

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Pengumpulan Data

Tinjauan Kasus Klien 1

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Darus Sifa' Benowo, di ruangan Seruni 1. Nama pasien TN A, umur 79, jenis kelamin laki-laki, suku jawa, pendidikan SD, pekerjaan tukang sapu, alamat Moro Wedi Wetan. Tanggal masuk Rumah Sakit 24 Juli 2016, lama dirawat 2 hari. Tanggal pengkajian 26 Juli 2016.

Dilakukan pengkajian data pada tanggal 26 Juli 2016, pukul 10:00 WIB.

1. Identitas pasien.

Nama pasien TN A, umur 79, jenis kelamin laki-laki, suku jawa, pendidikan SD, pekerjaan tukang sapu, alamat Moro Wedi Wetan. Tanggal masuk Rumah Sakit 24 Juli 2016, lama dirawat 2 hari. Tanggal pengkajian 26 juli 2016. Dengan diagnosa medis PPOK.

2. Keluhan utama.

Sesak nafas dan batuk.

3. Riwayat penyakit sekarang.

Klien mengatakan sesak dan batuk, tidak bisa keluar dahak selama 4 hari. Sehingga klien memeriksakan kesehatanya di Rumah Sakit Darus Sifa' Benowo, dan disarankan dokter UGD untuk rawat inap dan terdapat suara

pasien batuk disertai tidak bisa mengeluarkan dahak, auskultasi terdengar suara nafas tambahan (*wheezing, ronchi*)

mendapatkan terapi Pz 7tpm, ijeski ceftriaxon, injeksi ranitidine, O2 reservoir 31pm, amplodipine 5mg, dan codein 3x1.

4. Riwayat penyakit dahulu.

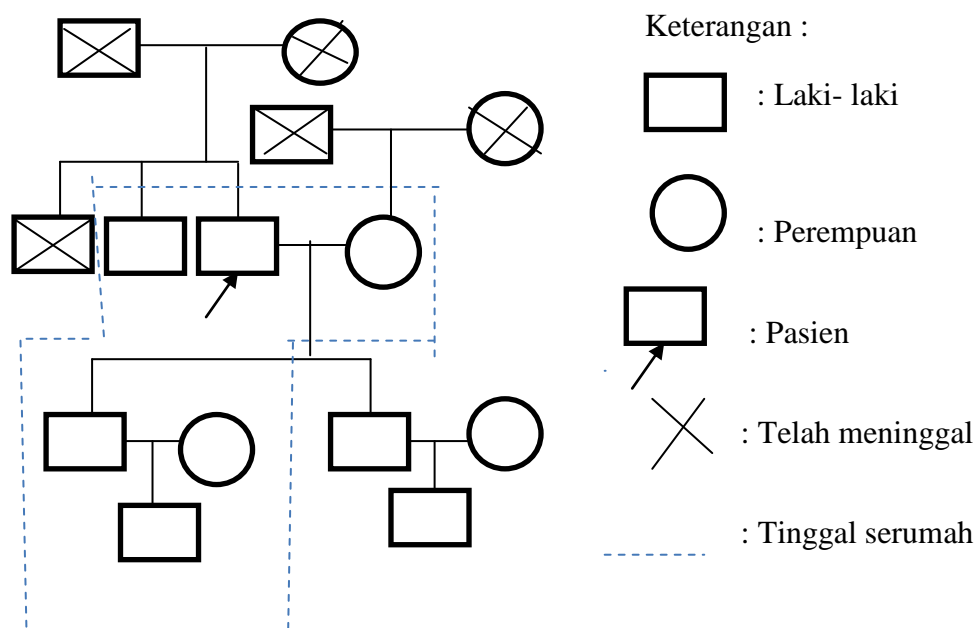
Klien mengatakan memang sudah lama mempunyai penyakit asma selama 4 tahun dan biasanya meminum obat-obatan yang dibeli diwarung-warung.

Klien juga mengatakan mempunyai penyakit hipertensi sejak umur 50 tahun, dan rajin meminum obat hipertensi.

5. Riwayat kesehatan keluarga.

Klien mengatakan, diidalam keluarganya tidak ada penyakit keturunan seperti hepatitis, HIV, DM. Keluarga pasien mengatakan kakak laki-laki meninggal karena terkena penyakit asma.

Gb. 4.1 Genogram klien1



POLA FUNGSI ESEHATAN

1. Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat

SMRS : klien mengatakan mandi 3x/hari, menggosok gigi 2x/hari, dan keramas 3x/minggu, ganti baju 2x/hari

MRS : klien mengatakan tidak mandi, hanya diseka 2x/hari, menggosok gigi 2 dan dan mengganti baju 2x/hari

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

SMRS : klien mengatakan makan 3x/hari, dengan menu sedang (nasi + lauk + sayur + kadang disertai buah). Minum ± 1500 cc/hari air mineral. BB 55kg

MRS : klien mengatakan makan 3x/hari dengan menu bubur + buah dan ekstra putih telur , dan hanya dihabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan yang disediakan. Minum ± 1200 air mineral BB 53 kg

Masalah Keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3. Pola Eliminasi

Eliminasi Alvi

SMRS : klien mengatakan BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna coklat, bau khas feces

MRS : klien mengatakan selama di RS, klien BAB 2 kali

Eliminasi Urine

SMRS : klien mengatakan BAK tidak ada gangguan, BAK lancar 5-6x/hari. Jumlah tidak terevaluasi , warna kuning jernih, bau khas urine.

