

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### **1. Data Pengkajian Klien**

Dalam melakukan asuhan keperawatan tahap awal yang dilakukan penulis adalah mengumpulkan data tentang status sehat-sakit pasien. Proses pengumpulan data dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi (pemeriksaan penunjang). Data yang dikumpulkan dapat dikategorikan menjadi data subyektif dan data obyektif. Data subyektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dapat dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang diperoleh dari pasien sebagai sumber asli sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung melalui keluarga pasien

Hal-hal yang dikaji dengan cara melakukan wawancara adalah identitas pasien, keluhan utama saat ini atau alasan masuk rumah sakit, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pola-pola keseharian pasien.

Pasien berinisial Tn. AF, berumur 59 tahun, berasal dari kelurahan Krapyak Kecamatan Pekalongan Utara Kota Pekalongan, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai seorang buruh, beragama Islam, pendidikan terakhir tamat SD. Tn. AF masuk Rumah Sakit pada tanggal 3 Desember 2019 dengan diagnosa medis Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK). Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 Desember 2019 pukul 15.30 WIB. Data pengkajian yang didapat adalah sebagai berikut:

Alasan Tn. AF masuk rumah sakit adalah pasien mengeluh demam, sesak nafas, batuk, pilek disertai pusing. Pasien mengalami sesak nafas sejak 1,5 bulan yang lalu dan sering kambuh, sesak tidak berkurang saat posisi duduk dan terakhir tiap pagi batuk sampai dahak keluar semua.

Pasien mengatakan mulai mengalami sesak napas secara tiba-tiba pada saat beraktivitas berat seperti menaiki tangga. Dua hari terakhir, pasien mengeluh sesak napas, batuk, demam, pilek dan pusing.

Pada tanggal 3 Desember 2019 pasien mengalami serangan sesak napas berulang kemudian dirawat di RSUD Bendan Kota Pekalongan untuk mendapat perawatan selanjutnya. Saat dilakukan pengkajian Pasien mengeluh demam dengan suhu 38,5°C, sesak napas disertai nyeri saat bernapas di daerah dada kanan, sesak bertambah saat pasien melakukan aktivitas fisik. Pasien juga mengatakan batuk kering dahak kental dan susah dikeluarkan, kelelahan dan pusing. Pasien mengalami gejala tersebut bila melakukan aktivitas.

Riwayat Penyakit dahulu: pasien mengatakan pernah menderita penyakit TBC pada tahun 2017 dan sudah dinyatakan sembuh oleh dokter. Istri pasien mengatakan bahwa ayah pasien pernah menderita penyakit asma.

Riwayat Penyakit keluarga: Pasien merupakan anak keenam dari tujuh bersaudara. Ayah pasien pernah mengalami sakit Asma dengan gejala batuk disertai sesak napas. Keluarga yang lain tidak pernah sakit berat. Kedua Orangtua pasien sudah meninggal dengan penyebab jelas kematian tidak diketahui oleh pasien.

Tn. AF mempunyai kebiasaan sebelum sakit mengisap rokok ± lima batang sehari, minum kopi sekali sehari pada pagi hari. Tn. AF adalah tipe orang pekerja keras karena beliau sebagai tulang punggung keluarga.

Persepsi kesehatan-pola manajemen kesehatan, pasien mengatakan apabila mengalami sakit ringan seperti batuk, pilek, dan demam untuk mengatasi sakit tersebut pasien berobat di Puskesmas pembantu terdekat.

Pola Nutrisi, pasien mengatakan sehari makan 3 kali dan menghabiskan porsi yang diberikan.

Pola Eliminasi seperti BAB dan BAK tidak mengalami gangguan, Frekwensi BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek. BAK 4 -5 x sehari.

Pola aktivitas-latihan, pasien sebelum sakit, pasien mengatakan bahwa ia biasa melakukan aktivitas sehari-hari seperti bekerja sedangkan selama sakit pasien mengatakan bahwa ia tidak bisa melakukan aktivitas seperti sebelum sakit. pasien hanya bisa beraktivitas di tempat tidur karena sakit untuk bergerak.

