

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN

Gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien asma, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai 01 Juni 2019 s.d 03 Juni 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 01 Juni 2019 pukul 08.00 WIB. Anamnesa di peroleh dari klien, keluarga dan file no registrasi xxx657 sebagai berikut :

4.1 Identitas Klien

Nama/inisial	: Ny. W
Umur	: 31 Tahun
No.Register	: xxx657
Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Alamat	: Balong
Status Perkawinan	: Menikah
Pendidikan terakhir	: SLTP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Golongan Darah	: O
Tanggal/jamMRS	: 31 Mei 2019 / 10.10 WIB
Tanggal/jam Pengkajian	: 01 Juni 2019 / 08.00 WIB
Dx. Medis	: Asma

4.2 Keluhan Utama

Saat MRS : klien mengatakan sesak nafas

Saat Pengkajian : klien mengatakan sesak nafas

4.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 29 Mei 2019 klien mengatakan sesak nafas karena aktivitas yang berlebih disertai dengan batuk berdahak. Selama 3 hari dirumah klien tidak ada pengobatan apapun hanya dibiarkan saja. Kemudian pada tanggal 31 Mei 2019 karena sesak nafas semakin berat dan batuk tidak segera sembuh disertai dahak yang susah keluar akhirnya klien di bawa ke IGD RSUD dr. Hardjono Ponorogo oleh suaminya tanggal 31 Mei 2019 jam 10.10 WIB langsung ditangani oleh dokter dan perawat IGD dan diberikan O2 nassal 3 lpm dengan TTV TD : 130/70 mmHg RR : 30x/menit Nadi : 129x/menit Suhu : 36.0°C oleh dokter klien di diagnosa asma. Klien terpasang infus sodium chloride 0,9% 20 tpm dan diberikan terapi ranitidin 50 mg/IV, dexamhetasone 5 mg/IV, ceftriaxone 1 gram/IV, dan nebulizer ventolin (2.5 mg) + sodium chloride 0.9% (10 ml). Kemudian klien di rawat di ruang asoka RSUD dr. Hardjono Ponorogo untuk perawatan lanjut pada pukul 13.30 WIB.

Saat pengkajian pada tanggal 01 Juni 2019 pukul 08.00 WIB klien masih mengeluh sesak nafas, batuk disertai dahak yang susah keluar, sesak dan kelelahan setelah aktivitas berjalan ke kamar mandi. Dengan TTV TD : 120/70 mmHg, RR : 24x/menit, Nadi : 110x/menit, Suhu : 35.9°C, SpO2 : 92%, terpasang O2 nassal 3 lpm.

4.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien memiliki riwayat asma sejak kecil, pasien juga sering mengeluh sesak ketika pasien merasa kelelahan dan alergi terhadap debu, serbuk dan bulu binatang. Pasien juga sering sekali rawat inap di RSUD dr. Hardjono Ponorogo dengan keluhan sesak nafas.

4.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan dari anggota keluarga pasien tidak ada yang menderita asma seperti pasien, alergi terhadap debu, serbuk, bulu binatang, penyakit menurun seperti DM, Hipertensi dan penyakit menular TBC, HIV/AIDS, Hepatitis.

4.6 Riwayat Psikososial

a. Persepsi dan harapan klien terhadap masalahnya

Klien berpersepsi bahwa penyakitnya adalah ujian dari Allah Swt dan berharap penyakitnya bisa segera sembuh dan cepat pulang dari rumah sakit agar dapat lebaran dirumah.

b. Persepsi dan harapan keluarga terhadap masalah klien

Keluarga klien berpersepsi bahwa penyakit klien adalah ujian dari Allah swt dan berharap klien cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti sehari-hari, bisa lebaran dirumah dengan keluarga.

c. Pola interaksi dan komunikasi

Klien mampu berinteraksi dengan baik pada keluarganya ataupun pada masyarakat sekitar saat di rumah, dan juga dengan perawat klien bisa berkomunikasi menggunakan bahasa yang dengan baik.

d. Pola Pertahanan

Saat penyakit asmanya kambuh, keluarga klien membawa klien ke rumah sakit dan selalu merawat klien saat klien sakit.