MRS : Keluarga px mengatakan, klien BAK sejumlah \pm 1500 cc/ hari, warna kuning jernih, bau khas urine

Masalah Keperawatan :tidak ada masalah keperawatan

4. Pola Istirahat dan Tidur

SMRS : klien mengatakan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 6-7 jam/hari. Dengan tidur yang nyenyak

SMR : klien mengatakan jarang tidur siang, pada malam hari tidur 5-6 jam. Klien mengatakan sering terbangun di malam hari karena batuk dan merasa sesak nafas. Klien mengatakan semenjak sakit, pada malam hari tidunya tidak nyenyak karena sering batuk dan sesak

Masalah Keperawatan : gangguan istirahat tidur

5. Pola Aktifitas dan Latihan

SMRS : klien mengatakan kegiatan sehari-hari hanya duduk-duduk dan tidur di rumah. Semua pekerjaan rumah dikerjakan oleh anak dan cucunya

MRS : klien mengatakan semua aktifitas dibantu oleh anaknya, seperti makan, minum, dll.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri

Klien mengatakan sangat sedih atas penyakit yang dideritanya, dan mengatakan menerima dengan lapang atas keadaan penyakit yang dideritanya

Harga diri

Klien mengatakan semenjak dirawat di RS, klien biasa saja dan tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya.

Ideal diri

Klien mengatakan berharap agar cepat sembuh atas penyakit yang dideritanya

Peran

Klien mengatakan, klien sebagai kepala rumah tangga dan memiliki anak 2 anak dan 2 cucu

Identitas diri

Klien berjenis kelamin laki laki , klien bernama Tn A berumur 79 th

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Pola sensori dan kognitif

Sensori

Klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu seperti alat pendengaran, kacamata, penglihatan klien sedikit kabur dan pendengaran terganggu

Kognitif

Keluarga klien mengatakan mengetahui tentang penyakit yang dideritanya

Masalah Keperawatan :

Pola Reproduksi Seksual

Klien berjenis laki – laki umur 79 mempunyai 2 anak dan 2 cucu

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

8. Pola hubungan peran

SMRS : klien mengatakan hubungan dengan anggota keluarga dan masyarakat terjalin baik

MRS : klien mengatakan hubungan peran dengan perawat dan dokter terjalin baik, px juga kooperatif setiap dilakukan tindakan keperawatan

9. Pola penanggulangan stres

Keluarga klien mengatakan, jika ada masalah selalu menceritakan pada anaknya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10. Pola tata nilai dan kepercayaan

SMRS : klien mengatakan beragama Islam, klien rajin melaksanakan sholat 5 waktu

MRS : klien mengatakan selama di RS, klien tidak bisa melaksanakan sholat 5 waktu karena sakit. Klien hanya bisa berdoa atas kesembuhan penyakit yang dideritanya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

PEMERIKSAAN FISIK

1. Status kesehatan umum

Keadaan penyakit : sedang

Kesadaran : kompos mentis

Suara bicara : serak

Pernafasan : frekuensinya 30x/menit

irama : reguler

kedalaman : dangkal terdengar suara nafas tambahan (*wheezing, ronchi*) terdapat suara pasien batuk disertai tidak bisa mengulkan dahak, auskultasi terdengar suara nafas tambahan (*wheezing, ronchi*)

RR: 30xmenit

Suhu tubuh : 36°C

Nadi : 102x/menit

Tekanan darah : 150/100 mmHg

Lain-lai : GCS 456

2. Kepala

Rambut hitam dan beruban, tidak ada ketombe, kulit kepala bersih tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

3. Muka

Bentuk muka simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, ekspresi wajah tampak gelisah pucat. dan kelelahan

4. Mata

Bentuk mata simetris, kelopak mata bersih, konjungtiva merah muda, penglihatan, agak buram, pergerakan bola mata simetris kanan dan kiri, pupil reflek cahaya kanan dan kiri baik

5. Telinga

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi dan bersih, pendengaran terganggu (tuli)

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

6. Hidung

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

7. Mulut dan faring

Bentuk simetris, mukosa bibir kering, tidak ada peradangan pada gusi, lidah tampak bersih, tidak ada lendir pada jalan nafas, tidak terjadi pembesaran tonsil

8. Leher

Bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nadi karotis teraba

9. Thorak

Inspeksi : bentuk simetris, tampak sesak, terdapat pergerakan otot pernafasan, pergerakan dada kanan dan kiri simetris, pernafasan cuping hidung.

Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, pengembangan dan pengempisan thorax pada waktu ekspirasi dan inspirasi simetris

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : terdapat suara nafas tambahan ronchi

10. Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran abdomen, tidak ada lesi, tidak ada bekas luka jahitan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat benjolan pada abdomen

Perkusi : terdapat suara timpani

Auskultasi : terdengar bising usus

11. Inguinal, genital, dan anus

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

12. Integumen

Kulit : warna sawo matang, tidak ada nyeri tekan, akral hangat, turgor kulit kembali <3 detik

Kuku : pendek

13. Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas : pada tangan sebelah kanan terpasang infus

Neurologis : GCS 4,5,

PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

Nama : TN A

Umur : 79 tahun

Tanggal Pemeriksaan : 24-07-2016

Darah

Pemeriksaan	hasil	Nilai normal
Darah lengkap		
Hb	11.8	11.5-18.00 g/dl
Leukosit	8.000	4.000-11.000/cmm
LED	90/110	0-20/jam
Trombosit	305.000	150.000-450.000/cmm
PCV	37	35-50 %
Erytrosit	4.80	3.5-6.0 juta/cmm
Glukosa darah		
Glukosa acak	145	<140 mg/dl

2. Pemeriksaan radiologi :

Tanggal : 24 -08 2016

Hasil : Rongent Thorax (+)

Terlihat bercak bekas peradangan

3. Terapi : Pz 14tpm

Inj. Ceftriaxon 2x1

Inj. Ranitidine 2x1

Codein 3x1

Amplodipine 5g-0-0

Nebulizer combivent 3x1

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Gangguan istirahat tidur

Analisa data

DS : Klien mengatakan batuk, sesak nafas, dan susah mengeluarkan sekret

DO : Batuk dengan auskultasi terdengar suara nafas tambahan (*whezing, ronchi*)

Hasil lab :

Hasil TTV : TD : 150/100 mmHg

Suhu : 36°C

Rr : 30x/menit

Nadi : 102x/menit

Rongent Thorax (+)

Terlihat bercak bekas peradangan

Penyebab : Penumpukan sekret yang berlebihan

Masalah : Ketidak efektifan bersihan jalan nafas

Diagnosa Keperawatan : Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b/d penumpukan
sekret yang berlebihan

Perencanaan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan klien mampu :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah)

2. Menunjukkan suara nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Bunyi nafas normal, tidak ada suara nafas tambahan dan wheezing dan ronchi
4. Keluhan sesak berkurang dan pergerakan nafas normal tanpa menggunakan alat bantu nafas

Intervensi :

1. BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya)

Rasional : Agar menjalin hubungan yang baik dengan pasien dan keluarga pasien.

