

**BAB III**  
**ASUHAN KEPERAWATAN**

**3.1 Pengkajian**

I. Identitas diri klien

Nama : Tn. M  
Umur : 60 (tahun)  
Tanggal pengkajian : 28 Januari 2020  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Status perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Suku : Buton  
Pekerjaan : Nelayan  
Lama bekerja : 25 tahun  
Pendidikan : SMP  
Alamat : Pulau Kosong – Kota Jayapura  
No. MR : 335655  
Tanggal masuk : 22 Januari 2020  
Sumber informasi : Pasien  
Diagnosa Medis : PPOK

Identitas Penaanggung Jawab

Nama : Ny.N  
Umur : 57 Tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Pekerjaan : IRT  
Hubungan dengan keluarga : Istri

## II. Alasan Masuk

Pasien mengatakan sesak nafas

## III. Riwayat Kesehatan

### 1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nafas sesak, sesak datang saat klien beraktifitas dan hilang saat istirahat, sesak datang tiba-tiba, klien mengatakan batuk disertai dahak dah sulit dikeluarkan, dahak dikeluarkan dengan batuk efektif, klien mengatakan letih, nafsu makan berkurang. Dari hasil observasi didapat klien tampak sesak, gelisah, klien menggunakan alat bantu pernafasan yaitu bahu, terpasang oksigen nasal kanul 5 lpm. Klien tampak batuk yang disertai dahak, dahak berwarna kuning, kental, klien tampak lemah, porsi makan yang dihabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi, klien terpasang infus di ekstremitas bawah dextra, infus terpasang asering drip aminophilin, TTV : TD = 100 mmHg, N = 85 kali/menit, RR = 27 kali/menit, S = 36,2 0C.

### 2. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan mengalami sesak sejak hari selasa tanggal 21 Januari 2020 saat sedang melaut menangkap ikan. Pada hari rabu tanggal 22 Januari 2020 pasien merasakan sesak semakin parah disertai batuk-batuk. Pasien lalu dibawa ke IGD RSUD Jayapura dan mendapatkan penanganan pertama terapi canul 5 lpm dan dipasang infus. Pasien disarankan dirawat inap karena kondisinya itu.

### 3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sudah punya riwayat PPOK sudah 3 kali masuk rumah sakit yaitu tahun 2015, 2019 dan sekarang.

### 4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga mereka tidak ada yang pernah menderita penyakit seperti penyakit yang diderita pasien saat ini dan penyakit keturunan seperti Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Asma.

## IV. Pola Fungsional menurut Virginia Henderson

### a. Pola Pernafasan

- Sebelum sakit : Klien mengatakan bernafas seperti biasa, pasien merupakan perokok aktif
- Saat dikaji : Klien mengatakan batuk dan merasa sedikit sesak untuk bernafas
- b. Pola Nutrisi
- Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit makan 3X sehari dengan lauk pauk dan minum  $\pm$  8 gelas / hari
- Saat dikaji : Klien mengatakan menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makan dan minum  $\pm$  5 gelas / hari
- c. Pola Eliminasi
- Sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1X/hari konsistensi padat, kekuningan bau khas, BAK  $\pm$  5 X/hari warna kekuningan, bau khas amoniak.
- Saat dikaji : Klien mengatakan selama dirumah sakit belum BAB, BAK  $\pm$  3X/hari, warna kekuningan bau khas amoniak.
- d. Pola Aktivitas
- Sebelum sakit : Klien mengatakan beraktivitas seperti biasanya dan bisa secara mandiri tanpa bantuan
- Saat dikaji : Klien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga, klien mengatakan lemas dan sulit untuk beraktivitas mandiri.
- e. Pola Istirahat Tidur
- Sebelum sakit : Klien mengatakan tidur  $\pm$  7-8 jam/hari tidur siang 1 jam/hari. Tidak ada gangguan saat istirahat.
- Saat dikaji : Klien mengatakan tidur sering terbangun karena sering batuk.
- f. Pola Berpakaian
- Sebelum sakit : klien mengatakan berganti pakaian 2X/hari dan dapat melakukan sendiri
- Saat dikaji : klien mengatakan mengganti baju dengan bantuan keluarga dan mengganti baju 2X/hari

## g. Pola Menjaga Suhu Tubuh

Sebelum sakit : Klien mengatakan jika cuaca panas menggunakan pakaian tipis dan jika dingin menggunakan jaket atau sarung

Saat dikaji : klien menggunakan baju tipis dan selimut

## h. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : Klien mengatakan mandi 2X/hari, Keramas 3X/hari, sikat gigi 2X/hari

Saat dikaji : Klien mengatakan mandi 2X/hari, jarang sikat gigi

## i. Pola Aman dan Nyaman

Sebelum sakit : Klien mengatakan merasa aman saat berkumpul dengan keluarga

Saat dikaji : Klien mengatakan tidak nyaman di rumah sakit dan ingin cepat pulang

## j. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan komunikasi menggunakan bahasa Indonesia tanpamengalami gangguan

Saat dikaji : Klien mampu berkomunikasi dengan baik

## k. Pola Spiritual

Sebelum sakit : Klien menagatakan beragama Islam da sholat 5 waktu

Saat dikaji : Klien selaluberdoa untuk sembuh

## l. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan rekreasi dengan nonton tv dan jalan-jalan ke rumah anak-anaknya

Saat dikaji : Klien tidak pernah keluar ruangan

## m. Pola Pekerjaan

Sebelum sakit : Klien biasa bekerja di lautan

Saat dikaji : Klien hanya tiduran di bad

## n. Pola Belajar

Sebelum sakit : Klien mengatakan mengetahui tentang informasi dari TV

Saat dikaji : Klien tau informasi dari perawat dan dokter

#### V. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis (CM)

Tanda-tanda vital :

- Tekanan Darah : 100/70 mmHg
- Nadi : 85 kali/menit
- Pernafasan : 30 kali/menit
- Suhu : 36 °C

Berat badan :

- Sebelum masuk RS : 45 kg
- BB sesudah masuk RS : 43 kg
- Tinggi badan : 165 cm

#### 1. Kepala

##### a. Rambut

Rambut berwarna hitam dengan kondisi rambut berminyak, berketombe, rambut ikal, dengan distribusi rambut jarang.

##### b. Mata

Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, pupil isokor, klien tidak pakai alat bantu penglihatan, sklera tidak ikterik.

##### c. Telinga

Simetris kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan, telinga ada serumen, klien tidak pakai alat bantu pendengaran.

##### d. Hidung

Simetris kiri dan kanan, hidung tampak bersih tidak ada secret, tidak ada lesi, tidak tampak ada polip, terpasang oksigen 5 liter, penciuman klien baik.

##### e. Mulut dan gigi

Mokusa bibir kering, gigi berwarna kuning dan ada sisa makanan, lidah tampak kotor, tonsil lengkap, palatum ada, stomatitis tidak ada.

2. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran getah bening

3. Thorax.

a. Paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, pergerakan dinding dada sama, memakai alat bantu pernafasan dengan bahu, pernafasan cepat dan dangkal.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, fremitus taktil sama kanan dan kiri.

Perkusi : Sonor di kedua bagian dinding dada.

Auskultasi : Ronkhi (+), Wheezing (+) kedua lapang paru.

b. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat.

Palpasi : Ictus cordis tidak teraba, tidak ada nyeri tekan saat dilakukan palpasi.

Perkusi : Saat diperkusi bunyi jantung redup.

Auskultasi : Tidak terdengar suara nafas tambahan, murmur (-), gallop (-).

4. Abdomen

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

Auskultasi : Bising usus normal 12x/I, bunyi vasikuler

Palpasi : Nyeri tekan epigastrium (-)

Perkusi : Timpani

5. Genetalia

Tidak terdapat lesi dan edema.

6. Ekstremitas

Ekstremitas atas : tangan kanan terpasang infus

Ekstremitas bawah : tidak ada lesi, edema dan varises

7. Integument

Warna kulit sawo matang, lembab dan turgor kulit jelek

## 8. Kekuatan otot

5	5
5	5

## VI. Pemeriksaan penunjang

## A. Laboratorium

Tanggal 23 Januari 2020

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Darah lengkap			
Hemoglobin	14,3	11,2 – 17,3	g/dL
Leukosit	H 12140	3800 – 10600	/uL
Hematokrit	45	40 -52	%
Eritrosit	3,2	4,4 – 5,0	$10^6$ /uL
Trombosit	L 139,000	150,000 – 440,000	/uL
MCV	26,5	26 – 34	fL
MCH	33,5	32 – 36	%
MCHC	H 15,9	11,5 – 14,5	%
MVP	11,5	9,4 – 12,4	fL
Hitung jenis			
Basofil	0,9	0 – 1	%
Eosinofil	L 0,0	2 – 4	%
Batang	L 2,4	3 – 5	%
Segmen	H 88,9	56 – 70	%
Limfosit	L 5,4	25 – 40	%
Monosit	N 104	2 – 6	%
Kimia klinik			
Ureum darah	28,7	Mg/dL	14,08 – 35,52
Kreatinin	0,79	Mg/dL	0,70 – 1,30
Glukosa sewaktu	III	Mg/dL	200