e. Pola nilai dan kepercayaan

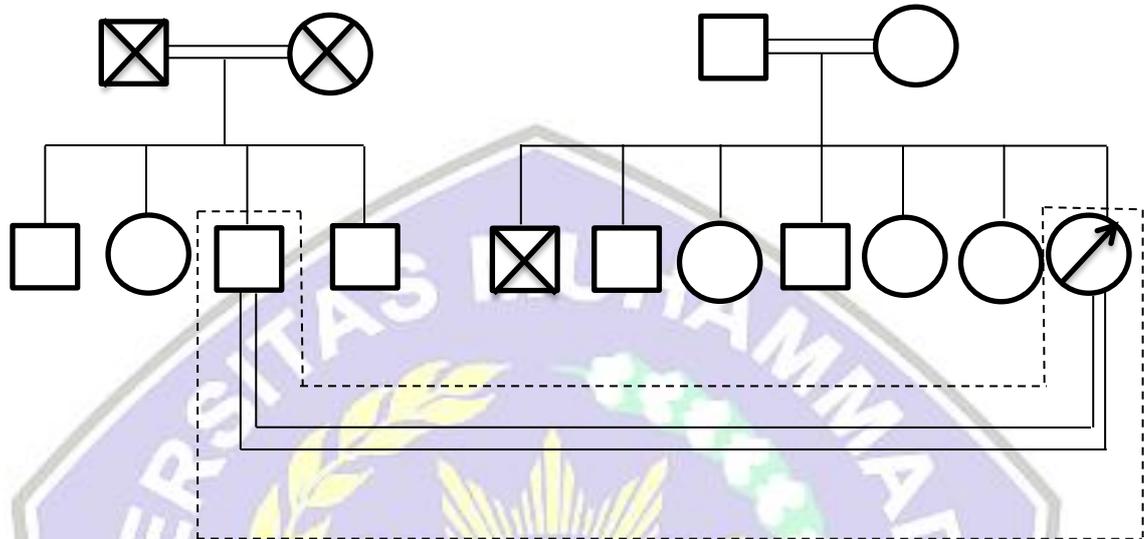
Klien beragam islam, klien selalu berdoa kepada Allah Swt agar sakitnya segera sembuh.



f. Genogram

Gambar 4.1

Genogram keluarga Ny. W



Keterangan :



: laki-laki



: pasien



: perempuan

: satu keturunan



: laki-laki meninggal

: menikah



: perempuan meninggal

: tinggal serumah

4.7 Pola Kesehatan Sehari-hari

POLA-POLA	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
a. Nutrisi	Klien makan 3x sehari porsi sedang, dengan menu nasi, sayur, lauk pauk, kadang makan buah. Minum air putih kurang lebih 8 gelas /hari.	Klien makan 3x sehari porsi sedikit ± 3 sendok dengan menu nasi, sayur, lauk karena jika makan banyak klien merasa mual. Minum air putih ± 250 ml sehari. Diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein).
b. Eliminasi BAK	Klien BAK 5-6x/hari, konsistensi cair, warna kuning, bau khas urine.	Klien BAK 5-6x dalam sehari. Dengan konsistensi cair, warna kekuningan, bau khas urine. Klien ke kamar mandi di bantu oleh keluarga.
BAB	Klien BAB 1x /hari, warna kuning, lunak, bau khas feses.	Klien belum BAB sejak masuk rumah sakit sampai dilakukan pengkajian selama 2 hari. Klien ke kamar mandi di bantu oleh keluarga.
c. Istirahat	Klien tidur siang pukul 13.00-14.00, tidur malam pukul 21.00-05.00. tidur kurang lebih 8 jam /hari	Klien tidur siang pukul 13.00-14.00, tidur malam mulai pukul 21.00-05.00 tapi kadang klien terbangun tengah malam karena batuk dan sesak.
d. Personal Hygiene	Klien mandi 2x sehari, gosok gigi saat mandi, ganti baju setelah mandi, keramas 2x /minggu	Klien disibin dengan bantuan keluarga/perawat pagi dan sore, ganti baju setelah sibin, menggosok gigi 1x sehari.
e. Aktivitas	Klien beraktivitas sebagai ibu rumah tangga, kadang sore klien ke sawah	Klien hanya berbaring di bed pasien, ketika mau ke kamar mandi klien dibantu berjalan oleh keluarga.

4.8 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Lemah. GCS : Composmentis E:4 V:5 M:6

Tanda Vital

TD : 120/70 mmHg

Nadi : 110x/menit

Respirasi : 24x/menit

Suhu : 35.9°C

SpO₂ : 92%

Terpasang infus sodium chloride 0,9% drip aminophylin 360 mg di tangan kirinya 20 tpm

Terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm

Posisi tidur semi fowler

2. Pemeriksaan Head To Toe

a. Kepala

Inspeksi : bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, warna rambut hitam, terdapat ketombe,

Palpasi : penyebaran merata.
tidak ada nyeri tekan.

b. Muka

Inspeksi : bentuk muka simetris kanan dan kiri, tidak ada oedem, bekas luka, warna kulit muka sawo matang, muka tampak pucat.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

- c. Mata
Inspeksi : simetris, konjungtiva merah muda, seklera putih, tidak ada penurunan penglihatan, bulu mata merata.
- d. Telinga
Inspeksi : telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada odema, tidak ada benjolan, tidak ada
Palpasi : serumen.
tidak ada nyeri tekan.
- e. Hidung
Inspeksi : fungsi penciuman baik, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada benjolan, bagian
Palpasi : dalam hidung lembab.
tidak ada nyeri tekan.
- f. Mulut dan Faring
Inspeksi : bibir mulut simetris, mukosa bibir kering, tidak ada lesi, tidak ada bau mulut, tidak terdapat karang gigi, gigi lengkap.
- g. Leher
Inspeksi : tidak terdapat luka, penyebaran warna kulit
Palpasi : merata.
tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tyroid dan limfe.
- h. Payudara dan Ketiak
Tidak Terkaji
- i. Thorax
Inspeksi : pergerakan dada simetris, bentuk dada normal *chest*, tidak ada retraksi interkosta, tidak ada
Palpasi : lesi.
tidak ada nyeri tekan

- j. Paru-paru
- Inspeksi : bentuk dada normal *chest*, simetris, pola/irama nafas tidak teratur, respirasi
- Palpasi : 24x/menit, dyspnea.
- Perkusi : focal fremitus kanan dan kiri bergetar sama-
- Auskultasi : sama.
suara perkusi sonor.
terdengar suara tambahan wheezing dan ronchi.
- k. Jantung
- Inspeksi : pulsasi ictus cordis terlihat di ICS V midclavicula sinistra.
- Palpasi : pulsasi ictus cordis teraba di ICS V midclavicula sinistra.
- Perkusi : suara perkusi jantung redup.
- Auskultasi : BJ 1 dan BJ 2 terdengar tunggal, tidak terdapat suara tambahan.
- l. Abdomen
- Inspeksi : warna kulit merata, tidak ada luka bekas operasi, bentuk datar.
- Auskultasi : bising usus terdengar 10x/menit.
- Perkusi : terdengar tymphani di seluruh abdomen.
- Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan abnormal dan massa, tidak ada pembesaran lien.
- m. Integumen
- Inspeksi : warna kulit coklat, tidak ada lesi, turgor kulit baik CRT < 2 detik.

n. Ekstermitas

Inspeksi : tangan kiri terpasang infus sodium chloride 0,9% aminophylin 360 mg 20 tpm.

KO :	odema :	fraktur :
4	4	-
4	4	-

o. Genetalia dan sekitarnya

Tidak Terkaji

p. Status Neurologis

1).Tingkat Kesadaran : Composmetris, di buktikan dengan pasien sadar sepenuhnya, pasien dapat menjawab semua pertanyaan apa yang di tanyakan oleh keluarga dan perawat

GCS: 456, di buktikan dengan apabila pasien di panggil namanya langsung spontan melihat kearah sumber suara, pasien berbicara dengan lancar jelas dengan bahasa jawa kadang bahasa Indonesia, pasien mengikuti perintah dari perawat.

2). Uji Syaraf Cranial

- a. Nervus olfaktorius : pasien memiliki penciuman yang baik
- b. Nervus optikus : pasien memiliki penglihatan yang baik
- c. Nervus Okulomotorius : pasien dapat menggerak kan kelopak mata ke atas, pupil isokor
- d. Nervus trachealis : pasien dapat melirik kesamping dan ke bawah
- e. Nervus Trigeminus : pasien dapat membuka rahang
- f. Nervus abducent : pasien dapat melirik kekanan dan kekiri
- g. Nervus Facialis : pasien dapat mengangkat alis dengan simetris
- h. Nervus auditorius : pasien mampu mendengar suara perawat

- dengan jelas
- i. Nervus glossofaringeus : pasien dapat membedakan antara susu dan air putih
 - j. Nervus vagus : pasien dapat menelan dengan baik
 - k. Nervus asesorius : pasien mamapu menggerakkan bahu keatas dan kebawah.
 - l. Nervus Hipoglasus : pasien dapat menggerakkan lidah
- 3). Fungsi Motorik : kemampuan motorik pasien baik, di buktikan dengan pasien tidak ada kelumpuhan pada pasien, apabila di beri rangsangan nyeri pasien bisa mengetahui lokasi nyeri nya.
- 4). Fungsi Sensorik : sentuhan pasien normal, di buktikan dengan pasien dapat membedakan panas dan dingin, tajam dan tumpul, dan getaran yang di berikan.