2. Observasi TTV

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum pasien

3. Kaji fungsi pernafasan seperti, bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman, dan penggunaan alat bantu nafas

Rasional : Penurunan bunyi nafas dapat menunjukkan atelektasis, ronchi, wheziing menunjukkan akumulasi sekret/krtidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas yang menimbulkan penggunaan otot aksesori pernafasan dan peningkatan kerja pernafasan

4. Posisikan pasien semi fowler

Rasional : Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan. Ventilasi maksimal meningkatkan gerakan sekret kedalam jalan nafas bebas untuk dilakukan.

5. Berikan O₂ dengan menggunakan nasal

Rasional : Untuk membantu pengeluaran sekret

6. Ajarkan cara batuk efektif

Rasional : Untuk pemenuhan oksigen pasien

7. Berikan bronkodilator bila perlu

Rasional : Untuk membantu mengencerkan sekret

8. Pertahankan masukan cairan sedikitnya 2500cc/hari , kecuali ada kontraindikasi.

Rasional : Mencegah obstruksi/aspirasi penghisapan dapat diperlukan bila klien tak mampu mengeluarkan sekret

Pelaksanaan :

Tanggal 26 -08-2016

14.00 mengkaji keadaan umum pasien dan mengobservasi TTV

Respon : klien tampak tenang, TD : 150/100 mmHg, Suhu : 36°C, Rr : 30x/menit,

Nadi : 102x/menit

14.15 mengkaji fungsi pernafasan klien, irama nafas, kedalaman nafas, dan bunyi nafas

Respon : klien mengatakan bersedia dilakukan diberikan tindakan keperawatan dan keadaan klien : irama nafas reguler, bunyi nafas terdapat ronchi, kedalaman nafas dangkal

14.45 memberikan O2 3lpm ,dam memberikan posisi semi fowler

Respon : klien terlihat tenang, dan sedikit tidak sesak

15.00 mengajarkan cara batuk efektif

Respon : klien mampu melakukan dalam bimbingan perawat ketika diajarkan cara batuk efektif

17.00 mengobservasi TTV : TD : 170/100 mmHg, Suhu : 37°C, Rr : 28x/menit,

Nadi : 107x/menit

Respon : klien tampak tenang

20.00 memberikan injeksi ceftriaxon

Injeksi ranitidine 1A

Obat oral codein

Tanggal 27-072016

08.00 menganjurkan minum sedikit tapi sering dan memberikan injeksi ceftriaxon dan ranitidine 1A dan obat oral codein dan catropril

Respon : klien mematuhi anjuran yang telah diberikan oleh perawat

09.00 mengkaji fungsi pernafasan

Respon : keadaan klien irama reguler, kedalaman masih dangkal, bunyi pernafasan masih terdengar ronchi

09.30 mempertahankan posisi semi fowler dan O2 3lpm

Respon : klien tampak tenang

10.00 menganjurkan klien untuk mengaplikasikan cara batuk efektif

Respon : klien bersedia dan klien mampu mengaplikasikan cara batuk efektif

11.00 mengobservasi TTV TD : 150/100 mmHg, Suhu : 36,3°C, Rr :26x/menit,
Nadi : 99x/menit

13.00 melakukan tindakan nebulezer Combivent

Respon : klien bersedia dilakukan tindakan keperawatan dan kooperatif

13.15 mengatur posisi semi fowler

Respon : klien terlihat tenang dan nyaman serta bisa tidur tenang.

Tanggal 28-7-2016

08.00 mengkaji keadaan umum klien dan memberikan injeksi ceftriaxon dan ranitidine 1A

Respon pasien : px tampak tenang dan sedikit lemah

09.00 mempertahankan posisi px semi fowler dan pemberian O2

Respon : klien tampak lebih tenang dan nyaman

11.00 melakukan observasi TTV

Respon : klien bersedia dilakukan tindakan keperawatan dan kooperatif

TD : 140/90 mmHg

S : 36,2°C

Rr : 26 x/menit

Nadi : 94x/menit

13.00 melakukan tindakan nebulizer

Rasional : px mau dan bersedia menuruti segala tindakan keperawatan yang diberikan dan terlihat nyaman, sudah tidak sesak

14.00 mengkaji keadaan umum pasien

Respon : keadaan pasien terlihat nyaman, tidak gelisah, dan bisa tidur nyenyak

15.00 mengkaji fungsi pernafasan, irama reguler ,masih terdengar ronchi sedikit,
Rr : 22x/menit ,O2 tidak terpasang karena pasien sudah tidak merasa sesak

17.00 melakukan tindakan TTV, TD : 140/90 mmHg, Suhu: 36,2°C, Rr :
22x/menit

Evaluasi

Tanggal 26-07-2016

S : klien mengatakan batuk disertai sesak nafas, dan juga susah
mengeluarkan sekret

O : klien tampak sesak dan batuk, auskultasi terdengar suara nafas tambahan
(*wheezing, ronchi*) posisi klien semi fowler dan terpasang O2 8lpm,
terpasang infus Pz 7 tpm, px tampak gelisah, TD : 170/100 mmHg, Suhu :
37°C, Nadi : 107x/menit, Rr : 28x/menit.

