</li> </ol>	<p><b>Activity Therapy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.</li> <li>Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan.</li> <li>Bantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial.</li> <li>Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan.</li> <li>Bantu untuk mendapatkan bantuan alat bantu aktifitas yang disukai.</li> <li>Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.</li> <li>Bantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas.</li> <li>Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.</li> <li>Anjurkan mika-miki dan mengubah posisi setiap 2 jam.</li> </ol>

## 1.4 Implementasi Keperawatan

**Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan**

Tanggal/ jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	TTD
Senin, 13 April 2020  Jam 08.00 wib	Dx1: Ketidakefektif an bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret dijalan nafas.	<b><i>Airway Magement</i></b> 1. Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (posisi semifowler). 2. Melakukan fisioterapi dada dengan teknik postural drainase dan fibrasi dada. 3. Mengajarkan cara mengeluarkan sekret dengan cara batuk efektif. 4. Melakukan auskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan. 5. Melakukan pengaturan intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan (menginstruksikan untuk meminum air hangat). 6. Melakukan pemantauan respirasi dan status O <sub>2</sub> (melakukan pemeriksaan RR dan alat oksimetri untuk menilai kualitas O <sub>2</sub> jika terpasang) 7. Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret (menganjurkan keluarga memberikan air minum 8 gelas/hari, memberikan infus dan monitor adanya tanda-tanda dehidrasi). 8. Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan O <sub>2</sub> .	Indah
Senin, 13 April 2020  Jam 08.30 wib	Dx 2: Ketidakefektif an pola nafas berhubungan dengan penurunan elastisitas paru dalam melakukan ekspansi.	<b><i>Oxygen Therapy</i></b> 1. Mempertahankan jalan nafas yang paten (teknik pemeriksaan jalan nafas dan pemberian oksigenasi) 2. Mengatur peralatan oksigenasi (atur oksigen, humidiflier, bubungkan kanul dengan selang oksigenasi ke humidiflier dengan aliran oksigenasi rendah, berikan jelly pada kedua ujung kanul, masukan kanul ke lubang hidung, fiksasi dan alirkan oksigen sesuai yang diinginkan). 3. Melakukan monitor aliran oksigen (pemantau kecepatan sesuai kebutuhan selama 1-6 jam liter/menit dan observasi air gelembung pada humidifier). 4. Mempertahankan posisi pasien (posisi semifowler). 5. Melakukan observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi (badan lemas, pembengkakan pada kaki khususnya area tumit, perubahan warna kulit menjadi hipoksia dan tidak merasa bertenaga setelah bangun tidur). 6. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 7. Melakukan monitor tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan dan tekanan darah).	Indah

<p>Senin, 13 April 2020</p> <p>Jam 13.00 wib</p>	<p>Dx 3: Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia).</p>	<p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan penimbangan berat badan pasien dengan interval yang sesuai.</li> <li>2. Melakukan pemantauan adanya penurunan berat badan.</li> <li>3. Melakukan pemantauan interaksi anak atau orang tua selama makan.</li> <li>4. Melakukan pengawasan tipe dan jumlah aktivitas yang dilakukan (memilihkan aktifitas yang bisa dilakukan seperti : duduk secara mandiri, makan sendiri dan jumlah aktifitas yang bisa dilakukan untuk mengurangi sesak).</li> <li>5. Memonitor adanya kulit kering dan perubahan pigmentasi.</li> <li>6. Melakukan pemantauan turgor kulit.</li> <li>7. Melakukan pengawasan kadar albumin, total protein, Hb dan kadar Ht.</li> <li>8. Melakukan monitor pada gejala pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva.</li> <li>9. Melakukan monitor kalori dan intake nutrisi.</li> <li>10. Mencatat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral.</li> <li>11. Mengajukan diet terdiri dari makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</li> <li>12. Mengajukan klien makan sedikit tapi sering.</li> </ol>	<p>Indah</p>
<p>Senin, 13 April 2020</p> <p>Jam 13.20 wib</p>	<p>Dx 4: Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.</p>	<p><b>Activity Therapy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan.</li> <li>2. Membantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial.</li> <li>3. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan.</li> <li>4. Membantu untuk mendapatkan bantuan alat bantu aktifitas yang disukai.</li> <li>5. Membantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.</li> <li>6. Membantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas.</li> <li>7. Melakukan pemantauan respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.</li> <li>8. Anjurkan mika-miki pada klien (mengubah posisi setiap 2 jam).</li> </ol>	<p>Indah</p>
<p>Selasa, 14 April 2020</p> <p>Jam 14.00 wib</p>	<p>Dx 1: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret dijalan</p>	<p><b>Airway Magement</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (semifowler).</li> <li>2. Mengajarkan cara mengeluarkan sekret dengan cara batuk efektif.</li> <li>3. Melakukan auskultasi suara nafas dan mencatat adanya suara tambahan.</li> </ol>	<p>Indah</p>

