

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari pasien Asma bronkhial diruang interne zaal Rumah Sakit Paru Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 24 Juli 2012 sampai dengan pasien pulang tanggal 26 Juli 2012.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

###### **a. Identitas Pasien**

Klien dengan nama Ny. S umur 42 tahun jenis kelamin Perempuan alamat Bulak banteng kidul gang 01 no 08. Agama Islam pendidikan tamatan SD pekerjaan sebagai ibu rumah tangga suku Jawa bangsa Indonesia, diagnosa medis Asma bronkhialis tanggal masuk 21 Juli 2012. No RM 10.68.63 sumber informasi klien dari keluarga. Penanggung jawab nama Tn. H umur 45 tahun jenis kelamin Laki-laki alamat Bulak banteng kidul gang 01 no 08. Agama Islam pekerjaan swasta. Hubungan dengan klien adalah suami.

###### **b. Keluhan Utama :**

Sesak nafas yang dirasakan dada berat seperti diikat dan batuk.

###### **c. Riwayat Kesehatan:**

###### **1. Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang :**

klien mengatakan keluhan sesak muncul pada waktu pagi hari, tepatnya 3 hari sebelum masuk Rumah Sakit. Keluhan muncul terutama secara tiba-tiba saat pasien nyantai dirumah, klien merasa sesak nafas, namun sesak berkurang setelah klien duduk dan istirahat.

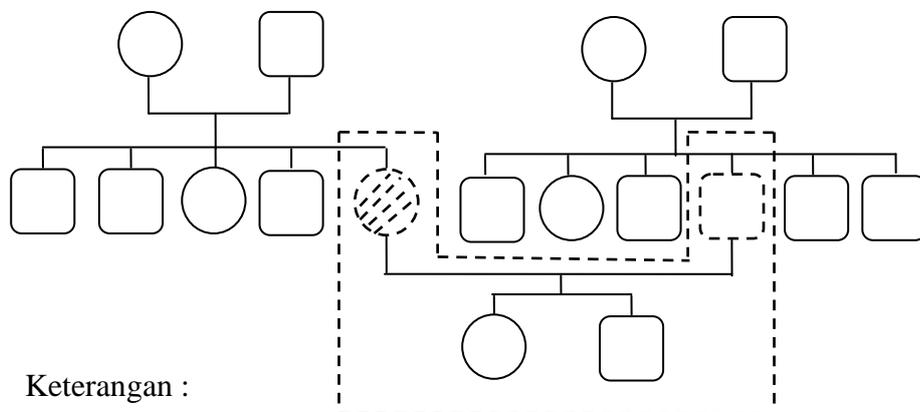
2. Riwayat Kesehatan/Penyakit dahulu :

Klien mengatakan sebelumnya sudah pernah mengalami penyakit seperti ini sudah lama dan hanya berobat ke klinik terdekat diberi obat anti asma. Klien juga mengatakan mempunyai riwayat asma sejak kecil umur 5 tahun. Klien tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Klien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.

3. Riwayat Kesehatan/Penyakit keluarga :

Klien mengatakan dari keluarga ada yang menderita penyakit asma seperti klien yakni ibunya klien yang menderita penyakit seperti klien, dan tidak ada penyakit menurun seperti DM, hipertensi dan penyakit menular (TBC, hepatitis).

d. Genogram :



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

○ (dashed) : Istri

□ (dashed) : Suami

○ (hatched) : Pasien

---- : Tinggal Serumah

Gambar : 3.1 Genogram

**e. Pola Fungsi Kesehatan:**

## 1. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

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

Masuk Rumah Sakit : klien tidak mandi melainkan hanya di seka 2x sehari dengan menggunakan air dan sabun mandi, klien tidak gosok gigi, dan tidak keramas

Masalah Keperawatan :

Personal higien

## 2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan makan 3 x sehari dengan komposisi nasi, lauk pauk dan sayur – sayuran. Klien mengatakan minum 6-7 gelas per hari.

Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan makan nasi dan lauk pauk yang disediakan oleh RS dengan Diet TKTP, klien mengatakan makan 3 x setengah porsi dan klien kadang makan tidak sampai habis satu porsi atau hanya setengah porsi. Klien mengatakan minum 5 gelas per hari.

Masalah Keperawatan :

Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

## 3. Pola Eliminasi

Eliminasi Alvi

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

Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan selama masuk rumah sakit sudah BAB 2 x dengan karakteristik lunak, warna kuning dan baunya khas.

#### Eliminasi Uri

Sebelum Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan buang air kecil (BAK) 5-6 x sehari dengan warna kuning dan jumlah tidak terevaluasi.

Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan buang air kecil (BAK) 4-5 x sehari dengan warna kuning dan jumlah tidak terevaluasi.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan pada pola eliminasi alvi dan uri

#### 4. Pola Istirahat dan tidur

Sebelum Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan tidur siang 1-2 jam, pada malam hari 6-7 jam dan tidur dengan nyenyak.

Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan jarang tidur siang , pada malam hari 5-6 jam dan tidur nyenyak bila tidak terjadi serangan sesak, klien menyatakan sejak mulai sakit klien sulit untuk memulai tidur pada malam hari karena sesak dan batuk timbul sewaktu-waktu.

Masalah Keperawatan:

Gangguan pola tidur dan istirahat

#### 5. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan sehari-hari mengerjakan pekerjaan rumah yang dirasakan masih mampu untuk dilaksanakannya.

Masuk Rumah Sakit : klien nampak sesak , dan hanya bisa berbaring di tempat tidur saja dan tidak beraktivitas, kebutuhan sehari-hari (makan, minum, BAK, BAB) dibantu oleh suaminya.

Masalah Keperawatan :

Intoleransi aktivitas.

## 6. Pola Persepsi dan Konsep diri

Gambaran Diri: Klien mengatakan menerina dengan lapang dengan keadaan penyakitnya saat ini.

Harga Diri : Klien mengatakan tidak mengalami perunahan karena orang-orang disekitar klien masih peduli dan memperhatikannya

Ideal Diri : Klien mengatakan berharap agar penyakit yang diderita saat ini bisa cepat sembuh.

Peran : Klien mengatakan perannya sebagai seorang istri dan ibu dari kedua anak-anaknya tidak maksimal karena harus dirawat di rumah sakit.

Identitas Diri : Klien mengatakan berjenis kelamin perempuan, klien bernama Ny. S, klien berumur 42 tahun

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan pada pola persepsi dan konsep diri

## 7. Pola Sensori dan Kognitif

Sensori : Klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu seperti alat pendengaran, kacamata, penglihatan klien cukup jelas tidak ada katarak. Bahasa yang digunakan klien adalah bahasa jawa dan indonesia.

Kognitif : Respon klien terhadap perawatan RS baik dan menerima. Dalam pengambilan keputusan klien dibantu oleh keluarga.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan pada pola sensori dan kognitif

#### 8. Pola Reproduksi Seksual

Klien mengatakan adalah seorang perempuan, klien mempunyai 2 anak, dan melakukan hubungan seksual dengan suami tanpa ada keluhan.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan pada pola reproduksi seksual

#### 9. Pola Hubungan Peran

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

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

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah pada pola hubungan peran

#### 10. Pola Penanggulangan Stres

Klien mengatakan apabila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekatnya yaitu suaminya

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah pada pola penanggulangan stress

#### 11. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Sebelum Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan beragama islam, klien rajin melaksanakan sholat 5 waktu.

Masuk Rumah Sakit : klien mengatakan tidak bisa menjalankan sholat 5 waktu karena sakit, klien hanya bisa berdo'a untuk kesembuhan penyakit yang dideritanya saat ini.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah pada pola tata nilai dan kepercayaan.