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Tanggal 27-08-2016

S : klien mengatakan bisa batuk efektif sesak sudah agak berkurang

O : klien tampak tenang,terdapat alkultasi suara ronchi berkurang, tidak
terdengar whezing sudah sedikit tidak sesak posisi klien semi fowler, O2
sudah tidak terpasang, terpasang infus Pz 7tpm

TD : 140/90 mmHg, Suhu : 36,3°C, Rr :26x/menit, Nadi : 99x/menit

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi dilanjutkan

Tanggal 28 -08-2016

S : klien mengatakan batuk jarang, dan sesak sudah tidak ada

O : klien tampak tenang dan tidak tampak sesak, frekuensi batuk jarang dan dahak sudah bisa keluar, tidak terdengar suara ronchi dan tidak terdengar whezing

klien sudah tidak terpasang O₂, dan posisi tidur klien terlentang, sudah tidak terpasang infus, TD : 140/90 mmHg, Suhu: 36,2°C, Rr : 23x/menit

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan .

Tinjauan Kasus Klien 2

Asuhan keperawatan pada Tn D, umur 55 tahun, jenis kelamin laki-laki, diruangan Seruni 2, Rumah Sakit Darus Sifa' Benowo. Masuk pada tanggal 4 Agustus 2016, dengan diagnose medis PPOK.

Pengumpulan Data

Dilakukan pengkajian data pada tanggal 8 Agustus 2016, pukul 10:00 WIB.

1. Identitas Pasien

Tn. D umur 55 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan tukang kayu, agama Islam, suku jawa, pendidikan SMP, alamat: Babat Jerawat III.

Diagnose medis: PPOK,

keluhan utama : batuk dan sesak nafas, dahak tidak bisa keluar.

2. Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang

Klien mengatakan mulai batuk \pm 1 bulan yang lalu. Awalnya klien hanya membeli obat di toko, dan batuk tersebut sembuh. Setelah 1 minggu kemudian batuk yang diderita dan sesak nafas, dahak tidak bisa keluar, keluarga klien memeriksakan klien keRSDarus Syifa' melalui IGD. Dan klien disarankan untuk rawat inap oleh dokter IGD. Dan di IGD klien mendapat terapi Pz 7tpm, inj. Ceftriaxon 2x1 , inj. Vit k 3x1A, obat oral codein 3x1 , diet TKTP 1900 kal.

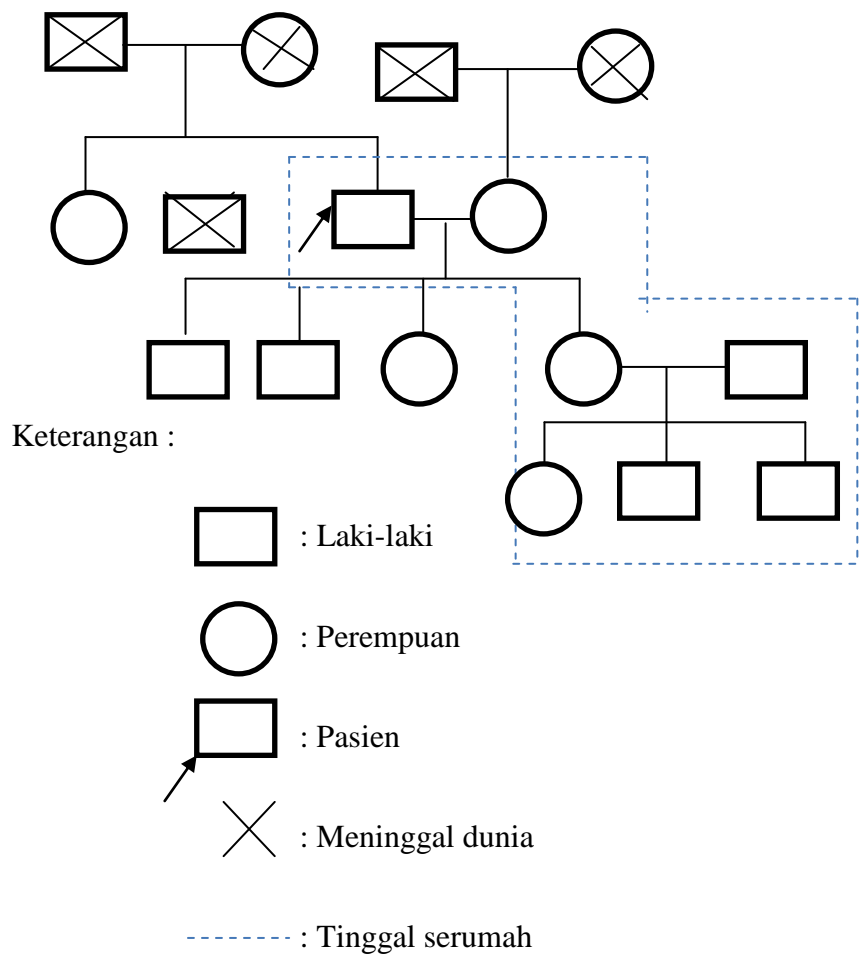
3. Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu

Klien mengatakan sdh 5 tahun menderita penyakit asma dan di saat musim dingin sering sesak nafas yang disertai batuk

4. Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga

Klien mengatakan, didalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, Dan juga tidak ada yang memiliki penyakit menular seperti , hepatitis, HIV, dll adik laki laki kandung klien meninggal saat usia 32 terkedana penyakit TBC

Gb. 4.2 Genogram klien 2



POLA FUNGSI ESEHATAN

1. Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat

SMRS : klien mengatakan mandi 3x/hari, menggosok gigi 2x/hari, dan keramas 3x/minggu, ganti baju 2x/hari

MRS : klien mengatakan tidak mandi, hanya diseka 2x/hari, menggosok gigi 1x/hari dan tidak keramas dan mengganti baju 1x/hari

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

SMRS : klien mengatakan makan 3x/hari, dengan menu nasi + lauk + sayur. Minum \pm 2500 cc/hari air mineral.