4.9 Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium :

Tanggal : 31-05-2019 05:37:51

Nama test	Flag hasil	Satuan	Nilai rujukan
Kimia klinik			
Ureum	14.80	mg/dL	10 – 50
Creatinin	L 0.46	mg/dL	0,6 – 1,3
Asam urat	4.4	mg/dL	2,6 – 6,0
SGOT	29	U/L	1 – 37
SGPT	25	U/L	1 – 40
Gamma GT	12	U/L	5 – 61
Alkali fosfatase	56	U/L	30-120
Protein total	6.9	g/dl	6,2 – 8,5
Albumin	3.9	g/dl	3,5 – 3,0
Globulin	3.0	g/dl	1,5 – 3,0
Bilirubin total	0.30	mg/dL	0,2 – 1,2
Bilirubin direk	0.17	mg/dL	0 – 0,5

Tanggal : 31-05-2019 01:32:08

Nama test	Flag hasil	Satuan	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
Darah lengkap :			
Hemoglobin (HGB)	L 10.5	g/dl	11,7 – 15,5
Eritrosit (RBC)	4.65	10 ⁶ / μ L	3,80 – 5,20
Leukosit (WBC)	H 11.5	10 ³ / μ L	4,1 – 10, 9
Hematokrit	L 34.1	%	36,0 – 56,0
Trombosit (PLT)	273	10 ³ / μ L	150 – 450
MCV	L 73.3	Fl	80,0 – 100, 0
MCH	L 22.6	Pg	28,0 – 36,0
MCHC	L 30.8	g/dl	31,0 – 37,0
RDW-CV	H 18.1	%	10,0 – 16,5
PDW	17.9	%	12,0 – 18,0
MPV	5.7	Fl	5,0 – 10,0
PCT	0.16	%	0,10 – 1,00
Hitung jenis (diff) :			
Eosinofil	2.1	%	0,0 – 6,0
Basofil	0.5	%	0,0 – 2,0
Neutrofil	77.4	%	42,0 – 85,0
Limfosit	L 10.6	%	11,0 – 49,0
Monosit	H 9.4	%	0,0 – 9,0
KIMIA KLINIK			
Glukosa Sewaktu	108	mg/dL	30-180

