

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Pengumpulan Data Tanggal 6 Maret 2001

1. Anamnesa

a. Identitas Pasien

Nama Tn E, umur 32 tahun, jenis kelamin laki-laki, status sudah menikah, pendidikan SMA, agama Islam, pekerjaan pegawai percetakan, alamat waru sidoarjo surabaya, tanggal MRS 5 maretl 2001, jam 21.50 WIB, dengan diagnosa Asma Bronkiud, nomor register 491696.

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas, batuk disertai dahak, warna putih.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu

Klien mengatakan serak kecil, klien menderita sesak napas saat dewasa hingga sekarang sesak masih ada dan muncul, apabila makan ikan tambak, klien pernah opname 6 hari di RSAL pada tahun 2001 dan diagnosa asma bronkial karena alergi ikan tambak, klien tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi ataupun diabetes militus.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan sesak nafas sejak tanggal 1 maret 2001, batuk disertai dahak warna putih kekuningan dan keluar keringat dingin dan Pada tanggal 3 maret 2001 oleh keluarganya klien dibawa kedokter terdekat dan diberi obat tapi penyakitnya semakin parah sehingga pada tanggal 5 maret 2001 jam 23.00 WIB klien dibawa kerumah sakit (IRD) dan di periksa oleh dokter (klien disarankan untuk opname) pada tanggal 5 maret 2001 klien masuk rumah sakit karena sesak nafas dan makin berat meskipun tidak beraktifitas, batuk disertai dahak berwarna hijau kekuningan, keluar keringat dingin.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menular (hepatitis, TBC) dan penyakit menurun (asma).

d. Pola-pola Fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Klien mengerti tentang kesehatan dan pentingnya hidup sehat, karena apabila klien atau salah satu anggota keluarganya ada yang sakit, klien berobat ke dokter, tapi klien belum bisa menghilangkan keinginan untuk makan ikan tambak yang menyebabkan dia alergi, saat di RS klien mandi dua kali/hari dengan diseka, ganti baju dua kali/hari.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Klien mengatakan sebelum di rawat dirumah sakit klien makan teratur 3 kali sehari dengan komposisi nasi, sayur,dan lauk, klien menghabiskan porsinya dan minum air putih 5 gelas (1500 cc) setiap hari. BB : 55 kg, selama dirawat di rumah sakit klien makan teratur 3 kali sehari dengan diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein) dan klien makan habis satu porsi yang disediakan, BB : 55 kg klien malas minum,minum hanya 4 gelas (1000 cc) dalam 7 jam klien mengatakan alergi terhadap ikan tambak

3) Pola aktifitas

Sebelum MRS klien bekerja sebagai pegawai percetakan, klien tidak pernah olah raga. dan semua aktifitas klien sehari-hari seperti makan, minum, mandi, buang air besar dan kecil dilakukan sendiri, saat dirumah sakit klien mengalami sesak napas sehingga aktivitas sehari-hari di bantu dan klien mengatakan bila beraktivitas sesak bertambah.

4) Pola eliminasi

Sebelum MRS klien BAB 1 kali/hari, konsistensi lembek, warna kekuningan, BAK 5 – 6 kali/hari, warna urin jernih, dan klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air besar dan kecil, saat di rumah sakit, klien BAB 1 kali sehari dan BAK 4 – 5 kali/hari jumlah (1500cc/hari dan klien tidak

mengalami kesulitan.

5) Pola tidur dan istirahat

Sebelum MRS klien tidur 7 – 8 jam dengan bantal, selimut, ditemani oleh istrinya. klien kebiasaan tidur dengan lampu dipadamkan, klien jarang tidur siang, saat di RS klien dapat tidur dengan nyenyak. tidur dengan tempat tidur ditinggikan, dua bantal selimut (7 - 8 jam/hari).

6) Pola sensori dan kognitif

Klien tidak mengalami gangguan pada pendengarannya, perabaan, penciuman, penglihatan. klien mengerti tentang penyakitnya, penyebab dan pencegahannya, daya ingat baik, komunikasi baik.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Klien mengatakan cemas dan takut terhadap sesaknya yang tidak sembuh, hingga klien jarang berobat, klien tidak malu dengan keadaannya, ekspresi wajah tegang.

8) Pola hubungan dan peran

Klien adalah seorang kepala keluarga dari 3 orang anaknya dan 1 istri, klien mengatakan bahagia dengan keluarganya dan hubungan klien dengan masyarakat juga baik tidak gangguan, saat di rumah sakit hubungan klien dengan keluarga, perawat, teman-temannya dan dokter baik.

9) Pola reproduksi dan seksual

Sebelum MRS klien mengatakan jarang melakukan hubungan dengan istrinya, mempunyai 3 anak, klien merasa terganggu dalam hubungan dengan istrinya karena sesak napas.

10) Pola penanggulangan stres

-- Klien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istrinya, klien mudah emosi saat di rumah sakit. klien menceritakan masalahnya dengan perawat dan istrinya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Sebelum MRS klien taat menjalankan sholat 5 waktu, saat di RS, klien hanya berdoa di atas tempat tidur.

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadan umum

Klien lemah GCS : 4-5-6 tanda-tanda vital,

Tensi : 130/80 mmgh, suhu 37 °C, Rr 32 x/menit, nadi 99 x/menit

2) Kulit, rambut, kuku

Kulit warna sawo matang, turgor kulit jelek, tidak terdapat luka.

Rambut warna hitam lurus, tidak terdapat ketombe, rambut acak-acakan, kebersihan rambut cukup. Kuku warna pucat, bentuk dubing finger, permukaan halus tidak ada lesi, kebersihan cukup.

3) Kepala dan leher

Kepala pada pemeriksaan tidak ditemukan adanya benjolan.

Leher tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar tyroid.

4) Mata

Bentuk mata simetris, sklera tidak icterus, konjungtiva tidak anemis, mata cekung, pada bola mata tidak memakai alat bantu penglihatan.

5) Telinga, hidung, mulut, tenggorokan

Telinga bentuk simetris, kebersihan terjaga, tidak mengalami gangguan pendengaran. Hidung bentuk simetris, tidak ada benjolan, tidak ada polip hidung. Mulut bentuk simetris, membran mukosa tampak kering, gigi tidak terdapat, caries. Tenggorokan tidak ada nyeri telan dan tidak ada benjolan.

6) Abdomen

Inspeksi tidak terdapat acites, tidak ada lesi. Palpasi tidak terdapat nyeri tekan. Auskultasi bising usus 15 kali permenit. Perkusi tidak ada kembung.

7) Dada/ Thoraks

Inspeksi bentuk simetris pada saat bernafas Rr: 32 kali permenit, ada otot bantu pernafasan (retraksi intercosta) Palpasi pergerakan dada kanan dan kiri seirama, tidak ada nyeri tekan, pulsasi jantung teraba. Perkusi suara dada kanan dan kiri sonor. Auskultasi terdengar suara whesing, suara jantung S1 dan S2

tunggal.

8) Sistem respirasi

Adanya pergerakan cuping hidung, terdapat retraksi intercosta, terdapat suara nafas tambahan (wheezing) rr : 32x/menit, klien batuk dan keluar dahak.

9) Sistem kardiovaskuler

Irama ireguler, suara S1, S2 tunggal, tidak terdapat mur-mur jantung, nadi 99x menit, TD 130/80 mmhg, akral dingin.

10) Sistem Genitourinaria

Klien tidak terpasang kateter, urin keluar secara spontan, warnah kuning jernih, tidak didapatkan adanya incontinsia urin maupun retensi urin dan tidak didapatkan adanya nyeri pada saat buang air kecil.

11) Sistem Gastrointestinal

Tidak terdapat konstipasi, pada palpasi tidak ditemukan adanya massa pada perut kanan bawah dan klien tidak mengalami konstipasi.

12) Sistem Muskuloskeletal

Klien tidak mengalami kelumpuhan, pergerakan pada ekstremitas atas dan bawah, reflek patela positif, terpasang infus pada tangan kirinya, tidak terdapat adanya atropi otot.

f. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan darah dan elektrolit

Tanggal 5 maret 2001

Hb : 16,9 g/dl (N : 13,4 – 17,4)

Leukosit : $9,0 \times 10^9$ (N : $7 - 10,3 \times 10^9$)

SGOT : 45 u/l (N : < 25)

2) Analisa tes darah

Tanggal 5 maret 2001

PH : 7,46 (N : 7,35 – 7,45)

PCO₂ : 47,5 mmal/L (N : 35 – 45)PO₂ : 94,8 (N: 80 – 104)HCO₃ : 28,7 mmo/L (N : 21 – 25)

Be : 3,8 mmol/L (N : -2, 4, 2, 3)

Kesimpulan : peningkatan HCO₃ mengakibatkan asidosis metabolik.

3) Pemeriksaan radiologi

Tanggal 5 maret 2001

Thorax : Cor dan pulma tidak ada kelainan.

3.1.2 Analisa data

Setelah pengumpulan data kemudian dikelompokkan sehingga didapatkan analisa data, klien asma bronkia antara lain :

1. Tanggal 6 maret 2001

a. Data subyektif

Klien mengeluh sesak napas dan batuk disertai sputum.

b. Data obyektif

Pernafasan 32 x/hari, nadi 99 x/menit, TD : 130/80 mmHg, ada penggunaan otot bantu pernapasan, pergerakan cuping, hidung, adanya suara napas tambahan wheesing.

c. Kemungkinan penyebab

Spasme Bronkho

d. Masalah

Ketidak efektifan jalan nafas

2. Tanggal 6 maret 2001

a. Data subyektif

Klien mengatakan cemas dan takut pada sesaknya yang tidak sembuh dan batuk

b. Data obyektif

Klien lemah, gelisah, keluar keringat dingin, nadi 99 x/menit, TD 130/80 mmHg, Rr 32 x/menit, suhu : 37⁰ C

c. Kemungkinan penyebab

Sesak napas

d. Masalah

Kecemasan

3. Tanggal 6 maret 2001

a. Data subyektif

Klien mengatakan malas minum karena sesak napas dan banyak keringat yang keluar

b. Data obyektif

Klien hanya minum 2 gelas/hari, keluar keringat dingin, BAK 4-5 x/hari, sesak, mukosa bibir kering, turgot kulit menurun, nadi 99 x/menit, TD 130/80 mmHg, Rr 32 x/menit, suhu : 37⁰ C

c. Kemungkinan penyebab

Keluar keringat yang berlebihan

d. Masalah

Keseimbangan cairan

4. Tanggal 6 maret 2001

a. Data subyektif

Klien mengatakan sesak bertambah jika beraktifitas

b. Data obyektif

Klien lemah, segala kebutuhan dibantu, terpasang infus pada tangan kirinya, rambut acak-acakan, sesak, nadi 99 x/menit, TD 130 80 mmHg, Rr 32 x/menit, suhu : 37⁰ C

c. Kemungkinan penyebab

Sesak napas

d. Masalah

Intoleransi aktifitas

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

Dari analisa data di atas dapat disimpulkan diagnosa yang muncul pada klien dengan asma bronkkktal baik yang aktual maupun potensial antara lain :