MRS : klien mengatakan makan 3x/hari dengan menu yang telah disediakan dari RS, dan hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan yang disediakan. Minum \pm 1500 air mineral

Masalah Keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3. Pola Eliminasi

Eliminasi Alvi

SMRS : px mengatakan BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna coklat, bau khas feses

MRS : px mengatakan selama di RS, px BAB 2x

Eliminasi Urine

SMRS : px mengatakan BAK lancar 5-6x/hari. Jumlah tidak terevaluasi, warna kuning jernih, bau khas urine.

MRS : px mengatakan tidak ada gangguan pada BAK, \pm 5-6x/hari. Jumlah tidak terevaluasi, warna kuning jernih, bau khas urine

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Pola Istirahat dan Tidur

SMRS : px mengatakan sebelum px sakit, px jarang tidur siang, dikarenakan perkerja dan tidur malam 7-8 jam/hari. Dengan tidur yang nyenyak

SMR : px mengatakan bisa tidur singa 2-3jam/hari, karena habis minum obat dan pada malam hari tidur 7-8 jam. Px mengatakan tidurnya terkadang tidak nyenyak akibat sesak dan sering batuk.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5. Pola Aktifitas dan Latihan

SMRS : px mengatakan kegiatan sehari-hari kerja.

MRS : px mengatakan selama di RS sebagian aktifitas dibantu oleh stri dan anak-anaknya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masaah keperawatan

6. Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri

Px mengatakan merasa sedih atas penyakit yang dideritanya. Dan px menerima dengan lapang atas penyakitnya

Harga diri

Px mengatakan tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya.

Ideal diri

Px mengatakan berharap agar cepat sembuh atas penyakit yang dideritanya

Peran

Px mengatakan sebagai kepala keluarga dan mempunyai 4 anak dan 2 orang cucu

Identitas diri

Px berjenis kelamin laki –laki usia 55, sudah menikah dan mempunyai 4 orang anak.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Pola sensori dan kognitif

Sensori

Px mengatakan tidak menggunakan alat bantu seperti alat pendengaran, penglihatan, peraba, penciuman, dan pengecap

Kognitif

Keluarga px mengatakan mengetahui tentang penyakit yang dideritanya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

8. Pola Reproduksi Seksual

Px berjenis kelamin laki laki berusia 55 tahun dan mempunyai 4 orang anak

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Pola hubungan peran

SMRS : px mengatakan hubungan dengan anggota keluarga dan masyarakat terjalin baik

MRS : px mengatakan hubunganpern dengan perawat dan dokter terjalin baik, px juga kooperatif setiap dilakukan tindakan keperawatan

10. Pola penanggulangan stres

Keluarga px mengatakan, jika ada masalah selalu menceritakan pada istrinya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

SMRS : px mengatkan beragama Islam, px rajin melaksanakan sholat 5 waktu

MRS : px mengatakan selama di RS, px tetap melaksanakan sholat 5 waktu dan sering berdoa dan dzikir.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

PEMERIKSAAN FISIK

1. Status kesehatan umum

Keadaan penyakit : sedang

Kesadaran : kompos mentis

Suara bicara : jelas

Pernafasan : frekuensinya 32x/menit

irama : reguler

kedalaman : alkatasi terdapat suara ronchi

terdengar whezing

Suhu tubuh : 36,2°C

RR : 35x/menit

Nadi : 90x/menit

Tekanan darah : 100/60 mmHg

Lain-lai : GCS 456

2. Kepala

Rambut hitam sedikit beruban, tidak ada ketombe, kulit kepala bersih
tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

3. Muka

Bentuk muka simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan.

4. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, penglihatan jelas,
pergerakan bola mata simetris kanan dan kiri, pupil reflek cahaya kanan
dan kiri baik

5. Telinga

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi dan bersih, pendengaran normal

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

6. Hidung

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

7. Mulut dan faring

Bentuk simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada peradangan pada gusi,
lidah tampak bersih, tanpa ada lendir pada jalan nafas.

8. Leher

Bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenja tyroid, nadi karotis teraba

9. Thorak

Inspeksi : bentuk simetris, tampak sesak, terdapat pergerakan otot pernafasan, pergerakan dada kanan dan kiri simetris

Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, pengembangan dan pengempisan thorax pada waktu ekspirasi dan inspirasi simetris

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : terdapat suara nafas tambahan ronchi dan wheezing

10. Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran abdomen, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat benjolan pada abdomen

Perkusi : terdapat suara timpani

Auskultasi : terdengar bising usus

11. Inguinal, genital, dan anus

Tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan

12. Integumen

Kulit : warna sawo matang, tidak ada nyeri tekan, akral hangat, turgor kulit kembali <3 detik

Kuku : pendek

13. Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas : pada tangan sebelah kanan terpasang infus

GCS 4,5,6

PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

Nama : Tn. D

Umur : 55 tahun

Tanggal Pemeriksaan : 04-08-2016

Darah

pemeriksaan	hasil	Nilai nomal
Darah lengkap		
Hb	12.8	11.5-18.00 g/dl
Leukosit	5.800	4.000-11.000/cmm
LED	20/50	0-20/jam
Trombosit	210.000	150.000-450.000/cmm
PCV	37	35-50 %
Erytrosit	4.08	3.5-6.0 juta/cmm

Glukosa darah		
Glukosa acak	169	<140 mg/dl
FAAL HATI		
SGOT	113	L: <37 P: <31 U/l
SGPT	111	L: <40 P: <31 U/l
FAAL GINJAL		
BUN	9.4	4.7-23.3 mg/dl
Creatinin	0,94	0.6-1.0 mg/dl
ELEKTROLIT		
Natrium	131.8	136-144 mEq/l
Kalsium	3.49	4-5 mEq/l
Clorida	94.7	98-107 mmol/l
Calsium	8.40	8.0-10.7 mg/dl

2. Pemeriksaan radiologi :

Pemeriksaan : foto thorax

: terdapat bercak peradangan

Tanggal : 4-8-2016

3. Terapi : Pz 14tpm

Inj. Ceftriaxon 2x1

Inj. Ranitidine 2x1

Codein 3x1

Amplodipine 5g-0-0

Nebulezer combivent 3x1

Analisa data

DS : Px mengatakan batuk, sesak nafas, dan susah mengeluarkan sekret

DO : Px tampak lemas, batuk dan sesak auskultasi terdengar suara nafas tambahan (*wheezing, ronchi*) pada dada kanan dan kiri

Hasil TTV : TD : 100/60 mmHg

Suhu : 36,2°C

Rr : 35x/menit

Nadi : 90x/menit

Rongent Thorax (+)

Terdapat bercak peradangan

Penyebab : Penumpukan sekret yang berlebihan

Masalah : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Diagnosa Keperawatan : Ketiakfektfan bersihan jalan nafas b/d penumpukan sekret yang berlebihan

Perencanaan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien mampu :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah)
2. Menunjukkan suara nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Bunyi nafas normal, tidak ada suara nafas tambahan dan wheezing
4. Keluhan sesak berkurang dan pergerakan nafas normal tanpa menggunakan alat bantu nafas

Intervensi :

1. BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya)

Rasional : Agar menjalin hubungan yang baik dengan pasien dan keluarga pasien

2. Observasi TTV

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum pasien

3. Kaji fungsi pernafasan seperti, bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman, dan penggunaan alat bantu nafas

Rasional : Penurunan bunyi nafas dapat menunjukkan atelektasis, ronchi, wheziing menunjukkan akumulasi sekret/krtidakmampuan untuk

membersihkan jalan nafas yang menimbulkan penggunaan otot aksesori pernafasan dan peningkatan kerja pernafasan

4. Posisikan pasien semi fowler

Rasional : Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan. Ventilasi maksimal meningkatkan gerakan sekret kedalam jalan nafas bebas untuk dilakukan

5. Berikan O₂ dengan menggunakan nasal

Rasional : Untuk membantu pengeluaran sekret

6. Ajarkan cara batuk efektif

Rasional : Untuk pemenuhan oksigen pasien

7. Berikan bronkodilator bila perlu

Rasional : Untuk membantu mengencerkan sekret

Pelaksanaan

Tanggal 08-08-2016

14.00 mengkaji keadaan umum pasien dan mengobservasi TTV

Respon : px kooperatif, px tampak lemah

TD : 100/60 mmHg

Suhu : 36,2°C

Nadi : 90x/menit

Rr : 35x/menit

14.30 memberikan posisi semi fowler dan O2 nasal 3 lpm

Respon : px bersedia dan kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan

15.00 mengkaji fungsi pernafasan

Respon : px bersedia dilakukan tindakan keperawatan

Bunyi nafas terdapat ronchi dan wheezing, irama reguler, kedalaman dangkal

15.30 mengajarkan cara batuk efektif

Respon : px mampu melakukan cara batuk efektif yang diajarkan

16.00 menganjurkan minum sedikit tapi sering

Respon : px bersedia dan mau melakukan anjuran perawat

17.00 mengobservasi TTV

TD : 110/70 mmHg

Suhu : 36,5°C

Rr : 35x/menit

Nadi : 88x/menit

18.00 mempertahankan posisi semi foler dan pemberian O2 nasal 3 lpm

Respon : px bersedia dan kooperatif dalam tindakan keperawatan, px terlihat tenang

20.00 memberikan inj. Cetriaxon ,inj. Vit k, obat oral codein dan b complex

Respon : px meminum obat di depan perawat pelaksana

Tanggal 09-08-2016

07.30 mengkaji keadaan umum pasien

Respon : px terlihat sedikit lemah ,masih terlihat sesak

08.00memberikan injeksi ceftiaxon, inj. Vit k dan membekakan bat oral codein dan b complex

Respon : px bersedia dan mau melakukan tindakan keperawatan yang dianjurkan

08.30 mempertahankan posisi semi fowler dan O2 nasal 4 lpm

Respon : px terlihat sedikit tenang

09.0 menganjurkan px untuk mengaplikasikan cara batuk efektif

Respon : px mampu mengaplikasikan cara batuk efektif

10.00 menganjurkan px minum sedikit tapi sering

Respon : px bersedia dan mau melakukan anjuran tindakan keperawatan

11.00 mengobservasi TTV

Respon : px kooperatif , TD: 100/60 mmHg, S : 36°C, N : 84x/menit, Rr :
35x/menit

12.00 menganjurkan minum sedikit tapi sering

Respon : px bersedia dan mau melakukan anjuran tindakan keperawatan

13.00 memberikan obat oral codein dan b complex

Respon : px bersedia dan kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan

Tanggal 10-08-2016

14.00 mengkaji keadaan umum px

Respon : px terlihat tenang, batuk dan sesak mulai berkurang

15.00 memberikan air seka

15.30 mempertahankan posisi semi fowler dan O2 nasal 3lpm

Respon : px tampak tenang

16.30 mengobservasi TTV

Respon : px tampak tenang dan keadaan umum px cukup baik, TD : 100/60 mmHg,
Suhu : 36,3°C, Nadi : 80x/menit, Rr : 24x/menit

20.00 memberikan inj. Ceftriaxon, inj. Vit k, obat oral codein dan b complex

Evaluasi

Tanggal 08-08-2016

S : px mengatakan batuk dan sesak nafas, dahak tidak bisa keluar.