4.10 Penatalaksanaan

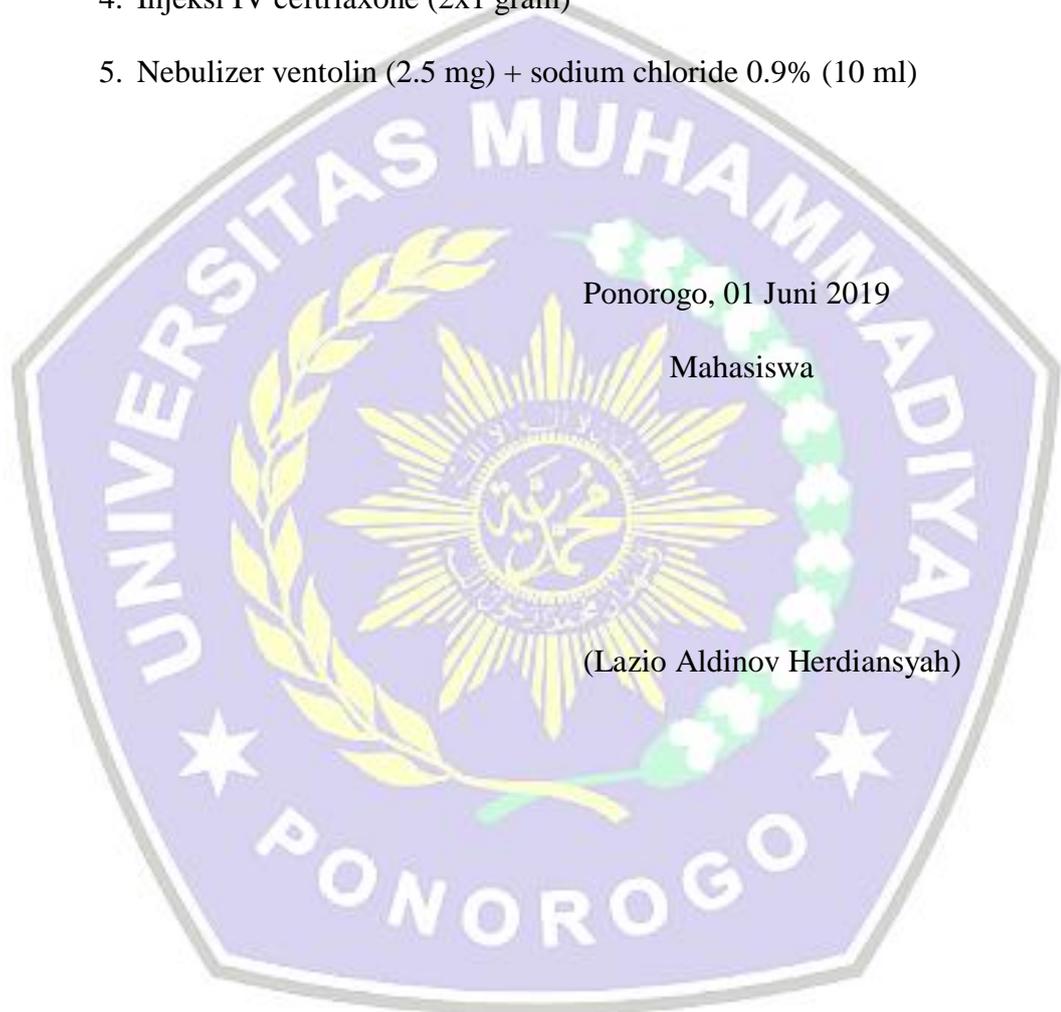
Tanggal : 31 Mei 2019

1. Infus sodium chloride 0,9% + drip aminophylin (360 mg)
2. Injeksi IV ranitidin (2x50 mg)
3. Injeksi IV dexamhetasone (3x5 mg)
4. Injeksi IV ceftriaxone (2x1 gram)
5. Nebulizer ventolin (2.5 mg) + sodium chloride 0.9% (10 ml)

Ponorogo, 01 Juni 2019

Mahasiswa

(Lazio Aldinov Herdiansyah)



4.11 Analisa Data

Nama : Ny. W

Ruang : Asoka

Umur : 31 Tahun

No. Reg. : 144657

No	Tanggal/ Jam	Kelompok Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab
1.	01/06/2019 08.30 WIB	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan sesak nafas 2. klien mengatakan kelelahan setelah aktivitas berjalan ke kamar mandi 3. klien mengatakan sesak berkurang apabila klien berbaring atau istirahat di bed tidur <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak sesak setelah aktivitas berjalan ke kamar mandi 2. pasien tampak kelelahan setelah aktivitas ke kamar mandi 3. nafas pasien terlihat terengah-engah 4. pasien dibantu keluarga/perawat saat berjalan ke kamar mandi 5. terdapat pernafasan cuping hidung 6. warna kulit muka tampak pucat 7. kecepatan berjalan pasien belum stabil masih secara pelan 	Intoleransi Aktivitas	<p>Konsentrasi O₂ dalam darah menurun</p> <p>↓</p> <p>Suplai darah dan O₂ jantung berkurang</p> <p>↓</p> <p>Penurunan cardiac output</p> <p>↓</p> <p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan dan keletihan</p> <p>↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>

		<p>dan harus dibantu</p> <p>8. terdapat suara tambahan wheezing dan ronchi</p> <p>9. terpasang O² nassal 3 lpm</p> <p>10. TTV TD : 120/70 mmHg, RR : 24x/menit, Nadi : 110x/menit, Suhu : 35.9°C, SpO₂ : 92%</p> <p>11. Pasien dibantu oleh keluarga/perawat ketika mau BAB/BAK ke kamar mandi</p> <p>12. Pasien sering terbangun di tengah malam karena batuk dan sesak</p> <p>13. Pasien perlu bantuan keluarga/perawat untuk sibilang ganti baju</p> <p>14. Pasien hanya berbaring di bed saat perawatan di rumah sakit</p>		
--	--	--	--	--

4.12 Daftar Diagnosa Keperawatan

Nama : Ny. W

Ruang : Asoka

Umur : 31 Tahun

No. Register : 144657

NO	TGL. MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL. TERATASI	TT
1.	01/06-2019	Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen		

4.13 Rencana Asuhan Keperawatan

Nama : Ny. W

Ruang : Asoka

Umur : 31 Tahun

No. Reg. : 144657

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>Definisi:</p> <p>Ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dispnea setelah beraktivitas 2) Tingkat ketidaknyamanan 3) Konservasi energi 4) Kelelahan : efek yang mengganggu tingkat kelelahan 5) Status pernafasan 6) Istirahat 7) Status perawatan diri 8) Perawatan diri : aktivitas sehari-hari (ADL) 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi terhadap aktivitas 2. Daya Tahan 3. Energi Psikomotor <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas baik dengan Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi O₂ saat beraktivitas baik 2. Kemudahan bernapas saat beraktivitas baik 3. Warna kulit baik 4. Kecepatan berjalan baik 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 2. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri 3. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri 4. Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan 5. Buat batasan untuk aktivitas hiperaktif klien saat mengganggu yang lain dan dirinya 6. Bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari 7. Mempertahankan gizi yang cukup 8. Identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien

<p>9) Respons tanda vital abnormal terhadap aktivitas</p> <p>10) Respons frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas</p> <p>Faktor berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Gaya hidup kurang gerak2) Imobilitas3) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen4) Tirah baring		<p>9. Informasikan faktor-faktor yang meningkatkan kondisi pasien pada keluarga</p> <p>10. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat</p>
---	--	--



4.14 Catatan Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. W

Ruang : Asoka

Umur : 31 Tahun

No. Reg. : 144657

NO. DX	TANGGAL/ JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	TT
1.	01-06-2019 08.30 08.45 09.30 10.15 10.30	<p>1. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat R : klien makan 3x sehari porsi sedikit ± 3 sendok dengan menu nasi, sayur, lauk. Minum air putih ± 250 ml sehari.</p> <p>2. Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri R : klien masih dibantu untuk berjalan ke kamar mandi, sibin, berpakaian</p> <p>3. Membantu klien dalam aktivitas sehari-hari R : klien bersedia dibantu berjalan menuju ke kamar mandi TTV sebelum aktivitas TD : 120/70 mmHg, RR : 24x/menit, N : 110x/menit, S : 36.4°C, SpO2 : 93% TTV sesudah aktivitas TD : 130/80 mmHg, RR : 27x/menit, N : 122x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 86%</p> <p>4. Mengidentifikasi kemampuan anggota keluarga untuk dalam keterlibatan dalam perawatan pasien. R : keluarga mampu membantu pasien berjalan ke kamar mandi, sibin, dang anti baju.</p> <p>5. Menginformasikan faktor-faktor yang meningkatkan kondisi pasien pada keluarga</p>	

		R : keluarga pasien mengerti dan paham yang di sampaikan oleh perawat	
	02/06/2019		
	09.00	1. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat R : klien makan 3x sehari porsi sedikit ± 5 sendok dengan menu nasi, sayur, lauk. Minum air putih ± 300 ml sehari.	
	09.15	2. Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri R : klien masih dibantu untuk berjalan ke kamar mandi, sbin, berpakaian	
	09.45	3. Membantu klien dalam aktivitas sehari-hari R : klien bersedia dibantu berjalan menuju ke kamar mandi TTV sebelum aktivitas TD : 110/70 mmHg, RR : 22x/menit, N : 110x/menit, S : 36.2°C, SpO2 : 95% TTV sesudah aktivitas TD : 120/80 mmHg, RR : 24x/menit, N : 122x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 88%	
	10.45	4. Mengidentifikasi kemampuan anggota keluarga untuk dalam keterlibatan dalam perawatan pasien. R : keluarga mampu membantu pasien berjalan ke kamar mandi, sbin, dang anti baju.	
	11.00	5. Menginformasikan faktor-faktor yang meningkatkan kondisi pasien pada keluarga R : keluarga pasien mengerti dan paham yang di sampaikan oleh perawat	
	03/06/2019		
	08.30	1. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat R : klien makan 3x sehari porsi dari rumah sakit habis dengan menu nasi, sayur, lauk.	

		Minum air putih \pm 600 ml sehari.	
	08.45	2. Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri R : klien mampu untuk berjalan ke kamar mandi, sabin, berpakaian sendiri	
	10.30	3. Membantu klien dalam aktivitas sehari-hari R : klien bersedia dibantu berjalan menuju ke kamar mandi TTV sebelum aktivitas TD : 110/80 mmHg, RR : 20x/menit, N : 88x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 95% TTV sesudah aktivitas TD : 120/80 mmHg, RR : 22x/menit, N : 92x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 86%	
	11.15	4. mengidentifikasi kemampuan anggota keluarga untuk dalam keterlibatan dalam perawatan pasien. R : keluarga mampu membantu pasien berjalan ke kamar mandi, sabin, dan anti baju.	
	11.30	5. Menginformasikan faktor-faktor yang meningkatkan kondisi pasien pada keluarga R : keluarga pasien mengerti dan paham yang di sampaikan oleh perawat	

4.15 Catatan Perkembangan Keperawatan

Nama : Ny. W

Ruang : Asoka

Umur : 31 Tahun

No. Reg. : 144657

NO. DX	TANGGAL/ JAM	PERKEMBANGAN	TT
1.	01/06/2019 13.00	<p>S : klien mengatakan sesak nafas dan kelelahan setelah aktivitas berjalan ke kamar mandi</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien tampak sesak setelah aktivitas berjalan ke kamar mandi 2. klien tampak kelelahan setelah aktivitas ke kamar mandi 3. nafas klien terlihat terengah-engah setelah beraktivitas 4. klien dibantu keluarga/perawat saat berjalan ke kamar mandi 5. terdapat penerapan cuping hidung 6. warna kulit muka tampak pucat 7. kecepatan berjalan pasien belum stabil masih secara pelan dan harus dibantu 8. terdapat suara tambahan wheezing dan ronchi 9. terpasang O² nasal 2 lpm 10. TTV sebelum aktivitas TD : 120/70 mmHg, RR : 24x/menit, N : 110x/menit, S : 36.4°C, SpO₂ : 93% sesudah aktivitas TD : 130/80 mmHg, RR : 27x/menit, N : 122x/menit, S : 36.0°C, SpO₂ : 86% 11. Pasien dibantu oleh keluarga/perawat ketika mau BAB/BAK ke kamar mandi 12. Pasien sering terbangun di tengah malam karena batuk dan sesak 13. Pasien perlu bantuan keluarga/perawat untuk sibir dan ganti baju 14. Pasien hanya berbaring di bed saat perawatan di rumah sakit <p>A : masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi</p>	

	<p>02/06/2019 13.00</p>	<p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>S : klien mengatakan sesak nafas dan lelah setelah aktivitas berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sesak berkurang setelah aktivitas 2. klien masih tampak kelelahan setelah aktivitas 3. nafas klien masih terlihat terengah-engah setelah aktivitas 4. warna kulit muka masih tampak pucat 5. kecepatan berjalan pasien belum stabil masih secara pelan dan harus dibantu 6. terdapat suara tambahan wheezing dan ronchi 7. terpasang O2 nassal 3 lpm 8. TTV sebelum aktivitas TD : 110/70 mmHg, RR : 22x/menit, N : 110x/menit, S : 36.2°C, SpO2 : 95% sesudah aktivitas TD : 120/80 mmHg, RR : 24x/menit, N : 122x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 88% 9. Pasien dibantu oleh keluarga/perawat ketika mau BAB/BAK ke kamar mandi 10. Pasien sering terbangun di tengah malam karena batuk dan sesak 11. Pasien perlu bantuan keluarga/perawat untuk sibilan dan ganti baju 12. Pasien hanya berbaring di bed saat perawatan di rumah sakit <p>A : masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
--	-----------------------------	---	--

	03/06/2019 13.00	<p>S : klien mengatakan sesak dan lelah setelah aktivitas berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none">1. sesak berkurang setelah aktivitas ke kamar mandi2. klien tampak lebih tenang3. klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri4. kulit muka klien sudah tidak tampak pucat5. klien sudah tidak menggunakan oksigen6. masih terdengar suara tambahan wheezing dan ronchi7. klien mampu berjalan dengan satbil tanpa bantuan8. TTV sebelum aktivitas TD : 110/80 mmHg, RR : 20x/menit, N : 88x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 95% sesudah aktivitas TD : 120/80 mmHg, RR : 22x/menit, N : 92x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 86% <p>A : masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : hentikan intervensi</p>	
--	-------------------------	--	--