Pola tidur istirahat, pasien sebelum sakit pasien mengatakan bahwa pasien tidak pernah tidur siang dan tidur malam selama 7-8 jam sedangkan selama sakit pasien mengatakan tidur siang selama 2-3 jam dan tidur malam selama 7-8 jam. pasien mengatakan tidur nyenyak bila tidak sesak dan batuk, tidak mudah terbangun.

Pola persepsi kognitif, pasien terhadap penyakitnya pasien mengetahui penyakit apa yang sedang dideritanya dan pasien mengatakan awalnya khawatir kalau nanti tidak bisa sembuh total tapi setelah pasien mendapat perawatan pasien mempunyai keyakinan untuk sembuh.

Pola persepsi-konsep diri, pasien yang terdiri dari gambaran diri pasien sudah bisa menerima dengan keadaan sakitnya dan merasa sakit yang dideritanya sebagai ujian dalam hidupnya, harga diri pasien mengatakan selama di rawat menyusahkan istri dan anak anaknya, peran pasien dapat berperan baik di keluarganya baik sebagai kepala keluarga, suami maupun ayah dari anak-anaknya, identitas diri pasien sudah bisa menerima atau memahami penyakitnya dan mengerti mengenai keadaan dirinya, ideal diri pasien sudah bisa menerima dengan keadaan sakitnya dan berharap agar cepat sembuh.

Pola hubungan peran, pasien mengatakan dukungan keluarganya sangat berpengaruh terhadap kesembuhan penyakitnya dan pasien selalu berhubungan baik dengan keluarga maupun tetangganya.

Pola fungsional seksual reproduksi, pasien berjenis kelamin laki-laki, pasien mengatakan bahwa ia mempunyai enam orang anak, empat berjenis kelamin laki-laki dua berjenis kelamin perempuan.

Pola manajemen stress kopping, pasien dan keluarga terlihat bisa menerima dengan penyakit yang diderita pasien dan pasien mau berusaha berobat untuk tindakan rencana pengobatan selanjutnya

Sistem kepercayaan nilai, pasien beragama islam, pasien mengatakan bahwa ia beragama islam dan melakukan ibadah biasanya di mushola. Saat sakit hanya berdoa di tempat tidur saja.

Pemeriksaan Fisik pasien keadaan umum lemah, Tanda – tanda Vital; TD: 140/90 mmHg, Nadi: 100 x/menit, Suhu: 38,5 °C, RR: 30x/menit, Kesadaran *Composmentis* dengan GCS: E 4/V5/M6 SPO2: 98%. Pada pemeriksaan fisik di fokuskan pada sistem pernapasan yaitu Inspeksi didapatkan keadaan umum pasien tampak lemah dan sesak napas, bentuk dada tidak simetris, tidak ada jejas, jenis pernapafasan dispneu, ada tarikan dinding dada saat inspirasi, tidak ada lesi atau perdarahan. Palpasi didapatkan ftaktil fremitus dada kanan lebih lemah daripada dada kiri, tidak teraba adanya massa. Perkusi didapatkan Bunyi “Redup” pada dada kanan, “sonor” pada pada dada kiri. Pemeriksaan Auskultasi terdengar ekspirasi memanjang dengan suara nafas tambahan ronchi pada waktu bernafas biasa atau ekspirasi paksa, penurunan suara nafas vesikuler dan suara jantung menjauh

Hasil Pemeriksaan Penunjang Laboratorium yang terdiri dari Hasil pemeriksaan laboratorium Rutin pada tanggal 04 Desember 2019: HB 15,6 g/dL, HT 46,5 %, Leukosit 12,13  $10^3/uL$ , Eritrosit 5,22  $10^3/uL$ , Hitung jenis: Eosinofil 0,1 %, Basofil 0,2 %, Monosit 11,0 %, Jumlah Eosinofil 0,43  $10^3/ul$ , Jumlah Monosit 1,24  $10^3/ul$ , Jumlah Trombosit 136  $10^3/ul$ . Hasil kimia klinik GDS 122 Mg/dl, Ureum 39,8 Mg/dl, Creatinin 1,1 Mg/dl. Hasil pemeriksaan foto thorak tanggal 04 Desember 2019: Ditemukan hiperinflasi paru, penambahan corak vaskular paru dan kardiomegali.