O : keadaan umum px lemah, px tampak sesak nafas, posisi tidur px semi fowler, terpasang O2 nasal 4 lpm, terpasang infus Pz 7tpm, terdengar suara ronchi dan whezing

TD : 100/60 mmHg, Suhu : 36,2°C, Nadi : 90x/menit, Rr : 35x/menit

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Tanggal 09-08-2016

S : px mengatakan batuk dan sesak nafas mulai sedikit berkurang.

O : px tampak lemah dan sesak nafas, posisi px semi fowler, terpasang O2 nasal 4l tpm, terpasang infus Pz 7 tpm, terdengar ronchi dan whezing

TD: 100/60 mmHg, S : 36°C, N : 84x/menit, Rr : 30x/menit

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi dilanjutkan

Tanggal 10-08-2016

S : px mengatakan jarang batuk dan sesak sudah tidak ada.

O : px tampak sedikit lemah, posisi semi fowler, tidak terpasang O₂, frekuensi batuk jarang dan sedikit ada dahak suara ronchi dan wheezing sudah tidak terdengar.

TD : 100/60 mmHg, Suhu : 36,3°C, Nadi : 80x/menit, Rr : 24x/menit

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

4.2 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang ditemukan antara landasan teori dengan tinjauan kasus selama memberikan asuhan keperawatan pada kasus PPOK yang dialami oleh Tn. A dan Tn. D dengan masalah keperawatan ketidakefektian bersihan jalan nafas di ruang internal RS Darus Syifa' Benowo, sesuai langkah-langkah asuhan keperawatan, diantaranya : Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama dan awal dari proses keperawatan, tahapannya terdiri dari pengumpulan data, penulis melakukan pendekatan pada klien dan data diperoleh melalui wawancara, pengamatan atau observasi langsung pada klien, catatan rekam medis dan petugas.

Pada saat penulis melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data tidak ada hambatan apapun karena baik pasien dan keluarga pasien kooperatif dalam memberikan keterangan dan informasi tentang pasien.

Pada pengkajian, pada tinjauan kasus pertama dan kasus kedua didapatkan kesamaan prioritas masalah utama yaitu ketidak efektifan bersihan jalan nafas. Pada kasus pertama dan kedua tidak jauh berbeda data subjektif dan data objektif yang diperoleh dari kedua kasus tersebut. Yaitu didapatkan data subjektif dari Tn. A adalah pasien mengatakan batuk dan sesak nafas, serta data objektif yang didapatkan yaitu keadaan pasien tampak lemah, dan terlihat sesak nafas serta terdapat suara ronchi dan whezing. Sedangkan data subjektif Tn. D adalah, px juga mengatakan batuk dan sesak nafas, serta data objekifnya yaitu px terlihat lemah dan sesak nafas serta terdapat suara ronchi dan whezing. Jadi kedua klien sama-sama terdapat suara ronchi dan whezing

Data subjektif dan data objektif yang diperoleh dari pengkajian kedua kasus tersebut sesuai dengan teori. Bahwa pada data subjektif yang dikeluhkan klien adalah batuk, sesak nafas, terdapat dahak/sekret, serta sesak nafas berulang (Helmia Hasan 2010). Dan gejala utamanya adalah batuk disertai dahak yang tidak kunjung sembuh, sesak nafas, badan lemas, berat badan menurun.

Menurut keterangan diatas yang didapat dari hasil tinjauan teori dan tinjauan kasus tersebut, tidak ada kesenjangan antara data subjektif pada klien satu dan klien dua. keluhan yang didapatkan sama yaitu batuk dan

sesak nafas. Namun juga terdapat kesenjangan antara klien satu dan klien dua. Pada klien satu batuk dan sesak nafas yang diderita kurang lebih 4 hari yang lalu sebelum dibawa ke RS, sedangkan pada klien dua batuk dan sesak yang diderita kurang lebih 1 minggu yang lalu sebelum dibawa ke RS. Akan tetapi, dari hasil data subjektif dan data objektif pada kedua klien tersebut sama-sama mengalami ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

4.2.1 Diagnosa Keperawatan

Terdapat beberapa kesamaan dan perbedaan masalah keperawatan yang ditemukan penulis dalam tinjauan teori dengan tinjauan kasus, masalah keperawatan yang ditemukan dalam tinjauan teori diantaranya : Ketidak efektifan bersihan jalan nafas, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Gangguan istirahat tidur.

Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa pada kasus PPOK masalah yang muncul adalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kongesti paru, resiko infeksi berhubungan dengan organisme purulen, hipertermi berhubungan dengan reaksi inflamasi (Nuarif, dkk 2015)

Pada kedua kasus diatas yang sesuai dengan teori yaitu masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas dan ketidak seimbangan nutrisi. Dan pada kedua kasus tersebut juga terjadi masalah yang tidak sesuai dengan teori yaitu masalah dan gangguan istirahat tidur. Tetapi masalah tersebut

muncul akibat sesak nafas dan batuk yang terjadi pada kedua klien tersebut. Dan masalah tersebut masih berhubungan dengan apa yang diderita oleh kedua klien tersebut. Namun pada kedua klien yang mengalami PPOK tersebut, dari sekian masalah yang muncul hanya difokuskan pada satu prioritas masalah utama yaitu Ketidak efektifan bersihan jalan nafas.

4.2.2 Perencanaan

Perencanaan intervensi keperawatan pada kedua klien dengan menggunakan strategi pelaksana selama 3 hari. Tindakan ini terdiri dari empat strategi pelaksana untuk klien, strategi pelaksanaan untuk keluarga, sebelum melakukan tindakan keperawatan terlebih dahulu peneliti melakukan kontrak waktu dengan klien dan menyiapkan alat yang akan digunakan yaitu kertas, alat tulis, lembar pengkajian, dan lembar evaluasi.. sebelum memberikan intervensi, peneliti melakukan BHSP dan mengkaji fungsi pernafasan klien.