#### **f. Pemeriksaan Fisik**

##### **1. Status Kesehatan Umum**

Kesadaran klien composmentis, penampilan umum lemah, TTV (tanda-tanda vital) diperoleh TD (tekanan darah) 130/80 mmHg, S (suhu) 36.5°C, N (nadi) 80 x / mnt, RR (respiratory rate) 30 x / mnt (irama tidak teratur).

##### **2. Kepala**

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

##### **3. Muka**

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

##### **4. Mata**

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

##### **5. Telinga**

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

6. Hidung

Bentuk simetris, lubang hidung bersih, tidak ada lesi, pernafasan cuping hidung, dan tidak ada nyeri tekan.

7. Mulut dan faring

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

8. Leher

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

9. Thorak

Inspeksi : tampak sesak, irama pernafasan lambat dan dalam, ekspirasi lebih panjang dari pada inspirasi, pergerakan dada kanan dan kiri simetris.

Palpasi : pengembangan dan pengempisan thorak pada waktu ekspirasi dan inspirasi simetris.

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : terdapat suara nafas tambahan whezing dan ronchi

10. Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak terdapat pembesaran organ hati.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan ketegangan dinding perut, tidak terdapat benjolan pada abdomen.

Perkusi : tidak terdapat peningkatan tympani.

Auskultasi : bising usus terdengar normal 5-35 x/menit

## 11. Inguinal, genital dan Anus

Tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, terdapat lubang anus normal.

## 12. Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak ada pembengkakan, tidak ada pembengkakan, akral hangat, turgor kulit 3 detik, tidak ada nyeri tekan.

## 13. Ekstremitas dan neurologis

GCS 456, tingkat kesadaran komposmentis, pada tangan kanan terpasang infus, pada anggota gerak bawah tidak ada kekuatan sendi

**g. Pemeriksaan Penunjang**

## 1. Pemeriksaan Laboratorium

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

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

Billirubin Direct : 0,85 mg/dl ( nilai normal < : 0,25 )

BUN : 17,6 mg/dl ( nilai normal 10,0-20,0 )

Creatinin : 0,76 g/ml ( nilai normal <: 1,20 )

Billirubin Total : 1,27 mg/dl ( nilai normal < : 100.00 )

Leukosit :  $14,7 \times 10^3/\text{ul}$  ( nilai normal 5,0-10.0 )

HGB : 14,3 g/dl ( nilai normal 10.0-16.0 )

Trombosit :  $265 \times 10^3/\text{ul}$  ( nilai normal 150-400 )

LED : 50

## 2. Pemeriksaan radiologi

Thorak AP

3. Pemeriksaan lain – lain

EGK : Sinus Takikardi

4. Terapi

Terapi pada tanggal 25 Juli 2012, farmakologik yang diberikan pada klien, Ceftazidimin 3x1 gr, tymelon 3x½ , Metilprednisalon 2x½, Codein 3x 15 tab, Neurobion drip infus, Aminophilin ½ ampul drip infus 10 tetes /menit. Terapi bronkodilator melalui nebulizer yaitu ventolin 3x2 mg. Terapi O<sub>2</sub> lewat nasal kanul 2 liter / menit, infus RL (*ringer laktat*) 20 tetes permenit.

### 3.1.2 Analisa Data

Analisa data yang dilakukan pada tanggal 24 Juli 2012 jam 11.00 WIB. Pada Ny. S umur 42 tahun di ruang interne dengan nomor registrasi 10.68.63 ditemukan data fokus sebagai berikut:

1) Analisa data yang pertama

Data subjektif : Klien mengatakan sesak nafas, klien mengatakan batuk-batuk mengeluarkan dahak berwarna putih kental.

Data objektif : Klien tampak sulit bernafas dan terdapat otot bantu nafas, klien tampak batuk dan agak sulit mengeluarkan dahak, auskultasi terdengar suara nafas tambahan (*wheezing, ronchi*) pada bronkus, terpasang O<sub>2</sub> kanul 2 liter, TD: 130/70mmHg RR (respiratory rate) 30 kali/ menit, Nadi : 80x/menit, Posisi tidur semi fowler.