Terapi yang didapat yaitu Cairan Aminofluid 1000cc/24 jam Intra Vena (IV), Nasal Oksigen 3 liter per menit (apabila sesak), Nebulizer =

Combivent: Pulmicort 1 ampul:1 ampul Per 8 jam, Injeksi Methylprednisolon 62,5 mg/ 12 jam Intra vena (IV), Injeksi Omeperazol 40 mg/ 12 jam Intra vena (IV), Injeksi Ceftriaxone gram/ 12 jam Intra vena (IV).

2. Analisa Keperawatan
  - a. Analisa Data

**Tabel 3.1 Analisa Data**

No.	Tanggal	Data	Problem	Etiologi
1.	4-12-2019	DS: - Klien mengatakan sesak nafas, batuk. - Klien mengatakan 1,5 bulan terakhir tiap pagi batuk- sampai dahak keluar semua. - Klien mengatakan batuk dengan produksi sputum kental, susah dikeluarkan dan berwarna hijau. DO: - Klien tampak sesak nafas - RR 26 x/menit, SpO2 98% - Terdengar suara nafas tambahan ronchi. - Nebulizer = combivent : pulmicort = 1 ampul : 1 ampul.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	Peningkatan produksi sputum.
2.	4-12-2019	DS: Klien mengatakan mengeluh demam.  DO : suhu : 38,5 °C, TD : 140/ 90 mmHg, nadi : 100 x/menit, leukosit 12,13	Hipertermi	Proses infeksi
3.	4-12-2019	DS : Klien mengatakan 2 hari terakhir pasien mengeluh demam.  DO : Pemeriksaan spirometri dan foto thorax diagnosa PPOK St. III suhu : 38,5 °C, TD : 140/ 90 mmHg, nadi : 100 x/menit, leukosit 12,13	Resiko tinggi penyebaran infeksi	Penyakit kronis

- b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang dikaji, dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Penulis memprioritaskan 2 diagnosa keperawatan yaitu:

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, ditandai dengan data subyektif: Pasien mengeluh sesak nafas, batuk, dahak kental dan susah dikeluarkan, warna hijau. Data obyektif: Pasien tampak sesak nafas, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 110 x/menit, Suhu: 38,5 °C, RR: 30x/menit, suara nafas tambahan ronchi saat inspirasi dan ekspirasi, penggunaan otot pernafasan, taktil fermitus lebih lemah daripada dada kanan, perkusi didapatkan bunyi “redup”. Hasil rontgen thorax: hiperinflasi paru, penambahan corak vaskular paru.
- 2) Hipertemi berhubungan dengan proses infeksi ditandai dengan data subyektif: Pasien mengatakan dua hari terakhir pasien mengeluh demam, data obyektif: suhu: 38,5 °C, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 110 x/menit, Suhu: 38,5 °C, RR: 30x/menit leukosit 12,13.
- 3) Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan penyakit kronis yang ditandai dengan data subyektif: Pasien mengatakan dua hari terakhir pasien mengeluh demam, data obyektif: Pemeriksaan spirometri dan foto thorax diagnosa PPOK St. III suhu: 38,5 °C, TD: 140/ 90 mmHg, nadi: 100 x/menit, leukosit 12,13.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum
2. Hipertemi berhubungan dengan proses infeksi
3. Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan penyakit kronis.

## **C. Intervensi Keperawatan**

Dalam tahapan perencanaan disesuaikan dengan teori yang terdiri dari *Outcome*, NOC dan NIC. Perencanaan yang dibuat adalah:

1. Diagnosa keperawatan ketidakefektifasn bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 Jam diharapkan keluhan pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Pasien tidak mengeluh sesak nafas, RR dalam batas Normal (18 -20 x/menit), Bunyi Ronchi berkurang, Tidak ada batuk dan jumlah sputum dalam batas normal. Dengan Intervensi (NIC) yang dibuat untuk diagnose pertama adalah Monitor respirasi dan status oksigenasi, Manajemen jalan nafas, Observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui keadaan umum pasien, Atur posisi tidur semi fowler untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen, Anjurkan banyak minum air hangat membantu mengencerkan dahak agar mudah dikeluarkan, Ajarkan teknik nafas dalam untuk meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah, dan Ajarkan batuk efektif agar sekret mudah dikeluarkan serta Kolaborasi pemberian bronkodilator.
2. Diagnosa keperawatan hipertemi berhubungan dengan proses infeksi. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluhan pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Suhu tubuh pasien normal, Tidak ada tanda dan gejala infeksi, Tidak munculnya tanda-tanda infeksi sekunder, Pasien dapat mendemonstrasikan kegiatan untuk menghindari infeksi. Dengan Intervensi (NIC) yang dibuat untuk diagnosa kedua adalah Ukur suhu per 8 jam, Berikan tindakan kompres hangat apabila terjadi demam, Ajarkan keluarga dan pasien tanda dan gejala infeksi, Kolaborasi pemberian antibiotik.
3. Diagnosa keperawatan Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluhan pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Pasien akan menunjukkan bebas dari tanda dan gejala infeksi, Tidak munculnya tanda-tanda infeksi sekunder, Pasien dapat mendemonstrasikan kegiatan untuk menghindari infeksi. Dengan Intervensi (NIC) yang dibuat untuk diagnose ini adalah Ukur suhu per 8

jam, Berikan tindakan kompres hangat apabila terjadi demam, Ajarkan keluarga dan pasien tanda dan gejala infeksi, Berikan injeksi ceftriaxone 2 gram per intra vena per 12 jam

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam kegiatannya terdapat pengumpulan data berkelanjutan dan melakukan observasi pada pasien sebelum atau sesudah melakukan tindakan.

Tindakan keperawatan mulai dilakukan pada tanggal 5 Desember 2019 sampai tanggal 7 Desember 2019. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama Kamis, 5 Desember 2019 Pukul 15.30 WIB yaitu untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya peningkatan produksi sputum dan diagnosa kedua hipertemi berhubungan dengan proses infeksi serta resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Implementasinya meliputi: Pukul 15.30 WIB, Melakukan pengkajian terhadap Pola nafas, hasilnya: jenis pernafasan *dispneu*, lokasi daerah dada kanan, sesak nafas bertambah bila melakukan aktivitas. Pukul 15.40 WIB, Menaikkan kepala tempat tidur dengan posisi 45° (Posisi *Semi Fowler*), hasilnya: pasien merasa nyaman dengan posisi tidur semi fowler. Pukul 15.45 WIB, Melakukan Pemeriksaan Tanda – tanda Vital hasilnya: Tekanan darah 130/70 mmHg, Nadi 96 x/mnt, Suhu 38,5 °C, RR 26 x/ menit, SpO2 98 %. Pukul 16.30 WIB, menganjurkan pasien minum air hangat setiap 1 jam hasilnya: pasien mengerti dan mau mengikuti saran yang disampaikan. Pukul 11.00 WIB, Meminta pasien untuk menarik nafas 3 kali lalu meminta pasien membatukkan sekuat tenaga untuk mengeluarkan sekret yang menghalangi saluran perapasan. Pasien diminta untuk mengulangi setiap kali ada reaksi batuk. Hasilnya: pasien tampak mengikuti instruksi yang diperintahkan.

Untuk implementasi diagnosa keperawatan hipertermi meliputi: Kamis 5 Desember 2019 Pukul 15.30 WIB, Menjelaskan kepada keluarga pasien tanda dan gejala infeksi seperti kondisi demam dan produksi sputum yang berlebih, hasilnya: keluarga pasien mengerti dan memahami tanda dan gejala infeksi. Pukul 15.40 WIB, Memberikan kompres hangat kepada pasien, hasilnya: pasien tampak sedang dilakukan kompres hangat dan suhu 37,8 °C. Pukul 16.00 WIB, Memberikan edukasi kepada pasien beserta keluarga tentang penyakit infeksi seperti cara menghindari tertularnya penyakit PPOK dengan menggunakan masker dan Memberikan pendidikan Kesehatan bagi pasien dan keluarga untuk menghindari faktor – faktor risiko seperti asap rokok, asap dapur, debu dan asap kendaraan bagi penderita dan keluarga, hasilnya: pasien dan keluarga akan berusaha memakai masker dan memahami tentang bahaya asap rokok, asap dapur, debu dan asap kendaraan. Pukul 16.20 WIB, Menghitung TTV pasien, hasilnya: TD. 130/80 mmHg, ND. 98x/menit, RR. 26 x/menit, S. 37,6 °C. Pukul 17.00 WIB, Memberikan injeksi Ceftriaxone 2 gram per intra vena, hasilnya: obat injeksi masuk melalui intra vena.

Untuk implementasi diagnosa yang ketiga meliputi: Kamis 5 Desember 2019 Pukul 15.30 WIB, Menjelaskan kepada keluarga pasien tanda dan gejala infeksi seperti kondisi demam dan produksi sputum yang berlebih, hasilnya: keluarga pasien mengerti dan memahami tanda dan gejala infeksi. Pukul 15.40 WIB, Memberikan kompres hangat kepada pasien, hasilnya: pasien tampak sedang dilakukan kompres hangat dan suhu 37,8 °C. Pukul 16.00 WIB, Memberikan edukasi kepada pasien beserta keluarga tentang penyakit infeksi seperti cara menghindari tertularnya penyakit PPOK dengan mencuci tangan dengan air mengalir sesering mungkin dan Memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga untuk menghindari factor – factor risiko seperti asap rokok, asap dapur, debu dan asap kendaraan bagi penderita dan keluarga, hasilnya: pasien dan keluarga akan berusaha mencuci tangan sesering mungkin dan memahami tentang

bahaya asap rokok, asap dapur, debu dan asap kendaraan. Pukul 16.20 WIB, Menghitung TTV pasien, hasilnya: TD. 130/80 mmHg, ND. 98x/menit, RR. 26 x/menit, S. 37,6 °C. Pukul 17.00 WIB, Memberikan injeksi Ceftriaxone 2 gram per intra vena, hasilnya: obat injeksi masuk melalui intra vena. Pukul 16.30 WIB, Membatasi pengunjung atas indikasi, hasilnya: pengunjung pasien tampak bergantian dengan jumlah maksimal dua pengunjung. Pukul 16.45 WIB, Melakukan isolasi sesuai dengan kebutuhan individual, hasilnya: pasien memahami fungsi isolasi bagi dirinya.

Catatan Perkembangan hari pertama, Kamis 5 Desember 2019 Untuk diagnosa pertama dan kedua, dilakukan pada Pukul 15.30 WIB Mempertahankan Posisi tempat tidur *semifowler*, hasilnya: pasien mengerti dan merasa nyaman dengan posisi *semifowler*. Pukul 15.45 WIB, Memberikan kompres hangat kepada pasien, hasilnya: pasien tampak dilakukan kompres hangat dibantu keluarga (istri) dan Suhu 37,8°C. Pukul 16.00 WIB, Mengajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, hasilnya pasien mengerti dan bisa melakukan secara mandiri. Pukul 17. 00 WIB, Memantau Tanda – tanda vital, hasilnya tensi 130/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, RR 24 x /menit, Suhu 37,8 °C. SpO2 98 %. Keadaan Umum agak lemah. Pukul 17.30 WIB, Memberikan injeksi Ceftriaxone 2 gram dan Methylprednisolon 1 ampul per Intra Vena (IV). Untuk diagnosa ketiga dilakukan Implementasi Pada Pukul 17.20 WIB Mengantar pasien ke Ruang CT Scan dengan menggunakan kursi roda hasilnya: Pasien tidak sesak nafas selama tindakan berlangsung. Pukul 18.30 WIB, Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, dimulai dengan duduk sendiri di Kursi sampai berjalan sendiri ke kamar mandi/WC.

Catatan perkembangan hari kedua (Jumat, 6 Desember 2019), Untuk diagnosa pertama dan kedua dilakukan pukul 15.15 WIB Memantau keadaan umum pasien hasilnya: keadaan umum pasien tampak agak lemah dan mengeluh sesak napas RR 28 x/ menit, Mengatur posisi tidur *semi fowler* dan Memberikan kompres hangat, hasilnya: Suhu 37,5 °C. Pukul 16.00 WIB

Mengobservasi Tanda –tanda Vital hasilnya: TD. 110/60 mmHg, Nadi 100 x/menit, RR 26 x/menit.

Catatan Perkembangan hari ketiga (Sabtu, 7 Desember 2019) Untuk diagnosa pertama dan kedua yaitu: pukul 15.30 WIB, Mengobservasi keadaan umum pasien hasilnya: pasien tampak masih lemah keluhan sesak nafas berkurang. Bisa tidur nyenyak sepanjang malam. Pukul 16.00 WIB, Memberikan pendidikan Kesehatan bagi pasien dan keluarga untuk menghindari faktor – faktor risiko seperti asap rokok, asap dapur, debu dan asap kendaraan bagi penderita dan keluarga hasilnya: pasien mengerti dan mau mengikuti nasihat yang diberikan. Pukul 16. 30 WIB, Memantau teknik nafas dalam dan batuk efektif hasilnya: Pasien sudah terampil dalam melakukannya dan batuk berkurang dahak sudah bisa keluar dengan mudah. Pukul 17.00 WIB, Mengobservasi Tanda – tanda Vital, hasilnya: TD. 110/70 mmHg Nadi 92 x/menit, RR 24 x/menit, suhu 36,5°C, SP02 98%. Untuk diagnosa ketiga yaitu: Pukul 17.35 WIB, Membatasi pengunjung pasien atas indikasi hasilnya: pengunjung pasien tampak bergantian dengan jumlah maksimal dua pengunjung. Pukul 17.45 WIB, Melakukan isolasi sesuai dengan kebutuhan individual, hasilnya: pasien memahami fungsi isolasi bagi dirinya

## **E. Evaluasi Keperawatan**

Hari Pertama (Kamis, 5 Desember 2019) Diagnosa I, S; Pasien mengatakan masih mengeluh sesak nafas dan batuk dahak kental susah dikeluarkan O; Pasien tampak sesak, RR 26 x/menit, sputum kental berwarna putih, ronchi positif. A: Masalah ketidakefektifan jalan nafas belum teratasi P; Intervensi dilanjutkan. Diagnosa II, S: Pasien mengatakan demam dan batuk. O: Suhu 38,5 °C, RR. 26 x/menit. A: Masalah Hipertermi belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. Diagnosa III, S: Pasien mengatakan masih terasa demam, pusing, batuk., sesak napas, pilek. O: Suhu 38,5 °C,

RR. 26 x/menit. A: Masalah resiko tinggi penyebaran infeksi belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Hari kedua, Jumat 6 Desember 2019 Diagnosa I, S; Pasien mengeluh sesak nafas berkurang, Batuk masih keras dan dahak susah dikeluarkan. O; Tampak sesak berkurang. RR 24 x/ menit, Ronchi positif A; Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian P; Intervensi dilanjutkan. Diagnosa II, S; Pasien mengatakan demam agak berkurang, O: Suhu 37,5 °C, RR 24x/menit, tampak demam berkurang, A; Masalah Hipertemi teratasi sebagian. P; Intervensi dilanjutkan. Diagnosa III, S; Pasien mengatakan demam agak berkurang, O: Suhu 37,5 °C, RR 24x/menit, Tampak demam berkurang, A; Masalah resiko tinggi penyebaran infeksi teratasi sebagian. P; Intervensi dilanjutkan.

Hari ketiga, Sabtu, 7 Desember 2019 Diagnose I, II dan III S; Pasien mengatakan batuk, sesak nafas berkurang dan tidak demam serta sputum mudah dikeluarkan. O; Pasien tampak nyaman dan tidak ada sesak nafas, RR 22x/ menit, suhu 36,5°C. A; Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas, hipertemi dan resiko tinggi penyebaran infeksi teratasi sebagian, P: Intervensi dilanjutkan.