Perencanaan intervensi keperawatan pada kedua kasus tersebut tidak terdapat kesejangan . Rencana tindakan keperawatan pada kedua kasus tersebut sama yaitu meliputi : BHSP, Observasi TTV, Kaji fungsi pernafasan seperti, bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman, dan penggunaan alat bantu nafas, Posisikan pasien semi fowler, Berikan O2 dengan menggunakan nasal, Ajarkan cara batuk efektif, Berikan bronkodilator bila perlu, Bersihkan sekret dari mulut dan trakea, Pertahankan masukan cairan sedikitnya 2500cc/hari.

Hal tersebut sesuai dengan teori, bahwa intervensi pada kasus PPOK dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah : kaji fungsi pernafasan klien, berikan O₂, posisikan klien semi fowler, keluarkan sekret dengan cara mengajarkan cara batuk efektif, berikan bronkodilator bila perlu, atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Dan dari semua intervensi yang terdapat pada tinjauan teori tersebut terlaksana.

4.2.3 Pelaksanaan

Pada kasus pertama dan kedua, pelaksanaan/implementasi yang dilakukan terhadap kedua klien tersebut sama. Yaitu dilakukan observasi TTV, mengkaji suara nafas, memberikan posisi semi fowler, memberikan O₂, mengajarkan cara batuk efektif, memberikan tindakan nebulizer jika klien kesulitan mengeluarkan sekret, membersihkan sekret dari mulut dan trakea, mempertahankan cairan masuk 2500cc/hari, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Namun, waktu yang dilaksanakan berbeda. Pada kasus pertama Tn. A, intervensi yang dilakukan ketika klien sudah dua hari di rawat inap di RS. Sedangkan pada klien kedua yaitu dilaksanakan ketika klien empat hari di rawat inap di RS

Dan semua intervensi diatas, semua intervensi sama-sama dilaksanakan terhadap kasus pertama Tn A dan kasus kedua Tn. D. Dan kedua kasus tersebut tidak ada perbedaan intervensi yang diberikan terhadap kedua klien tersebut.

Pada tinjauan kasus dilakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang terdapat pada tinjauan teori . Yaitu observasi

TTV, mengkaji suara nafas, memberikan posisi semi fowler, memberikan O₂, keluarkan sekret dengan cara mengajarkan cara batuk efektif, memberikan tindakan nebulizer jika klien kesulitan mengeluarkan sekret, membersihkan sekret dari mulut dan trakea, mempertahankan cairan masuk 2500cc/hari, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Semua rencana dapat dilakukan karena adanya kerjasama antara penulis dengan klien, keluarga dan tim kesehatan yang lainnya. Dalam melaksanakan rencana asuhan keperawatan tidak ada hambatan, dalam tinjauan teori semua intervensi dilakukan

4.2.4 Evaluasi

Pada kasus pertama Tn. A dan kasus kedua Tn. D, evaluasi yang didapatkan berbeda. Hal tersebut terjadi karena intervensi yang dilakukan pada kasus pertama dan kasus kedua berbeda waktu pelaksanaan tindakannya. Pada kasus pertama dilaksanakan intervensi mulai dari klien MRS hari kedua, sedangkan pada kasus kedua dilaksanakan intervensi mulai dari klien MRS hari keempat. Dan dari kedua kasus tersebut, evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah dapat teratasi. Yaitu kedua klien tersebut sama-sama mengatakan batuk dan sesak nafas berkurang, dahak bisa keluar. Serta suara ronchi dan wheezing yang terdapat pada kasus 1 dan 2 sudah tidak terdengar pada implementasi hari ketiga.

Dan dari kedua kasus tersebut terdapat kesamaan pada evaluasi hari terakhir penulis melakukan penelitian, yaitu pada hari ketiga. Pada kasus pertama, evaluasi hari ketiga masalah sudah teratasi. Hal tersebut ditandai

dengan data subjektif yang didapatkan pada kasus pertama adalah klien mengatakan sudah tidak sesak nafas dan batuk berkurang serta data objektif yang diperoleh adalah klien tampak tenang dan tidak sesak nafas, kondisi klien baik, suara ronchi dan wheezing tidak terdengar, Rr : 23x/menit, dan posisi tidur klien terlentang serta O2 sudah tidak terpasang. Sedangkan pada kasus kedua evaluasi pada hari ketiga masalah teratasi. Ditandai dengan data subjektif yang didapatkan pada kasus kedua adalah klien mengatakan sesak nafas dan batuk mulai berkurang, serta data objektif yang diperoleh adalah klien tampak tenang, posisi klien semi fowler O2 sudah tidak terpsang. Dan suara ronchi dan whezing mulai tidak ada, Rr : 24x/menit.

Pada evaluasi tinjauan kasus ditulis berdasarkan respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Maka masalah teratasi pada tinjauan kasus pertama dan kedua adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret yang berlebihan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang tepat, masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang dialami oleh kedua klien segera teratasi, batuk mulai berkurang, sesak nafas membaik, dan juga setelah dilakukan tindakan nebulizer dan mengajarkan cara batuk efektif, suara ronchi dan whezing yang terdapat pada klien pertama dan kedua juga berkurang.

Pada tinjauan teori dijelaskan pada klien PPOK dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas apabila dilakukan tindakan keperawatan yang tepat dan teratur maka didapatkan hasil klien dapat

mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, menunjukkan jalan nafas yang paten (frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi dan whezing), (Nurarif dkk, 2015) Dari beberapa data yang diperoleh baik dari tinjauan kasus dan tinjauan teori seharusnya klien dan keluarga mampu memahami dan dapat mengaplikasikan cara mengurangi batuk dan sesak yang timbul pada kedua klien tersebut. Serta dapat mencegah terjadinya komplikasi dan keparahan yang terjadi pada klien yang memicu timbulnya masalah yang dialami kedua klien tersebut.