	nafas	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melakukan pengaturan intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan (menginstruksikan untuk minum air hangat).</li> <li>5. Melakukan pemantauan respirasi dan status O<sub>2</sub> (monitor RR dan alat oksimetri untuk menilai kualitas O<sub>2</sub> jika terpasang).</li> <li>6. Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret (menganjurkan keluarga memberikan air minum 8 gelas/hari, memberikan infus dan cek adanya tanda-tanda dehidrasi).</li> </ol>	
Selasa, 14 April 2020  Jam 14.20 wib	Dx 2: Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan elastisitas paru dalam melakukan ekspansi.	<p><b>Oxygen Therapy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan jalan nafas yang paten (teknik pemeriksaan jalan nafas dan pemberian oksigenasi)</li> <li>2. Melakukan pemonitor aliran oksigen (pemantau kecepatan sesuai kebutuhan selama 1-6 jam liter/menit dan observasi air gelembung pada humidifier).</li> <li>3. Mempertahankan posisi pasien (semifowler).</li> <li>4. Melakukan observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi (badan lemas, pembengkakan pada kaki khususnya area tumit, perubahan warna kulit menjadi hipoksia dan tidak merasa bertenaga setelah bangun tidur).</li> <li>5. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.</li> <li>6. Melakukan monitor tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan dan tekanan darah).</li> </ol>	Indah
Selasa, 14 April 2020  Jam 16.10 wib	Dx 3: Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia).	<p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan penimbangan berat badan pasien dengan interval yang sesuai.</li> <li>2. Melakukan pemantauan tipe dan jumlah aktifitas yang biasa dilakukan (memilihkan aktifitas yang bisa dilakukan seperti : duduk secara mandiri, makan sendiri dan jumlah aktifitas yang bisa dilakukan untuk mengurangi sesak).</li> <li>3. Melakukan pemantauan interaksi anak atau orang tua selama makan.</li> <li>4. Melakukan pengawasan tipe dan jumlah aktivitas yang dilakukan.</li> <li>5. Memonitor adanya kulit kering dan perubahan pigmentasi.</li> <li>6. Melakukan pemantauan tugor kulit.</li> <li>7. Melakukan monitor pada gejala pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva.</li> <li>8. Melakukan monitor kalori dan intake nutrisi.</li> <li>9. Mencatat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral.</li> <li>10. Memintak klien makan sedikit tapi sering.</li> </ol>	Indah
Selasa, 14 April	Dx 4: Intoleransi	<p><b>Activity Therapy</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas</li> </ol>	Indah



<p>2020</p> <p>Jam 16.30 wib</p>	<p>aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.</p>	<p>yang mampu dilakukan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Membantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial.</li> <li>3. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan.</li> <li>4. Membantu untuk mendapatkan bantuan alat bantu aktifitas yang disukai.</li> <li>5. Membantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.</li> <li>6. Membantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas.</li> <li>7. Melakukan pemantauan respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.</li> <li>8. Anjurkan mika-miki pada klien dan mengubah posisi setiap 2 jam.</li> </ol>	
<p>Rabu, 15 April 2020</p> <p>Jam 08.00 wib</p>	<p>Dx 1: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret di jalan nafas.</p>	<p><b>Airway Magement</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (semifowler).</li> <li>2. Mengajarkan cara mengeluarkan sekret dengan cara batuk efektif.</li> <li>3. Melakukan auskultasi suara nafas dan mencatat adanya suara tambahan.</li> <li>4. Melakukan pengaturan intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan (menginstruksikan untuk meminum air hangat).</li> <li>5. Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret (anjurkan keluarga memberikan air minum 8 gelas/hari, memberikan infus dan cek adanya tanda-tanda dehidrasi).</li> </ol>	<p>Indah</p>
<p>Rabu, 15 April 2020</p> <p>Jam 13.20 wib</p>	<p>Dx 3: Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia).</p>	<p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan penimbangan berat badan pasien dengan interval yang sesuai.</li> <li>2. Melakukan pemantauan tipe dan jumlah aktifitas yang biasa dilakukan dilakukan (memilihkan aktifitas apa saja yang bisa dilakukan seperti : duduk secara mandiri, makan sendiri dan jumlah aktifitas yang bisa dilakukan untuk mengurangi sesak).</li> <li>3. Melakukan pengawasan tipe dan jumlah aktivitas yang dilakukan.</li> <li>4. Memonitor adanya kulit kering dan perubahan pigmentasi.</li> <li>5. Melakukan pemantauan turgor kulit.</li> <li>6. Melakukan monitor pada gejala pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva.</li> <li>7. Melakukan monitor kalori dan intake nutrisi.</li> <li>8. Mencatat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral.</li> <li>9. Memintak klien makan sedikit tapi sering.</li> </ol>	<p>Indah</p>