Masalah : Ketidakefektifan jalan nafas.

Etiologi : Adanya peningkatan produksi sputum, bronkuspasme.

## 2) Analisa data yang kedua

Data subjektif : Klien mengatakan tidak nafsu makan saat dada terasa sesak, dan mual.

Data objektif : Diet TKTP habis sepertiga dari yang disediakan rumah sakit dalam 3x sehari, klien tampak sesak dan batuk, klien tampak agak kurusan, Bibir tampak kering, BB SMRS : 50 kg, BB MRS : 49 kg,

Masalah : Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh,

Etiologi : Anoreksia.

## 3) Analisa data ketiga

Data subyektif : klien mengatakan tidak dapat beraktivitas selama sakit, klien merasa lemas dan sesak bertambah jika beraktivitas dan oksigen dilepas.

Data obyektif : Klien terlihat sering di tempat tidur, klien tampak lemah, aktivitas klien dibantu keluarga, terpasang O<sub>2</sub> kanul 2 liter, TTV : TD : 130/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 30x /menit.

Masalah : Intoleransi aktivitas.

Etiologi : Ketidakseimbangan suplai oksigen.

## 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya bronkhokonstriksi, bronkhospasme ditandai dengan adanya peningkatan produksi sekret(sekret yang tertahan, kental).

2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan dispnea, produksi sputum ditandai dengan anoreksia.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ditandai dengan kelemahan beraktivitas karena sesak, aktivitas dibantu keluarga.

### **3.3 Intervensi**

#### **3.3.1 Diagnosa Keperawatan Pertama**

Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya bronkhokonstriksi, bronkhospasme ditandai dengan adanya peningkatan produksi sekret(sekret yang tertahan, kental).

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

Kriteria hasil : Pernapasan klien normal (16-20 x /menit) tanpa ada penggunaan obat bantu napas, tidak ada suara napas tambahan dan wheezing, keluhan sesak berkurang.

Rencana Tindakan :

- 1) Kaji adanya bunyi nafas, misalnya wheezing dan ronchi.

Rasional : Beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas dan/tak dimanifestasikan adanya bunyi mengi.

- 2) Kaji atau pantau frekuensi pernafasan.

Rasional : takepnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau stres/adanya preses infeksi.

- 3) Berikan pasien posisi yang nyaman misal peninggian kepala tempat tidur/ posisi setengah duduk (semi fowler).

Rasional : Peninggian kepala etempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi.

- 4) Ajari cara batuk efektif yakni tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3x yang terakhir langsung dibatukkan

Rasional : Memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara.

- 5) Observasi karakteristik batuk misal, menetap, batuk pendek, basah

Rasional : Batuk dapat menetap tetapi tidak efektif, khususnya pasien lansia. Batuk paling efektif pada posisi duduk tinggi.

- 6) Pertahankan intake cairan sedikitnya 2500 ml/hari kecuali tidak diindikasikan.

Rasional : Hidrasi yang adekuat membantu mengencerkan sekret dan mengefektifkan pembersihan jalan nafas.

- 7) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi; bronkodilator misl, nebulizer ventolin.

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

### **3.3.2 Diagnosa Keperawatan Kedua**

Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan dispnea, produksi sputum ditandai dengan anoreksia.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam Kebutuhan keseimbangan nutrisi dapat terpenuhi dan dalam batas normal.

Kriteria hasil : Menunjukkan peningkatan berat badan menuju tujuan yang tepat, menunjukkan perilaku / pola hidup untuk meningkatkan dan atau mempertahankan berat yang tepat, nafsu makan meningkat.

Rencana Tindakan :

1) Kaji kebiasaan diet, masukan makanan saat ini. Catat dereajat kesulitan makan.

Rasional : Pasien distres pernafasan sering anoreksia karena dispnea atau sesak nafas.

2) Auskultasi bising usus.

Rasional : Penurunan / hipoaktif bising usus menunjukkan penurunan motilitas gaster dan konstipasi.