1. Ketidak efektifan jalan nafas berhubungan dengan adanya spasme bronkho ditandai dengan klien sesak. Suara napas tambahan (wheesing),ada pergerakan otot bantu nafas(otot intercosta), rr 32 x/menit, nadi 99 x/menit, suhu 37⁰C, TD 130/80 mmHg.
2. Kecemasan berhubungan dengan sesak nafas ditandai dengan klien mengatakan takut, khawatir sesaknya tidak sembuh, gelisah, keluar keringat dingin, ekspresi wajah tegang, rr 32 x/menit, nadi 99 x/menit, suhu 37⁰C, TD 130/80 mmHg.
3. Potensial terjadinya keseimbangan cairan berhubungan dengan keluarnya keringat yang berlebihan ditandai dengann turgor kulit jelek, mukosa bibir kering, klien hanya minum 4 gelas/hari, rr 32 x/menit, nadi 99 x/menit, suhu 37⁰C, TD 130/80 mmHg.
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan sesak nafas ditandai dengan klien lemah, segala aktivitas dibantu, rambut acak-acakan, terpasang infus pada tangan kirinya, Rr 32 x/menit, nadi 99 x/menit, suhu 37⁰ C, TD 130/80 mmHg.

3.2 Perencanaan

a. Diagnosa keperawatan pertama

Tanggal 5 maret 2001

1. Tujuan

Jalan nafas kembali efektif dalam waktu 15 menit.

2. Kriteria hasil

Pernafasan normal 16 – 20 x/menit, tidak terjadi penumpukan sekret, klien dapat batuk efektif, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada pergerakan otot bantu pernafasan.

3. Rencana tindakan

- a) Berikan posisi yang nyaman mungkin (semi fowler)
- b) Ajarkan klien tindakan untuk menurunkan viskositas sekresi.
- c) Anjurkan klien untuk minum air hangat.
- d) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
- e) Lakukan kleping tiap pagi dan sore
- f) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.

4. Rasional

- a) Posisi yang sesuai memberikan kenyamanan pada klien
- b) Sekresi kental sulit untuk dikeluarkan dan dapat menyebabkan sumbatan mukus dan menyebabkan atelektasis.
- c) Untuk mengencerkan sekret.
- d) Untuk mengetahui perkembangan penyakit klien secara dini
- e) Dengan melakukan klepping untuk merangsang batuk

f) Untuk mempercepat proses penyembuhan.

b. Diagnosa keperawatan kedua

1. Tujuan

Cemas berkurang dalam waktu 1 x 24 jam.

2. Kriteria hasil

Klien lebih mengerti tentang penyebabnya, pencegahan, pengobatan, tanda vital dalam batas normal, Rr 16 - 20 x/menit, nadi 80 x/menit, TD 120/80 mmHg.

3. Rencana tindakan

a) Upayakan lingkungan yang tenang saat klien mengalami kesulitan bernafas.

b) Jangan meninggalkan klien sendiri selama periode sesak nafas.

c) Tanggapi rasa takut dan berikan penguatan positif terhadap upaya yang dilakukan.

d) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.

e) Selama periode non akut ajarkan tehnik relaksasi.

4. Rasional

a) Dengan menurunkan rangsangan eksternal meningkatkan relaksasi.

b) Klien membutuhkan kepastian bahwa bantuan selalu tersedia bila diperlukan.

c) Rasa takut mencetuskan dispnea dan dapat menurunkan rasa takut.

d) Observasi mengetahui perkembangan klien secara dini dan tindakan selanjutnya.

e) Tehnik relaksasi dapat memperbaiki manfaat dalam merenggangkan otot pernafasan.

c. Diagnosa keperawatan ketiga

1. Tujuan

Tidak terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dalam waktu 1 x 24 jam.

2. Kriteria hasil

Tanda-tanda dehidrasi tidak ada (turgor kulit menurun, mata cekung, mukosa bibir kering) intake dan out put seimbang.

3. Rencana tindakan

- a) Observasi adanya tanda-tanda dehidrasi.
- b) Monitor intake dan out put klien selama 24 jam.
- c) Anjurkan klien untuk minum 6 – 8 gelas/hari.
- d) Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam.

4. Rasional

- a) Mendeteksi secara dini tanda-tanda dehidrasi dan untuk menentuakn tindakan selanjutnya.
- b) Mengetahui tingkat dehidrasi yang terjadi pada klien sedini mungkin.
- c) Mengganti cairan yang hilang
- d) Memantau perkembangan fisik klien dan dapat sebagai pedoman menentukan therapi.

d. Diagnosa keperawatan keempat

1. Tujuan

Klien mampu memenuhi kebutuhan diri secara mandiri dalam waktu 3 x 24 jam.

2. Kriteria hasil

Klien mampu makan, minum, BAB, BAK sendiri tanpa bantuan, tanda-tanda vital dalam batas normal, TD Rr 16 - 20 x/menit, nadi 80 x/menit, suhu 36 - 37 °C, TD 120/80 mmHg.

3. Rencana tindakan

- a) Jelaskan aktivitas dan faktor yang meningkatkan kebutuhan oksigen misalnya stres.
- b) Secara bertahap tingkatkan aktivitas harian klien sesuai peningkatan toleransi.
- c) Pertahankan terapi oksigen tambahan sesuai kebutuhan.
- d) Berikan dukungan emosional dan semangat.
- e) Rencanakan waktu istirahat yang cukup sesuai jadwal harian klien.

4. Rasional

- a) Stres menyebabkan vasokonstriksi yang meningkatkan beban kerja dan kebutuhan oksigen.
- b) Pertahankan pernafasan lambat, sedang dan latihan yang diawasi.
- c) Oksigen tambahan meningkatkan kadar oksigen yang bersirkulasi dan memperbaiki toleransi aktivitas.

- d) Rasa takut terhadap kesulitan bernafas dapat menghambat peningkatann aktivitas.
- e) Periode istirahat memungkinkan periode penggunaan energi tubuh rendah, meningkatkan toleransi aktivitas.

3.3 Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan tindakan perawatan yang dilakukan pada klien sesuai dengan rencana tindakan.

- a. Kebersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme bronkus.
 - 1. Memberikan klien posisi yang nyaman dengan posisi semi fowler.
 - 2. Mengajarkan klien tindakan untuk menurunkan uskusitas sekresi denganmenghindari lingkungan yang mengandung stimulan.
 - 3. Menganjurkan klien untuk minum air hangat.
 - 4. Melakukan klepping untuk merangsang batuk
 - 5. Melakukan observasi tanda-tanda vital tiap 6 jam.
 - 6. Melakukan kolaborasi dengan tin medis dalam pemberian terapi
- b. Kecemasan berhubungan dengan sesak nafas.
 - 1. Mengupayakan lingkungan yang tenang saat klien mengalami sesak nafas.
 - 2. Menemani klien selama periode sesak nafas.
 - 3. Menanggapi rasa takut klien dan memberikan penguatan positif terhadap upaya yang dilakukan.

4. Mengobservasi tanda-tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg Rr 32 x/menit, nadi 99 x/menit, suhu 37⁰C.
 5. Mengajarkan tehnik relaksasi selama periode non akut
- c. Potensial terjadinya gangguan keseimbangan cairan berhubungan dengan keluar keringat yang berlebihan
1. Mengobservasi adanya tanda-tanda kekurangan cairan, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.
 2. Memonitor intake dan out put klien selama 24 jam urin kurang lebih 1500 cc/hari.
 3. Menganjurkan klien untuk minum 6 – 8 gelas/hari
 4. Mengobservasi tanda-tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg Rr 32 x/menit, nadi 99 x/menit, suhu 37⁰C.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan sesak nafas.
1. Menjelaskan aktivitas dan faktor yang meningkatkan kebutuhan O₂.
 2. Meningkatkan aktivitas klien secara bertahap sesuai peningkatan toleransi.
 3. Mempertahankan terapi oksigen dengan memberikan O₂ 2 liter/menit
 4. Memberikan dukungan emosional dan semangat.
 5. Merencanakan waktu istirahat yang cukup sesuai jadwal harian klien.

3.4 Evaluasi

Merupakan catatan perkembangan yang menyangkut pengumpulan data subyektif dan obyektif yang akan menunjukkan tujuan klien tercapai

atau belum dan rencana selanjutnya dari pelaksanaan yang telah penulis lakukan yang dapat dievaluasi sebagai berikut.

1. Diagnosa keperawatan pertama

Kebersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi secret yang berlebihan.

a. Tanggal 8 maret 2001 jam 10.00

1) Data subyektif

Klien mengatakan nafasnya sesak dan batuk disertai dahak.

2) Data obyektif

Pergerakan cuping, hidung, ada otot bantu pernafasan, terdengar suara nafas, tambahan wheezing, ronchi.

3) Assesment

Masalah belum teratasi, ditandai dengan sesak rr 30 x/mnt.

4) Planning

Rencana tindakan dilanjutkan no. 2, 3, 4 dan 5.

b. Tanggal 8 maret 2001 jam 12.00

1) Data subyektif

Klien mengatakan sesaknya berkurang dan masih batuk.

2) Data obyektif

Tidak cyanosis, pergerakan otot bantu pernafasan berkurang, pernafasan cuping hidung berkurang, Rr 28 x/menit, Nadi 88 x/menit.

3) Assesment

Tujuan berhasil sebagian, sesak berkurang rr 28 x/mnt

4) Planning

Rencana tindakan dilanjutkan no. 3, 4 dan 5 dilanjutkan.

c. Tanggal 8 maret 2001

1) Data subyektif

Klien mengatakan sesak sudah tidak ada.

2) Data obyektif

Tidak ada sianosis, otot nafas pernafasan cuping hidung hilang, Rr 24 x menit.

3) Assesment

Tujuan berhasil, tidak sesak rr 24 x/mnt.

4) Planning

Rencana tindakan dihentikan.

2. Diagnosa keperawatan kedua

Kecemasan berhubungan dengan sesak nafas.

a. Tanggal 8 maret 2001 jam 10.00

1) Data subyektif

Klien mengatakan ingin mati karena sesak nafas.

2) Data obyektif

Klien sesak, murung, keluar keringat dingin, nadi 88 x/menit, tensi 130/80 mmHg, Rr 32 x/menit.

3) Assesment

Masalah belum teratasi, klien masih cemas.

4) Planning

Rencana tindakan dilanjutkan no. 2, 4 dan 5.

b. Tanggal 8 maret 2001 jam 11.00

1) Data subyektif

Klien mengatakan sesaknya berkurang dan pasrah dengan penyakitnya.

2) Data obyektif

Klien tenang, sesak berkurang. Rr 28 x/menit, nadi 86 x/menit.

3) Assesment

Masalah teratasi.

4) Planning

Rencana tindakan dihentikan.

3. Diagnosa keperawatan ketiga

Potensial terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan keluar keringat yang berlebihan.

a. Tanggal 8 maret 2001

1) Data subyektif

Klien mengatakan sudah banyak minum

2) Data obyektif

Turgor kulit baik membran mukosa lembab, intake dan out put seimbang. Keseimbangan cairan dipertahankan.

3) Assesment

Masalah teratasi, klien banyak minum, turgor kulit baik.

4) Planning

Rencana tindakan dihentikan.

4. Diagnosa keperawatan keempat

Toleransi aktivitas berhubungan dengan sesak nafas.

a. Tanggal 8 maret 2001 jam 10.00

1) Data subyektif

Klien mengatakan sudah dapat makan, minum sendiri.

2) Data obyektif

Klien segar, tanda-tanda vital nadi 88 x/menit, rr 26 x/menit, tensi

130/80 mmHg, makan minum sendiri.

3) Assesment

Masalah teratasi, klien dapat beraktivitas seperti semula.

4) Planning

Rencana tindakan dihentikan