Rabu, 15 April 2020  Jam 14.30 wib	Dx 4: Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseim- bangan suplai dan kebutuhan oksigen.	<b>Activity Therapy</b> 1. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan. 2. Membantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial. 3. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan. 4. Membantu untuk mendapatkan bantuan alat bantu aktifitas yang disukai. 5. Membantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang. 6. Membantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas. 7. Melakukan pemantauan respon fisik, emosi, sosial dan spiritual. 8. Anjurkan mika-miki pada klien dan ubah posisi setiap 2 jam.	Indah
--	--	---	-------

### 3.5 Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.4 Evaluasi Keperawatan**

Tanggal/jam	No Diagnosa keperawatan	Evaluasi	TTD
Senin, 13 April 2020  Jam 08.00 wib	Dx 1: Ketidakefektif- an bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret di jalan nafas	S: a. Keluarga Tn.Z tampak sudah mengerti tentang apa tujuan dari tindakan batuk efektif yang di ajarkan perawat. b. Keluarga Tn.Z mengatakan keluhan batuk masih tetap dirasakan Tn.Z. c. Keluarga mengatakan mengerti mengenai tujuan dan indikasi pemasangan oksigenasi pada Tn.Z. O: a. Tn.Z tampak masih mengeluhkan sesak nafas dan dahak sulit di keluarkan. b. Wajah Tn.Z tampak lemas dan terlihat terpasang oksigenasi nasal kanul 3 l/menit. c. Tn.Z tampak nyaman setelah di atur posisi semi fowler untuk mengurangi sesak. TD: 140/90mmHg S: 37,5°C N : 82 x/menit RR: 27 x/menit  A:Ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi.  P: Intervensi dilanjutkan 1. Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (semifowler). 2. Mengajarkan cara mengeluarkan sekret dengan cara batuk efektif. 3. Melakukan auskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan.	Indah

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melakukan pengaturan intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan (menginstruksikan untuk meminum air hangat).</li> <li>5. Melakukan pemantauan respirasi dan status O<sub>2</sub> (monitor RR dan alat oksimetri untuk menilai kualitas O<sub>2</sub> jika terpasang).</li> <li>6. Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret (mintak keluarga memberikan air minum 8 gelas/hari, memberikan infus dan monitor adanya tanda-tanda dehidrasi).</li> </ol>	
<p>Senin, 13 April 2020</p> <p>Jam 08.30 wib</p>	<p>Dx 2: Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan elastisitas paru dalam melakukan ekspansi</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z masih mengeluhakan sesaka nafas.</li> <li>b. Keluarga klien mengatakan Tn.Z masih sulit mengeluarkan dahaknya ketika batuk.</li> <li>c. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.z hanya dapat berbaring di tempat tidur dan segala aktifitas di bantu oleh keluarga.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tn.Z tampak masih masih mengeluhkan sesak nafas dan dahak sulit untuk dikeluarkan.</li> <li>b. Tn.Z tampak lemas dan hanya berbaring di tempat tidur segala aktifitas di bantu oleh keluarga.</li> <li>c. Tn.Z tampak terpasang oksigenasi nasal kanul 3 l/menit.</li> </ol> <p>TD: 140/90mmHg      S: 37,5°C N : 82 x/menit      RR: 27 x/menit</p> <p>A: Ketidakefektifan pola nafas belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan - <i>Oxygen Sing Monitoring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan jalan nafas yang paten (teknik pemeriksaan jalan nafas dan pemberian oksigenasi)</li> <li>2. Melakukan pemonitor aliran oksigen (pemantau kecepatan sesuai kebutuhan selama 1-6 jam liter/menit dan observasi air gelembung pada humidifier).</li> <li>3. Mempertahankan posisi pasien (semifowler).</li> <li>4. Melakukan observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi.</li> <li>5. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.</li> <li>6. Monitor tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan dan tekanan darah).</li> </ol>	<p>Indah</p>