3) Anjurkan beristirahat semalam 1 jam sebelum dan sesudah makan, berikan makan porsi kecil tapi sering.

Rasional : Membantu menurunkan kelemahan selama waktu makan dan memberikan kesempatan untuk meningkatkan masukan kalori total.

4) Hindari makanan yang sangat panas atau dingin.

Rasional : Suhu ekstrim dapat mencetuskan/meningkatkan spasme batuk.

5) Berikan suasana nyaman pada saat klien makan.

Rasional : Untuk menambah semangat klien pada saat makan

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

Rasional : Berguna untuk menentukan kebutuhan kalori, menyusun tujuan berat badan.

7) Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian DIET.

Rasional : Untuk memberikan nutrisi maksimal dengan upaya minimal pasien/penggunaan energy.

### 3.3.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ditandai dengan kelemahan beraktivitas karena sesak, aktivitas dibantu keluarga.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam Menunjukkan pola peningkatan toleransi terhadap aktivitas.

Kriteria hasil : Menunjukkan peningkatan toleransi aktivitas yang dapat diukur dengan tak adanya dipsnea, menunjukkan peningkatan aktivitas secara bertahap, mampu mempertahankan frekuensi pernafasan dalam batas normal yaitu : nadi 80-100, RR : 18-24.

Rencana Tindakan :

1) Ukur tanda-tanda vital segera setelah aktivitas.

Rasional : Mencegah terjadinya komplikasi atau memperburuk keadaan individu .

2) Ukur nadi, tekanan darah, dan pernapasan.

Rasional : Mengevaluasi segera perkembangan yang terjadi.

3) Pertimbangkan frekuensi, irama, dan kualitas pernafasan.

Rasional : Mengidentifikasi tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas.

4) Kurangi intensitas, frekuensi atau lamanya aktivitas jika frekuensi pernafasan meningkat berlebihan setelah aktivitas.

Rasional : Tanda-tanda vital dapat berubah antara sebelum dan sesudah beraktivitas.

5) Dekatkan benda-benda yang diperlukan klien.

Rasional : Untuk mempermudah mengambil benda yang dibutuhkan klien.

### **3.4 Implementasi Keperawatan**

#### **3.4.1 Diagnosa Keperawatan Pertama**

Diagnosa pertama pada hari Rabu 24 Juli 2012 jam 11.00 WIB untuk diagnosa pertama

- 1) Mengkaji keadaan umum klien dan memantau TTV,
- 2) Mengkaji pola pernafasan, mengauskultasi bunyi nafas dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan tindakan keperawatan dan klien tampak tenang dan kooperatif,
- 3) Mengkaji TTV: Td 130/70 mmHg, nadi; 90 x permenit, suhu: 36,5 kali permenit, RR 30 kali / menit pernafasan klien dangkal.

Jam 13.00 WIB

- 1) Perawat memberikan O<sub>2</sub> lewat kanul 2 liter dan mengatur posisi klien semi fowler dengan respon subjektifnya klien bersedia, dan objektifnya klien terlihat tenang dan nyaman.

Pada hari kedua tanggal 25 Juli 2012 jam 09.00 WIB penulis

- 1) Mengkaji mengkaji perubahan pola nafas klien.
- 2) Mengauskultasi bunyi nafas,
- 3) Memberikan posisi semi fowler dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan tindakan keperawatan dan klien keadaan posisi semi fowler,
- 4) Mengobservasi O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter permenit dengan RR 30 kali / menit,
- 5) Memberikan therapi bronkodilator melalui nebulizer ventolin, dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan nebulizer dan RR setelah diberikan therapi adalah 24 kali / menit,

- 6) Mengajarkan batuk secara efektif dan menganjurkan klien untuk mengaplikasikan batuk efektif secara mandiri, dan klien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dengan benar, dan mampu mengeluarkan sputum,

Jam 11.00 WIB

- 1) Memberikan injeksi intra vena kepada klien yaitu ceftadizimine 3x1 gr, tymelon 3x½ gr dengan respon klien bersedia diberi obat injeksi melalui intravena dan klien kooperatif dan tenang.