## B. Pemeriksaan Radiologi

Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan/Interpretasi
25 Januari 2020	EKG	Intervention sinus tachicardi R/S Invansion area vetneem Vs and V6 Abnormal EKG.
25 Januari 2020	Rontgen Thorax Pa View	Bronchitis Pleural Reaction bilateral Besar cor normal Trachea dan medistinum di tenggah Tak tampak penebalan hilus Sistema tulang tidak tampak kelainan.

## VII. Data pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Waktu	Indikasi	Kontra Indikasi	Efek Samping
1	Nitralkor (oral)	2 x 1 mg	Jam 06.00 dan jam 18.00	Nyeri dada yang berhubungan dengan suplai darah	Glaukoma, anemia berat, peningkatan TIK, dll.	Sakit kepala berdenyut, sensasi rasa terbakar dikulit, memburuknya nyeri dada, mual, memperlambat denyut jantung, dll.
2	Lanzoprazoel (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	Pada pasien asam lambung dan esofagus	Diare, penyakit hati, dll.	Pusing, denyut jantung cepat, gerak otot menyentak, gelisah, batuk atau tersedak, dll.
3	ISDN (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	Pada pasien angina dan gagal jantung	Hipotensi, anemia, dehidrasi, gangguan fungsi hati dll.	Pusing, sakit kepala, mual, kulit memerah atau timbul ruam dll.
4	Damco	2 x1 mg	Jam 06.00 dan jam 18.00	Penyakit arteri perifer, penyakit buergar, obliterans	Pasien perdarahan dan ibu Hamil.	Sakit kepala, diare, mual dll.

				arteriosclerosis		
5	Arkine (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	Mengobati gejala parkinson	Pada pasien glaukoma sudut sempit, ileus paralitik, hipertrofi prostat	Kekeringan pada mulut, cepat lelah, mual dan muntah, konstipasi dll.
6	Haloperido (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	Pasien skizofrenia		Gatal-gatal, disfungsi ereksi, otot kaku, gejala seperti penyakit parkinson dll.
7	Methil. P (injeksi)	1 x 1 ampul	Jam 21.00	Pada pasien yang alergi dan inflamasi	Penderita hipertensi, jantung, ginjal, hati, diabetes.	Mual dan muntah, nyeri ulu hati, sakit perut, gangguan pencernaan, lemas dan lelah, sulit tidur dll.
8	Lasix (injeksi)	1 x 1 Ampul	Jam 06.00	Pasien yg mengalami edema	Pada pasien yang alergi furosemid, hipotensi dan	Hipokalamia dan peningkatan kadar asam urat.

					anuria.	
9	Combivent (injeksi)	3 x 1 mcg	Jam 05.00, 13.00 dan 21.00	Pasien ppok dan asma	Pasien jantung, kejang, diabetes, glaukoma dll.	Sakit kepala, pusing, rasa mual, mulut kering, tremor dll.
10	Nairet (injeksi)	3 x 0,3 mg	jam 05.00, 13.00 dan 21.00	Asma bronkial, bronkitis, emfisema	Pasien dengan MAOI	Tremor, kram kronik, Palpitasi.
11	Bisolvon (injeksi)	3 x 1	Jam 05.00, 13.00 dan 21.00	Pasien batuk Berdahak.	Pasien tukak lambung yg berat dan aktif.	Gangguan saluran pencernaan, mual, muntah, diare, konstipasi dan nyeri lambung.

### KLASIFIKASI DATA

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nafas sesak.</li> <li>• Klien mengatakan sesak datang saat beraktifitas dan hilang saat istirahat.</li> <li>• Klien mengatakan sesak datang tiba – tiba.</li> <li>• Klien mengatakan nafsu makan kadang ada kadang tidak.</li> <li>• Klien mengatakan badannya letih.</li> <li>• Klien mengatakan batuk yang disertai dahak dan sulit untuk dikeluarkan.</li> <li>• Klien mengatakan nafsu makan kurang.</li> <li>• Klien mengatakan minum hanya 5 gelas sehari.</li> <li>• Klien mengatakan belum ada gosok gigi sejak awal masuk RS.</li> <li>• Klien mengatakan badan hanya di lap.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak sesak.</li> <li>2. Klien tampak gelisah.</li> <li>3. TTV : TD : 100/70mmHg, N : 80 kali/menit, RR : 27 kali/menit dan S : 36,2 °C.</li> <li>4. Klien tampak menggunakan otot bantu pernafasan.</li> <li>5. Klien tampak bernafas cepat tapi dangkal.</li> <li>6. Wheezing (+), Rhonki (+) seluruh lapang paru.</li> <li>7. Klien terpasang oksigen nasal kanul 5 L.</li> <li>8. Konjungtiva tampak anemis</li> <li>9. Klien tampak batuk disertai dahak, dahak berwarna kuning kental.</li> <li>10. Gigi klien tampak kuning dan terdapat sisa makanan.</li> <li>11. Klien terpasang infus pada ekstremitas.</li> <li>12. Sebelum masuk RS : 45 kg</li> <li>13. BB sesudah masuk RS : 43 kg</li> <li>14. Tinggi badan : 165 cm</li> <li>15. IMT : 15,8 (Kurus)</li> <li>16. Porsi yang dihabiskan hanya ½ porsi.</li> <li>17. Semua aktifitas dibantu perawat dan keluarga.</li> <li>18. Turgor kulit jelek.</li> </ol>

	<p>19. Mukosa bibir klien tampak pucat.</p> <p>20. Hasil pemeriksaan X-Ray : kesan : Bronkitis</p> <p>21. Rambut tampak berminyak dan berketombe</p>
--	--

## ANALISA DATA

No	Data	Problem	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan batuk yang disertai dahak dan sulit untuk dikeluarkan.</li> <li>• Klien mengatakan nafas sesak.</li> <li>• Klien mengatakan sesak datang saat beraktifitas dan hilang saat istirahat.</li> <li>• Klien mengatakan sesak datang tiba-tiba.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak sesak.</li> <li>• Klien tampak gelisa.</li> <li>• Klien tampak bernafas cepat tapi dangkal.</li> <li>• Wheezing (+), Rhonki (+) seluruh lapang paru.</li> <li>• Klien terpasang oksigen nasal kanul 5 L.</li> <li>• Klien tampak batuk disertai dahak, dahak berwarna kuning kental.</li> <li>• TTV : TD : 100/70mmHg RR : 27 x/m N : 80 kali/menit S : 36,2 °C.</li> <li>• Hasil pemeriksaan X-Ray : kesan : Bronkitis</li> </ul>	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Penumpukan sekret

2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan badannya letih.</li> <li>• Klien mengatakan nafas sesak.</li> <li>• Klien mengatakan sesak datang saat beraktifitas dan hilang saat istirahat.</li> <li>• Klien mengatakan sesak datang tiba – tiba</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum : Lemah</li> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Klien mengatakan lemas</li> <li>• Semua aktifitas dibantu perawat.</li> <li>• TTV : TD : 100/70 mmHg, N : 80 kali/menit, R : 27 kali/menit S : 36,2 °C.</li> </ul>	Intoleransi aktifitas	Ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh
3.	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nafsu makan kurang.</li> <li>• Klien mengatakan nafsu makan kadang ada kadang tidak.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porsi yang dihabiskan hanya ½ porsi.</li> <li>• Sebelum masuk RS : 45 kg</li> <li>• BB sesudah masuk RS : 43 kg</li> <li>• IMT : 15,8 (Kurus)</li> <li>• Konjungtiva tampak anemis</li> <li>• Turgor kulit jelek.</li> <li>• Mukosa bibir klien tampak pucat.</li> </ul>	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Faktor biologis

4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan belum ada gosok gigi sejak awal masuk RS.</li> <li>• Klien mengatakan badan hanya di lap.</li> <li>• Klien mengatakan lemas dan sulit untuk beraktivitas mandiri.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gigi klien tampak kuning dan terdapat sisa makanan.</li> <li>• Rambut klien tampak berminyak dan berketombe.</li> <li>• Semua aktifitas dibantu keluarga dan perawat.</li> <li>• TTV : TD : 100/70mmHg, N : 80 kali/menit, R : 27 kali/menit S : 36,2 °C.</li> </ul>	Defisit perawatan diri	Kelemahan
---	--	------------------------	-----------

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh.
3. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

### 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa	NOC	NIC	Rasional
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam diharapkan masalah teratasi dengan, kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah).</li> <li>Menunjukkan jalan nafas yang paten</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Latih pasien untuk melakukan terapi <i>Active Cycle Of Breathing Technique</i> (ACBT)</li> <li>Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning.</li> <li>Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning.</li> <li>Ajarkan klien melakukan nafas dalam sebelum suction dilakukan.</li> <li>Berikan O<sup>2</sup> dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi menghisapan lendir nasotrakeal.</li> <li>Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Membersihkan sekret dan mempertahankan fungsi paru</li> <li>Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan nafas pasien.</li> <li>Mengetahui suara nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O<sup>2</sup> Pasien.</li> <li>Memberi pemahaman kepada keluarga mengenai indikasi kenapa dilakukan tindakan suction.</li> <li>Membantu pasien rileks dan memudahkan dilakukan suctioning.</li> <li>Meringankan kerja paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen serta memenuhi kebutuhan oksigen dalam</li> </ol>

		<p>(klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas.</li> </ul>	<p>8. Monitor status oksigen pasien.  9. Hentikan tindakan penghisapan lendir dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O<sup>2</sup>, dll.  10. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thurst bila perlu.  11. Anjur klien meminum air hangat  12. Kolaborasi untuk pemberian terapi bronkodilator</p>	<p>tubuh.  7. Untuk melindungi tenaga kesehatan dan pasien dari penyebaran infeksi dan memberikan pasien safety.  8. Mengetahui adanya perubahan nilai SaO<sub>2</sub> dan status hemodinamik, jika terjadi perubahan suction bisa dihentikan.  9. Mencegah peningkatan mukosa, membantu mengencerkan sekret  10. Untuk memaksimalkan ekspansi paru  11. Air hangat dapat membantu mengencerkan air hangat  12. Membantu mempercepat penyembuhan</p>
2	Intoleransi aktivitas berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam diharapkan masalah	<p>1. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitas medik dalam merencanakan program terapi yang</p>	<p>1. Membantu mempercepat penyembuhan klien  2. Mengetahui kemampuan klien dalam</p>

	<p>dengan ketidakseimbangan suplai O<sup>2</sup> ke tubuh</p>	<p>teratasi dengan, kriteria hasil :</p> <p>Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu melakukan aktifitas sehari (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 kardiopulmunari</li> </ul>	<p>tepat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.</li> <li>3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial.</li> <li>4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.</li> <li>5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.</li> <li>6. Bantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai.</li> <li>7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.</li> <li>8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam</li> </ol>	<p>melakukan aktifitas sesuai kemampuannya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Semangat yang positif akan meningkatkan semangat klien sehingga mampu melakukan aktifitas.</li> <li>4. Penguatan dan motivasi memberikan klien kekuatan sehingga bisa melakukan aktifitasnya</li> <li>5. Mempermudah klien beraktifitas</li> <li>6. Mengetahui kemampuan klien dalam melakukan aktifitas sesuai kemampuannya.</li> <li>7. Membantu mengingat apa yang harus dikerjakan</li> <li>8. Mengetahui kemampuan klien dalam melakukan aktifitas sesuai kemampuannya.</li> <li>9. Semangat positif akan memberikan</li> </ol>
--	---	--	--	---

		<p>adekuat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sirkulasi status baik</li> </ul> <p>Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat</p>	<p>beraktivitas.</p> <p>9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif.</p> <p>10. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.</p>	<p>kekuatan</p> <p>10. Aktifitas mempengaruhi respon klien terhadap kondisi fisik, sosial, emosi maupun spiritual.</p>
3	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam Diharapkan masalah teratasi dengan, Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>• Berat badan ideal dengan tinggi badan</li> <li>• Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>• Tidak ada tanda-tanda</li> </ul>	<p>1. Kaji adanya alergi makanan.</p> <p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien.</p> <p>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake.</p> <p>4. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</p> <p>5. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</p> <p>6. Ajarkan pasien bagai mana membuat catatan makanan harian.</p> <p>7. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan</p>	<p>1. Menentukan kebutuhan diet yang tepat bagi pasien</p> <p>2. Jumlah kalori dan nutrisi yang tepat dapat memenuhi kebutuhan tubuh akan nutrisi</p> <p>3. Zat besi berfungsi membantu metabolisme dalam tubuh</p> <p>4. Makanan dengan tinggi serat selain mencegah konstipasi juga membantu penyerapan nutrisi</p> <p>5. Membantu mempercepat penyembuhan</p> <p>6. Memudahkan untuk mengingat</p> <p>7. Mengevaluasi status nutrisi dan</p>

		malnutrisi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul>	kalori. 8. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 9. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.	kandungan kalori klien, juga untuk menentukan perubahan intervensi 8. Peningkatan pengetahuan tentang nutrisi dapat meningkatkan partisipasi klien dalam penentuan nutrisi 9. Mengetahui sejauh mana pemahaman klien.
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam Diharapkan masalah teratasi dengan, Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terbebas dari bau badan.</li> <li>• Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs.</li> </ul>	1. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 2. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 3. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 4. Dorong untuk melakukan secara	1. Mengetahui kemampuan klien untuk menjaga kebersihan 2. Mempermudah klien dan membuatnya terjaga dari bahaya 3. Semangat akan mendorong klien bisa melakukan secara normal 4. Mengukur sejauh mana kemampuan klien 5. Motivasi yang diberikan akan mempercepat penyembuhan 6. Mempercepat penyembuhan

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</li> </ul>	<p>mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.</p> <p>5. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</p> <p>6. Berikan aktifitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</p> <p>7. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari</p>	<p>7. Kemampuan fisik yang dilihat dari usia menjadi pertimbangan dilakukan aktifitasnya.</p>
--	--	---	--	---

#### 4.4 Implementasi & Evaluasi

No	Hari/Tanggal	Diagnosa	Jam/ WIT	Implementasi	Evaluasi
1.	29 Januari 2020	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret	07.25  07.30  07.35 07.40  07.45  07.50  07.55	1. Melatih pasien untuk melakukan terapi Active Cycle Of Breathing Technique (ACBT) 2. Memberikan O <sup>2</sup> menggunakan nasal kanul. 3. Memonitor status oksigen pasien. 4. Memberikan posisi yang memaksimalkan ventilasi. 5. Menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan. 6. Menganjurkan klien meminum air hangat 7. Kolaborasi untuk pemberian terapi bronkodilator	Tanggal : 29 Januari 2020 Pukul : 13.30 WIT S : • Klien mengatakan batuk-batuk. • Klien mengatakan dahak keluar sedikit. O : • Klien tampak batuk dan mengeluarkan dahak. • Dahak klien berwarna putih kental sebanyak ±3 CC • Terpasang nasal kanul O <sub>2</sub> 3L • Suara nafas ronchi

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 110/70 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36,9 °C.</li> </ul> <p>A : Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>
2	29 Januari 2020	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh	08.00 08.05 08.10 08.15	<p>1. Berkolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medis dalam merencanakan program terapi yang tepat.</p> <p>2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.</p> <p>3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial.</p> <p>4. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.</p>	<p>Tanggal : 29 Januari 2020</p> <p>Pukul : 13.40 WIT</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kedua tungkai masih lemah.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak masih susah mengerakkan kaki</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>

			08.20	5. Membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.	
			08.25	6. Membantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai.	
			08.30	7. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.	
3	29 Januari 2020	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis	08.45	1. Mengkaji adanya alergi makanan.	Tanggal : 29 Januari 2020
			08.50	2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien.	Pukul : 13.50 WIT
			08.55	3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake.	S :
			09.00	4. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nafsu makannya menurun karena batuk.</li> <li>• Klien mengatakan tidak dapat menghabiskan makanan karena tidak nafsu makan</li> </ul>
					O :
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak tidak</li> </ul>

					<p>menghabiskan makanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makanan klien habis hanya ½ porsi.</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.</li> </ul> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji adanya alergi makanan.</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi.</li> </ul>
4	29 Januari 2020	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	09.05  09.10	<p>1. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</p> <p>2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-</p>	<p>Tanggal : 29 Januari 2020</p> <p>Pukul : 14.00 WIT</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan belum ada gosok gigi.</li> </ul>

			09.20	care. 3. Memberi dorong pada klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.	O : • Gigi klien masih kuning dan masih ada sisa makanan di gigi.
			09.30	4. Memberi dorongan untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.	A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

### CATATAN PERKEMBANGAN I

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam / WIT	Intervensi Keperawatan	Evaluasi	Paraf
30 Januari 2020	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret	15.00	1. Melatih pasien untuk melakukan terapi <i>Active Cycle Of Breathing Technique</i> (ACBT)	Tanggal: 30 Januari 2020 Pukul : 18.30 WIT	
		15.05	2. Memberikan O <sup>2</sup> menggunakan nasal kanul.	S : • Klien mengatakan batuk-batuk.	
		15.10	3. Memonitor status oksigen pasien.	• Klien mengatakan dahak keluar	
		15.15	4. Memberikan posisi yang memaksimalkan ventilasi.	O : • Klien tampak batuk dan mengeluarkan dahak ±6 CC.	
		15.20	5. Menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.	• Warna dahak putih mulai cair.	
		15.25	8. Menganjurkan klien meminum air hangat	• Suara nafas ronchi	
		15.30	9. Kolaborasi untuk pemberian terapi bronkodilator	TD :110/70 mmHg, N : 85 x/menit,	



		15.50	4. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.	sebagian P : • Intervensi dihentikan • Anjurkan pasien melatih berjalan perlahan.	
		15.55	5. Membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.		
		16.00	6. Membantu untuk mengidentifikasi an aktivitas yang sesuai.		
		16.05	7. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.		
30 Januari 2020	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Berhubungan	16.10	1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake.	Tanggal: 30 Januari 2020 Pukul : 18.50 WIT	
		16.15	2. Meyakinkan diet yang dimakan	S :	

	dengan faktor biologis	16.20	<p>mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</p> <p>3. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan makan klien masih sedikit.</li> <li>• Keluarga klien mengatakan klien hanya minum susu dan pisang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makanan klien habis 1/2 dari porsi yang diberikan.</li> <li>• Mukosa bibir klien terlihat kering</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh mulai teratasi.</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi : Anjurkan</li> </ul>	
--	------------------------	-------	--	--	--

				klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan	
30 Januari 2020	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	16.25  16.30  16.35	1. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 3. Memberi dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.	Tanggal: 30 Januari 2020 Pukul : 19.00 WIT S : • Klien mengatakan mulut sudah segar O : • Tampak kuning digigi klien sudah berkurang dan sisa makanan tidak ada lagi. A : • Masalah teratasi P : • Intervensi dilanjutkan	

				perawat ruangan	
--	--	--	--	--------------------	--

## CATATAN PERKEMBANGAN II

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam / WIT	Intervensi Keperawatan	Evaluasi	Paraf
31 Januari 2020	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret	08.00  08.10  08.15   08.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien untuk melakukan terapi <i>Active Cycle Of Breathing Technique</i> (ACBT)</li> <li>2. Memberikan O<sup>2</sup> menggunakan nasal kanul.</li> <li>3. Memonitor status oksigen pasien.</li> <li>4. Memberikan posisi yang memaksimalkan ventilasi.</li> <li>10. Menganjurkan klien meminum air hangat</li> <li>11. Menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> </ol>	Tanggal : 31 Januari 2020 Pukul : 14.30 WIT  S : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan batuk berkurang.</li> <li>• Klien mengatakan dahak sudah di keluarkan</li> </ul> O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batuk klien tampak sudah berkurang.</li> <li>• Dahak klien tampak banyak ±7 CC.</li> <li>• Dahak</li> </ul>	

				<p>encer putih</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TTV : TD :110/70 mmHg, N : 83 x/menit, RR : 20 x/menit, S :36,2 °C.</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah ketidak efektifan nafas teratasi sebagian.</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.</li> </ul>	
31 Januari 2020	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis	08.30  08.35  08.40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake.</li> <li>2. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</li> <li>3. Berikan makanan</li> </ol>	<p>Tanggal: 31 Jauari 2020 Pukul :14.40 WIT</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan makan klien masih sedikit.</li> </ul>	

			<p>yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makanan klien habis 1/2 dari porsi yang diberikan.</li> <li>• Mukosa bibir klien terlihat kering</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian.</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan.</li> <li>• Intervensi dilanjutkan oleh perawat</li> </ul>	
--	--	--	---	---	--

				ruanagan.	
--	--	--	--	-----------	--