<p>Senin, 13 Desember 2018</p> <p>Jam 13.00 wib</p>	<p>Dx 3: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia).</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z masih tampak kurang tertarik untuk makan.</li> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan kerna batuk yang TnZ rasakan membuat kesulitan dalam makan.</li> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z hanya mengabiskan makan ½ porsi namun tidak habis.</li> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan mengerti tentang anjuran dari perawatan tentang pemberian makan sedikit tapi sering untuk pemenuhan nutrisi.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tn. Z tampak tidak tertarik untuk memulai makan.</li> <li>Tn.Z tampak masih terganggu dengan batuk yang ia rasakan.</li> </ol> <p>BB sebelum : 62 Kg      TB : 165 cm BB sesudah: 58 Kg      IMT : 20.9 Hb: 14,2 gr/dL          Ht: 81,3%</p> <p>A:Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan penimbangan berat badan pasien dengan interval yang sesuai.</li> <li>Melakukan pemantauan tipe dan jumlah aktifitas yang biasa dilakukan (memilihkan aktifitas apa saja yang bisa dilakukan seperti : duduk secara mandiri, makan sendiri dan jumlah aktifitas yang bisa dilakukan untuk mengurangi sesak).</li> <li>Melakukan pemantauan interaksi anak atau orang tua selama makan.</li> <li>Melakukan pengawasan tipe dan jumlah aktivitas yang dilakukan.</li> <li>Memonitor adanya kulit kering dan perubahan pigmentasi.</li> <li>Melakukan pemantauan turgor kulit.</li> <li>Melakukan monitor pada gejala pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva.</li> <li>Melakukan monitor kalori dan intake nutrisi.</li> <li>Mencatat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan kavitas oral.</li> <li>Memintak klien makan sedikit tapi sering.</li> </ol>	<p>Indah</p>
<p>Senin, 13 Desember 2018</p>	<p>Dx 4: Intoleransi aktifitas berhubungan</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z masih mengeluhkan sesak.</li> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan TnZ masih sulit</li> </ol>	<p>Indah</p>

Jam 13.20 wib	dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>mengeluarkan dahaknya ketika batuk.</p> <p>c. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.z hanya dapat berbaring di tempat tidur dan segala aktifitas di bantu oleh keluarga</p> <p>d. Keluarga Tn.Z mengatakan dapat membantu dan memilih aktifitas yang dapat dilakukan Tn.Z.</p> <p>O:</p> <p>a. Tn. Z tampak tidak tertarik untuk memulai makan.</p> <p>b. Tn.Z tampak masih terganggu dengan batuk yang ia rasakan.</p> <p>c. Tn.Z tampak sudah tidak terlalu sesak lagi dan lebih tenang.</p> <p>d. Keluarga Tn.Z tampak membantu segala aktifitas Tn.Z dan memahami tentang arahan yang diberikan perawat.</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ <p>A: Intoleransi aktifitas belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan.</li> <li>2. Membantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial.</li> <li>3. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan.</li> <li>4. Membantu untuk mendapatkan bantuan alat bantu aktifitas yang disukai.</li> <li>5. Membantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.</li> <li>6. Membantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas.</li> <li>7. Melakukan pemantauan respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.</li> <li>8. Anjurkan mika-miki pada klien dan mengubah posisi setiap 2 jam.</li> </ol>	
Selasa, 14 April 2020 Jam 14.00 wib	Dx 1: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret dijalan	<p>S:</p> <p>a. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z sudah tidak sesak nafas lagi.</p> <p>b. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z sudah mulai berkurang batuk yang dirasakan.</p> <p>c. Keluarga Tn.Z mengatakan mengerti tentang tujuan tindakan batuk efektif dan fisioterapi</p>	Indah

	nafas	<p>dada yang dilakukan perawat.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tn.Z tampak sudah tenang dan keluhan sesak sudah mulai berkurang.</li> <li>Tn.Z tampak sudah mampu mengeluarkan dahak dengan teknik yang di ajarkan. Tn.Z tampak masih lemas dan aktifitas di bantu oleh keluarga.</li> </ol> <p>TD: 140/90 mmHg      S: 37,5°C N : 80 x/menit      RR: 26 x/menit</p> <p>A: Ketidakefektifan bersihan jalan teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (semifowler).</li> <li>Mengajarkan cara mengeluarkan sekret dengan cara batuk efektif.</li> <li>Melakukan auskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan.</li> <li>Melakukan pengaturan intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan menginstruksikan untuk meminum air hangat).</li> <li>Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret (mintak keluarga memberikan air minum 8 gelas/hari, memberikan infus dan cek adanya tanda-tanda dehidrasi).</li> </ol>	
<p>Selasa, 14 April 2020</p> <p>Jam 14.20 wib</p>	<p>Dx 2: Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan elastisitas paru dalam melakukan ekspansi.</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z sudah tidak sesak nafas lagi.</li> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z sudah mulai berkurang batuk yang dirasakan.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tn.Z tampak sudah tenang dan keluhan sesak sudah mulai berkurang.</li> <li>Tn.Z tampak sudah mampu mengeluarkan dahak dengan teknik yang di ajarkan.</li> <li>Tn.Z tampak masih lemas dan aktifitas di bantu oleh keluarga.</li> <li>Tn.Z tanpa sudah di lepaskan oksigenasi.</li> </ol> <p>TD: 140/80 mmHg      S: 37,5°C N : 80 x/menit      RR: 24 x/menit</p> <p>A: Ketidakefektifan pola nafas sudah teratasi.</p> <p>P: Intervensi dihentikan.</p>	<p>Indah</p>

<p>Selasa, 14 April 2020 Jam 16.10 wib</p>	<p>Dx 3: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia).</p>	<p>S: a. Keluarga Tn.Z mengatakan nafsu makan Tn.Z masih berkurang. b. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan RS. c. Keluarga Tn.Z mengatakan batuk yang dirasakan Tn.Z masih ada dan kesulitan untuk makan seperti biasanya.</p> <p>O: a. Tn.Z tampak masih mulai tertarik untuk makan kerna batuk yang sulit mengeluarkan dahaknya. b. Tn.Z tampak menolak untuk menghabiskan makanan kerna batuknya. c. Adanya penambahan berat badan 1 kg. BB sebelum dirawat : 62 Kg    TB : 165 cm BB sesudah: 59 Kg                    IMT : 21.7 Hb: 14,2 gr/dL                            Ht: 81,3%</p> <p>A:Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan penimbangan berat badan pasien dengan interval yang sesuai.</li> <li>2. Melakukan pemantauan tipe dan jumlah aktifitas yang biasa dilakukan.</li> <li>3. Melakukan pengawasan tipe dan jumlah aktivitas yang dilakukan (memilih aktivitas apa saja yang bisa dilakukan seperti : duduk secara mandiri, makan sendiri dan jumlah aktifitas yang bisa dilakukan untuk mengurangi sesak).</li> <li>4. Memonitor adanya kulit kering dan perubahan pigmentasi.</li> <li>5. Melakukan pemantauan turgor kulit.</li> <li>6. Melakukan monitor pada gejala pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva.</li> <li>7. Melakukan monitor kalori dan intake nutrisi.</li> <li>8. Mencatat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral.</li> <li>9. Memintak klien makan sedikit tapi sering.</li> </ol>	<p>Indah</p>
<p>Selasa, 14 April 2020 Jam 16.30 wib</p>	<p>Dx 4: Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai</p>	<p>S: a. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z masih sulit melakukan aktifitas seperti biasanya. b. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z tidak mampu melakukan aktifitas terlalu banyak kerna keluhan sesaknya akan muncul lagi.</p>	<p>Indah</p>

	dan kebutuhan oksigen.	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tn.Z tampak mengalami keterbatasan dalam melakukan aktifitas seperti biasanya.</li> <li>Tn.Z tampak sudah mampu mika-miki secara mandiri.</li> <li>Semua aktifitas tampak di bantu oleh keluarga.</li> <li>Tn.Z tampak mudah lelah dan sesak bila melakukan aktifitas terlalu banyak.</li> </ol> <p>TD: 140/80mmHg      S: 37,5°C N : 80 x/menit      RR: 24 x/menit</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ <p>A: Intoleransi aktifitas belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan.</li> <li>Membantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial.</li> <li>Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan.</li> <li>Membantu untuk mendapatkan bantuan alat bantu aktifitas yang disukai.</li> <li>Membantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.</li> <li>Membantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas.</li> <li>Melakukan pemantauan respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.</li> <li>Anjurkan mika-miki pada klien dan ubah posisi setiap 2 jam.</li> </ol>	
Rabu, 15 April 2020 Jam 08.00 wib	Dx 1 : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret di jalan nafas	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z sudah mampu mengeluarkan dahaknya dengan cara batuk efektif yang diajarkan perawat.</li> <li>Keluarga Tn.Z mengatakan batuk yang dirasakan Tn.Z sudah tidak mengganggu lagi hanya sesekali dirasakan.</li> <li>Keluarga mengatakan memberikan minuman air hangat pada Tn.Z dan melakukan teknik yang diajarkan perawat untuk batuk efektif saat kesulitan mengeluarkan dahak.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tn.Z tampak sudah tidak terlalu mengeluarkan batuk yang sulit mengeluarkan dahaknya.</li> </ol>	Indah



		<p>b. Tn.Z tampak mampu mengeluarkan dahaknya dengan menggunakan teknik batuk efektif yang sudah di ajari perawat.</p> <p>TD: 140/80mmHg S: 37,5°C N : 85 x/menit RR: 24 x/menit</p> <p>A:Ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi sebagian.</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan nomor 3 &amp; 7</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan keluarga untuk melakukan teknik batuk efektif di rumah pada Tn.Z saat kesulitan mengeluarkan dahak</li> <li>2. Anjurkan keluarga untuk mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret mintak keluarga memberikan air minum 8 gelas/hari dan minum air hangat).</li> </ol>	
<p>Rabu, 14 April 2020</p> <p>Jam 13.20 wib</p>	<p>Dx 3: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia).</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z sudah tidak menolak lagi untuk makanan</li> <li>b. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z mampu menghabiskan ½ porsi lebih banyak dari pada sebelumnya.</li> <li>c. Keluarga Tn.Z mengatakan mengikuti anjuran perawatan memberikan makanan sedikit tapi sering untuk pemenuhan nutrisi Tn.Z.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tn.Z tampak mampu menghabiskan makanan lebih dari sebelumnya.</li> <li>b. Tn.Z tampak sudah tertarik untuk memulai makan.</li> <li>c. Tn.Z tampak sudah tidak terlalu mengeluhkan batuk yang biasanya mengganggu dirinya saat makan.</li> <li>d. Tn.Z tampak sudah menghabiskan makan lebih dari ½ porsi biasanya.</li> <li>e. Penambahan berat badan 2 kg. BB sebelum dirawat: 62 Kg TB : 165 cm BB sesudah: 61 Kg IMT : 22.4 Hb: 14,2 gr/dL Ht: 81,3%</li> </ol> <p>A:Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sudah teratasi.</p> <p>P: Intervensi dihentikan.</p>	<p>Indah</p>
<p>Rabu, 15 April 2020</p> <p>Jam 13.20 wib</p>	<p>Dx 4: Intoleransi aktifitas berhubungan</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga Tn.Z mengatakan sudah mampu mengerjakan badannya kekaan dan kekiri saat berabaring tanpa bantuan.</li> </ol>	<p>Indah</p>

	<p>dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.</p>	<p>b. Keluarga Tn.Z mengatakan masih kesulitan dalam duduk dan berjalan sendiri ke kamar mandi.</p> <p>c. Keluarga Tn.Z mengatakan Tn.Z masih mengeluhkan sesak apabila melakukan aktifitas terlalu banyak.</p> <p>O:</p> <p>a. Tn.Z tampak masih lemas dan kesulitan dalam melakukan aktifitas.</p> <p>b. Tn.Z tampak masih di pemantau oleh keluarga untuk duduk dan berjalan secara mandiri.</p> <p>c. Tn.Z tampak mampu melakukan miksa-miksa secara mandiri.</p> <p>d. Tn.Z tampak memerlukan bantuan keluarga untuk berjalan agar tidak jatuh.</p> <p>A: Intoleransi aktifitas teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan nomor 2 &amp; 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meminta keluarga untuk membantu memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial klien.</li> <li>2. Meminta keluarga untuk membantu mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan klien.</li> </ol>	
--	---	--	--