Pada tanggal 26 Juli 2012 jam 10.00 penulis.

- 1) Mengkaji Mengobservasi keadaan umum klien,
- 2) Melakukan TTV, TD : 120/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 18x/menit, Up infus klien, melepaskan O2 nasal kanul,

Jam 12.00 WIB

- 3) Klien KRS.

### **3.4.2 Diagnosa Keperawatan Kedua**

Diagnosa kedua pada hari Rabu 24 Juli 2012 jam 11.00 WIB untuk diagnosa kedua

- 1) Mengkaji perubahan pola nafas klien, mengauskultasi bunyi nafas, pada

Jam 11.10 WIB

- 2) Memberikan posisi semi fowler dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan tindakan keperawatan dan klien keadaan posisi semi fowler, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter permenit dengan RR 30 kali / menit.

Pada tanggal 25 Juli 2012 jam 13.45 WIB

- 1) Memberikan therapy bronkodilator melalui nebulizer salbutamol, dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan nebulizer dan RR setelah diberikan therapy adalah 24 kali / menit,

Pada jam 15.00

- 2) Mengajarkan batuk secara efektif dan menganjurkan klien untuk mengaplikasikan batuk efektif secara mandiri, dengan respon subjektifnya klien bersedia, dan objektifnya klien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dengan benar, dan mampu mengeluarkan sputum.

Jam 12.00 WIB

- 3) Memberikan obat oral ambroxol 3x1 tablet sesuai therapy dengan respon klien mengatakan bersedia minum obat setelah makan dan terlihat setelah makan, obat langsung diminum.

Pada tanggal 26 Juli 2012 jam 10.00 WIB

- 4) Mengobservasi keadaan umum klien, melakukan TTV, TD : 120/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 18x/menit, Up infus klien, melepaskan O2 nasal kanul, pada jam 12.00 WIB
- 5) Klien KRS.

### **3.4.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga**

Diagnosa ketiga pada hari Rabu 24 Juli 2012 jam 12.00 WIB

- 1) Mengobservasi respon klien terhadap aktivitas, sedangkan untuk semua aktivitas klien membutuhkan bantuan keluarga
- 2) Mengajarkan dan membantu klien beraktivitas mandiri, respon klien lemah jika beraktivitas agak berat dan klien terlihat lemah, kemudian

Pada pukul 21.00 WIB

- 3) Menganjurkan klien untuk tidur, istirahat dengan respon klien terlihat berbaring di tempat tidur sambil memejamkan mata.

Pada tanggal 25 Juli 2012 jam 09.00 WIB

- 1) Mengobservasi lagi kemampuan klien dalam beraktivitas mandiri selama dirawat

Kemudian jam 10.00 WIB

- 2) Memantau dan pertahankan O<sub>2</sub> klien yaitu dengan memberi O<sub>2</sub> dengan kanul 2 liter permenit, dengan respon klien kooperatif dan tenang, RR: 24 x permenit.

Pada tanggal 26 Juli 2012 jam 12.00

- 3) Klien KRS.

### **3.5 Evaluasi**

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

#### **3.5.1 Catatan Perkembangan**

- 1) Diagnosa Pertama

Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya bronkhokonstriksi, bronkhospasme

Diagnosa pertama evaluasi hari Rabu tanggal 24 Juli 2012 jam 13.45 WIB diperoleh catatan perkembangan.

S : Klien mengatakan sesak tidak terasa berat lagi, klien mengatakan badan terasa lemas.

O : klien masih kelihatan batuk dan sesak, posisi semi fowler atau setengah duduk, TTV (TD : 140/mmHg, Suhu : 36,7°C, RR : 20 x/menit),  
Terpasang O2 2 liter dan terpasang infus RL 14 tpm

A : Masalah belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

Diagnosa pertama evaluasi hari Kamis tanggal 25 Juli 2012 jam 13.00

WIB diperoleh catatan perkembangan

S : Klien mengatakan nafas masih terasa sesak apabila digunakan aktifitas seperti ke kamar mandi, klien mengatakan batuk masih mengeluarkan dahak warna putih tetapi jumlahnya berkurang

O : Klien masih kelihatan sesak dan batuk dengan dahak warna putih dan jumlahnya berkurang, Posisi semi fowler , TTV (TD : 140/mmHg, Suhu : 36,7°C, N : 80 X/menit, RR : 18 x/menit).

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Pertahankan intervensi, anjurkan untuk mengaplikasikan batuk efektif secara mandiri.

Diagnosa pertama evaluasi pada hari jum'at 26 Juli 2012 jam 10.00

WIB diperoleh catatan perkembangan

S : Klien mengatakan sesaknya sudah hilang, klien mengatakan sudah tidak sesak bila digunakan jalan-jalan.

O : Klien tampak jalan-jalan keluar ruangan, klien makan minum secara mandiri, klien tampak sedikit lebih segar, nafas tidak sesak, Posisi tidur terlentang, TTV (TD : 140/mmHg, S : 36°C, N : 80 x /menit, RR : 18 x /menit).

A : Masalah teratasi.

P : –

## 2) Diagnosa Kedua

Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan dispnea, produksi sputum ditandai dengan anoreksia.

Diagnosa kedua evaluasi hari Rabu tanggal 24 Juli 2012 jam 13.45

WIB diperoleh catatan perkembangan

S : klien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa mual, klien mengatakan diet yang disediakan RS tidak dihabiskan

O : diet TKTP dari RS tidak dihabiskan, hanya dihabiskan ½ porsi, klien tidak langsung makan makanan yang disediakan dari RS, Bibir tampak kering, TTV (TD : 140/mmHg, Suhu : 36,7°C, RR : 20 x/menit), terpasang O2 2 liter dan terpasang infus RL 14 tpm.

A : Masalah belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

Diagnosa kedua evaluasi hari Kamis tanggal 25 Juli 2012 jam 13.00

WIB diperoleh catatan perkembangan.

S : Klien mengatakan rasa mual sudah lumayan berkurang, dan nafsu makan lumayan meningkat, klien mengatakan diet dihabiskan ¼ porsi dari yang disediakan dari RS.

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

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Pertahankan intervensi.

Diagnosa pertama evaluasi pada hari jum'at 26 Juli 2012 jam 10.00

WIB diperoleh catatan perkembangan

S : Klien mengatakan nafsu makan enak dan tidak mual lagi, klien mengatakan makanan yang disediakan dari RS dihabiskan 1 porsi.

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

A : Masalah teratasi.

P : -

### 3) Diagnosa Ketiga

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ditandai dengan kelemahan beraktivitas karena sesak, aktivitas dibantu keluarga.

Diagnosa kedua evaluasi hari Rabu tanggal 24 Juli 2012 jam 13.45

WIB diperoleh catatan perkembangan

S : klien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh suaminya karena masih merasa sesak, klien mengatakan jika kamar mandi dipapah oleh suami.

O : klien belum bisa beraktivitas secara mandiri, TTV (TD : 140/mmHg, Suhu : 36,7°C, RR : 20 x/menit), terpasang O<sub>2</sub> 2 liter dan terpasang infus RL 14 tpm.

A : Masalah belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

Diagnosa kedua evaluasi hari Kamis tanggal 25 Juli 2012 jam 13.00

WIB diperoleh catatan perkembangan

S : Klien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas sendiri

O : Klien masih dibantu oleh suaminya jika ingin ke kamar mandi, klien belum mampu makan dan minum sendiri.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Pertahankan intervensi.

Diagnosa pertama evaluasi pada hari jum'at 26 Juli 2012 jam 10.00

WIB diperoleh catatan perkembangan.

S : Klien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

O : Klien masih agak kesulitan bernafas jika melakukan aktivitas sendiri,

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi.