

BAB III

TINJAUAN KASUS

III.1 Pengkajian

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 12 juli 2000

1) Identitas Klien

Nama : Ny Jumiati, umur : 56 tahun, jenis kelamin : perempuan, status: sudah menikah, pendidikan : SPG, agama : Islam, pekerjaan: pegawai negeri, tanggal MRS : 12 juli 2000, Diagnosa medis : Efusi pleura, nomer register: 437 341

2) Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak nafas

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang dari IRD tanggal 12 juli 2000 dengan diagnosa medis efusi pleura, klien mengeluh sejak satu minggu yang lalu, sesak nafas dirasakan semakin memberat, batuk-batuk, nafsu makan menurun, berat badan menurun, sejak 1 bulan yang lalu, buang air besar atau buang air kecil tidak ada keluhan, sehingga oleh keluarganya klien dibawa ke RSUD Dr Soetomo Surabaya.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Klien sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit seperti saat ini, klien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat Diabetes melitus, hipertensi dan penyakit paru (misal TB paru).

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan bahwa dalam anggota keluarganya baik dari nenek, kakek, saudara tidak ada yang menderita penyakit TB, DM. Penyakit yang sering dideritanya adalah pilek atau demam dan cepat sembuh setelah minum obat yang dibelinya di kios atau warung

6) Pola- Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat.

Menurut klien kesehatan adalah rahmat dari Tuhan yang tidak ternilai harganya. Sebelum masuk rumah sakit (MRS), klien terasa dadanya sesak dan biasanya minum obat napasin yang dibelinya di kios atau warung, klien juga tidak pernah merokok maupun minum alkohol dan tidak juga alergi terhadap obat atau makanan.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan menu (nasi, sayur, lauk pauk, buah) tetapi porsi makannya tidak dihabiskan dan klien mengeluh perutnya terasa penuh , minum 8 gelas sehari.

Selama masuk rumah sakit: klien makan 3 x sehari dengan menu (nasi, sayur, lauk-pauk, buah) tetapi porsi yang dihabiskan 2-3 sdm, diet tinggi kalori tinggi protein. Klien ditanya mengapa makannya tidak dihabiskan, klien menjawab masih kenyang, lidah terasa pahit, berat badan menurun sebelum sakit 50 kg dan sekarang 45 kg, minum 6-7 gelas sehari, turgor kulit elastis, rambut tidak mengalami kerontokan.

c) Pola aktifitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit : Klien mengatakan aktifitasnya sehari-hari seperti (makan, minum, berpakaian, berdandan, buang air besar, buang air kecil, mandi) dapat dilakukannya sendiri, klien bekerja sebagai guru.

Selama masuk rumah sakit: klien masih bisa melakukan aktifitas seperti (makan, minum, mandi, buang air besar , buang air kecil) walaupun badannya terasa lemah.

d) Pola tidur dan istirahat

Sebelum masuk rumah sakit: klien mengatakan tidur 7-8 jam sehari, malam 8 jam, siang tidak tidur, dengan menggunakan bantal, guling, suasana terang.

Selama masuk rumah sakit: klien tidur 6 jam sehari, malam 4 jam, siang 2 jam dengan menggunakan bantal, guling , suasana tenang.

e) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit: klien mengatakan kebiasaan buang air besar satu kali sehari dengan konsistensi padat atau lembek, buang air kecil 4-6 kali sehari, jumlahnya 1500 cc, warnanya kuning jernih, baunya khas, tanpa ada keluhan seperti hematuria, disuria.

Selama masuk rumah sakit: klien buang air besar dengan konsistensi lembek , buang air kecil 4 – 5 kali sehari, jumlahnya 1500 cc. warnanya kuning jernih, baunya khas, tanpa ada keluhan seperti hematuria, disuria.

f) Pola sensori dan kognitif

Sebelum masuk rumah sakit : klien tidak mempunyai kelainan dalam hal perabaan, penglihatan, pengecapan, pendengaran, penciuman semuanya berfungsi dengan baik. Klien mengatakan tidak ada nyeri didada dan klien mengerti tentang penyakit yang diderita beserta cara pengobatannya.

g) Pola persepsi diri

1. Citra tubuh

Klien tidak mengalami gangguan pada gambaran dirinya, akibat penyakit efusi pleura.

2. Harga diri

Klien tidak mengalami penurunan harga diri akibat penyakitnya, terbukti klien tidak malu bila dikunjungi oleh tetangganya dan klien terkadang meminta saran pada suaminya jika mendapat masalah yang tidak dapat ia selesaikan sendiri.;

3. Ideal diri

Klien tidak mengalami gangguan ideal diri akibat penyakit yang diderita, klien percaya diri bahwa dirinya akan sembuh.

4. Identitas

Identitas klien tidak mengalami gangguan akibat penyakitnya, klien masih melakukan tugasnya sebagaimana mestinya.

5. Peran

Selain peran klien sebagai ibu rumah tangga klien juga berperan mencari nafkah untuk mencukupi kebutuhan keluarga dan biaya sekolah buat anak – anaknya.

h) Pola hubungan dan peran

Sebelum masuk rumah sakit : klien mengatakan hubungannya dengan keluarga, masyarakat baik, peran klien sebagai guru dan ibu rumah tangga.

Selama masuk rumah sakit : klien tetap baik dalam berhubungan dengan keluarga, tetangga, masyarakat, perawat terbukti klien selalu dijenguk di rumah sakit.

i) Pola reproduksi dan seksual

Sebelum masuk rumah sakit : klien seorang perempuan yang berumur 56 tahun, sudah menikah, mempunyai 5 orang anak, klien menggunakan KB suntik untuk mencegah kehamilannya, sehingga menstruasinya bisa teratur setiap bulannya, dan untuk memenuhi kebutuhan seksualnya klien melakukan hubungan bersama suaminya 2 kali seminggu.

Selama masuk rumah sakit : klien merasa lemah dan tidak pernah melakukan hubungan seksual untuk itu klien lebih senang kalau sering dijenguk oleh anak dan suaminya.

j) Pola penanggulangan stress

Jika klien mengalami masalah sebelum sakit maupun selama sakit selalu dipecahkan bersama suaminya.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit : klien adalah seorang muslim yang taat menjalankan ibadah sholat lima waktu .

Selama masuk rumah sakit : klien mengerjakan sholat lima waktu dengan tidur atau berbaring ditempat tidur.

7) Pemeriksaan Fisik

a). Keadaan umum.

Klien lemah, kesadaran composmentis dengan GCS :4,5,6

b). Kulit, rambut, kuku

Kulit : kulit bersih, permukaannya halus, tidak ada macula, pustula, ptekiea.

Rambut : rambut hitam, tebal lurus, dan bebas dari ketombe, tidak ada kerontokan.

Kuku : kukunya bersih, tidak mengalami cyanosis.

c). Kepala, leher

Kepala : bentuk kepala simetris, tidak ditemukan adanya benjolan ataupun nyeri tekan.

Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid maupun getah bening dan tidak ada pembesaran vena jugularis.

d). Mata

Bentuk mata normal atau simetris, tidak strabismus, sklera putih, konjungtiva tidak anemis, palpebranya coklat seperti warna kulitnya, pupilnya isokor dan tidak memakai alat bantu (kacamata)

e). Telinga, hidung, mulut, kerongkongan.

Telinga : bentuk simetris kanan atau kiri, tidak mengalami gangguan pendengaran, daun telinga simetris kanan atau kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat serumen, furunkel, kebersihan telinga cukup.

Hidung : bentuk simetris, tidak terdapat polip maupun obstruksi, tidak ada iritasi pada mukosa hidung, tidak ada nyeri tekan.

Mulut : membran mukosa bibir lembab, tidak memakai gigi palsu, bibir tidak sumbing, mulut tidak berbau, tidak terdapat pendarahan pada gusi.

Kerongkongan : tidak terdapat nyeri telan.

f). Dada atau thorax

Inspeksi : asimetris, pergerakan dada tidak sesuai dengan tarikan nafas saat inspirasi, frekwensi nafas 28 kali / menit.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, gerakan dada kanan tertinggal

Perkusi : terdengar suara redup pada ICS IV di paru kanan.

Auscultasi : tidak didapatkan suara nafas tambahan (wheezing, ronchi)

Abdoment

Inspeksi : bentuk datar, umbilikus masuk kedalam

Palpasi : tidak didapatkan benjolan atau massa, liver teraba, dan tidak ditemukan adanya nyeri tekan.

Auskultasi : peristaltik usus normal 18 kali per menit.

g). Sistem respirasi

Pernafasan dangkal dan cepat dengan frekwensi 28 kali per menit dan menggunakan otot bantu pernafasan, tidak ada suara nafas tambahan (wheezing, ronchi), batuk sedikit tapi tidak mengeluarkan sputum.

h). Sistem cardiovascular

Teraba, tensinya 130/80 mmHg, nadinya 88 kali per menit iramanya reguler., tidak ada oedema, cyanosis, S1S2, tunggal normal, S3S4 tidak ada.

i). Sistem genitourinaria

Buang air kecil 4-6 kali sehari , jumlahnya 1500 cc / 24 jam, warnanya kuning jernih, baunya khas, tidak didapatkan kelainan seperti hematuria, anuria, disuria.

j). Sistem gastrointestinal

Buan air besar satu kali / hari dengan konsistensi lembek, warnanya coklat, peristaltik ususnya 18 kali per menit, tidak ada mual maupun muntah.

k). Sistem muskuloskeletal

Pergerakan tidak ada gangguan, tidak ditemukan deformitos, tidak kontraktur, tidak atropi.

l). Sistem endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat DM.

m). Sistem persyarafan

Fungsi indra penglihatan, pengecap, perabaan, pendengaran, penciuman berfungsi dengan baik dan tidak juga ditemukan parase atau hemi parase

8) Pemeriksaan Penunjang atau Diagnostik

a). Laboratorium tanggal 12 juli 2000

- Hb : 13,4 g/dl (11,4-15,1)
- Lecosit : $6,5 \times 10^9 / L$ (4,3-11,3)
- Thrombosit : $256 \times 10^9 / L$ (150-350)
- PCV : 0,40 (0,38-0,42)
- Glukosa darah acak : 113 mg/ dl (<200)
- SGOT : 15 U/L (<25)
- BUN : R/ habis mg/dl (10-20)
- Kreatin serum : 0,79 mg/dl (1,2)

b). ABG (analisa Blod Gas)

- PH : 7,36 (7,35-7,45)
- PCO₂ : 19,4 mmHg (34-45)
- PO₂ : 107,1 mmol / L (80-104)
- BE : 15,7 mmol/L
- HCO₃ : 33,4 mmol/L (21-25)
- Kesimpulan : alkalosis respiratorik

c). Foto thorax PA

COR : besar dan bentuk kesan normal

Pulmo : tak tampak bayangan massa, tidak tampak kelainan (paru kanan tidak bisa dievaluasi karena tertutup perselubungan) tampak perselubungan pada hemithorak kanan.

Sinus phrenico – costalis kanan tertutup perselubungan, kiri tajam .

Kesimpulan efusi pleura.

b. Analisa Data

Setelah data dikumpulkan semua, maka tahap selanjutnya adalah pengelompokan data atau menganalisa data untuk menentukan masalah yang timbul dan kemungkinan penyebabnya, pengelompokan data dapat dibagi menjadi 2 yakni data subyektif dan data objektif, sehingga data yang terkumpul dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut :

1. Kelompok data tanggal 12 juli 2000

a). Data Subyektif

Klien mengatakan sesak nafas sejak 1 bulan yang lalu.

b). Data Obyektif

Pergerakan dada asimetris pada inspeksi, frekwensi nafas 28 x / menit, pergerakan dada tidak sesuai dengan frekwensi tarikan nafas saat inspirasi, palpasi gerakan dada kanan tertinggal, tidak ada nyeri tekan, perkusi suara redup pada ICS IV, foto thorax PA , kesimpulan : efusi pleura, ABG : Ph : 7,36, PCO₂ = 19,4 mmHg, PO₂ = 107,1 mmol /l BE = 15,7 mmol/l, tanda-tanda vital suhu = 36,5 C, nadi 88 kali / menit, tensi 130/80 mmHg, rr = 28 kali / menit.

c). Masalah

Gangguan pemenuhan kebutuhan O₂

d). Kemungkinan penyebab

Adanya akumulasi cairan dalam cavum pleura

2. Kelompok data ke 2 tanggal 12 juli 2000

a). Data Subjektif

Klien mengatakan perut terasa penuh, lidah terasa pahit.

b). Data Objektif

Klien makan hanya 2-3 sendok makan dari porsi yang dihidangkan, mukosa bibir lembab, keadaan umum lemah, dalam satu bulan berat badan turun 5 kg dari 50 menjadi 45 kg, HB : 13,4 g/dl, rambut tidak mengalami kerontokan, tekstur kulit elastis.

c). Masalah

Pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan

d). Kemungkinan penyebab

Nafsu makan menurun

c. Diagnosa Keperawatan

Dari analisa data diatas, dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada nyonya "J" sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru akibat sekunder dari penumpukan cairan dalam cavum pleura. Ditandai dengan klien mengatakan sesak nafas, pergerakan dada asimetris, frekwensi nafas 28 kali/menit, pergerakan dada tidak sesuai dengan tarikan nafas. Saat inspirasi, gerakan nafas kanan

tertinggal, suara redup, photo thorax menggambarkan efusi pleura, tanda-tanda vital :tensi : 130 / 80 mmHg, nadi 88 kali/menit, suhu 36,5 C, analisa gas darah merah pH ; 7,36, PCO₂ 19,4 mmHg, PO₂ : 107,1 mmol/l, BE : 15,7 mmol, HCO₃ : 33,4 mmol / L

2. Gangguaan pemenuhan kebutuhan nutrisi (kurang dari kebutuhan) berhubungan dengan nafsu makan yang menurun (anorexia) yang ditandai dengan klien mengatakan perut terasa penuh, lidah terasa pahit, klien hanya makan 2-3 sendok dari porsi yang dihidangkan, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, dalam satu bulan berat badan turun 5 kg dari 50 menjadi 45 kg.

III.2 Perencanaan

Pada tahap perencanaan dibawah ini telah disusun prioritas masalah yaitu yang mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu keutuhan organ dan mengganggu kesehatan, adapun perencanaan sebagai berikut :

- a. Diagnosa keperawatan pertama .
 - 1). Tujuan : pola nafas klien kembali efektif dalam waktu 3x24 jam
 - 2). Kriteria hasil :
 - a) Sesak nafas berkurang, bunyi nafas terdengar jelas.
 - b) Pergerakan dada sesuai dengan tarikan nafas
 - c) RR normal kembali 20 kali / menit
 - d) Foto thorak : paru berkembang kembali.
 - 3) Intervensi :
 - a) Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga secara terapeutik.

- b) Kaji kualitas, frekwensi dan kedalaman pernafasan, laporkan setiap perubahan yang terjadi.
 - c) Kolaborasi dengan dokter untuk punksi pleura
 - d) Berikan posisi semi fowler
 - e) Bantu dan ajarkan klien untuk batuk dan hasilkan nafas dalam
 - f) Pertahankan rencana pemberian istirahat
 - g) Auskultasi suara pernafasan tiap 2-4 jam
 - h) Observasi tanda-tanda vital
 - i) Lakukan instruksi dokter dalam pemberian O2 3-4 liter / menit.
- 4). Rasional
- a) Diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif
 - b) Adanya pernafasan yang cepat, dangkal belum efektifnya pengembangan paru.
 - c) Dapat mengeluarkan cairan dalam rongga pleura.
 - d) Pemberian posisi semifowler dapat mengurangi tekanan organ intra abdominal sehingga pengembangan paru lebih efektif.
 - e) Latihan batuk dan nafas dalam dapat mempercepat pengembangan atau ekspansi paru lebih efektif.
 - f) Istirahat yang cukup dapat mengurangi kebutuhan tubuh terhadap O2
 - g) Adanya suara tambahan pada pernafasan menunjukan terganggunya ventilasi paru.
 - h) Mengetahui keadaan umum klien.
 - i) Pemberian O2 yang adekuat dapat mencegah terjadi hipoksia.

b. Diagnosa keperawatan kedua

1). Tujuan : kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dalam waktu 4 x 24 jam.

2). Kriteria hasil : klien mampu menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang diberikan , berat badan meningkat (50) tinggi Badan , Hb normal (15,1 g/dl)

3). Intervensi

- a) Kaji keluhan anoreksia yang dialami oleh klien
- b) Kaji cara atau bagaimana makanan dihidangkan
- c) Berikan makanan saat masih hangat.
- d) Berikan makanan dalam porsi kecil dan frekwensi sering.
- e) Jelaskan manfaat makanan atau nutrisi bagi klien terutama saat klien sakit.
- f) Berikan umpan balik positif soal klien mau berusaha menghabiskan makanannya.
- g) Catat jumlah atau porsi makanan yang dihabiskan oleh klien setiap hari.
- h) Berikan nutrisi parenteral (kolaborasi dengan dokter)
- i) Berikan obat-obat antisida (anti emetik) sesuai program dokter.
- j) Ukur berat badan pasien setiap hari (bila mungkin).

4). Rasional :

- a) Untuk menetapkan cara mengatasinya
- b) Cara menghidangkan makanan dapat mempengaruhi nafsu makan klien.
- c) Meningkatkan asupan makanan bagi klien.

- d) Untuk menghindari mual dan muntah.
- e) Meningkatkan pengetahuan klien tentang nutrisi sehingga motivasi untuk makan meningkat.
- f) Memotivasi dan meningkatkan semangat klien.
- g) Untuk mengetahui pemenuhan nutrisi lain.
- h) Nutrisi parenteral sangat bermanfaat atau dibutuhkan klien terutama jika intake peroral sangat kurang, jenis dan jumlah pemberian nutrisi parenteral merupakan wewenang dokter.
- i) Obat antasida (anti emetik) membantu klien mengurangi rasa mual dan muntah dan obat tersebut diharapkan meningkatkan intake klien.
- j) Untuk mengetahui status gizi klien.

III.3 Pelaksanaan

Tanggal 12 juli 200

a. Diagnosa keperawatan pertama

- 1). Melakukan pendekatan pada klien dan keluarga secara terapeutik.
- 2). Mengkaji kualitas, frekwensi dan kedalaman pernafasan, dan melaporkan setiap perubahan yang terjadi.
- 3). Memberikan posisi semi fowler.
- 4). Membantu dan mengajarkan klien untuk batuk dan latihan nafas dalam
- 5). Mempertahankan rencana pemberian istirahat.
- 6). Melakukan auskultasi suara nafas tiap 2-4 jam
- 7). Melakukan observasi tanda-tanda vital.

8). Melakukan instruksi dokter dalam pemberian O₂ 3-4 liter /menit.

b. Diagnosa keperawatan kedua

- 1). Mengkaji keluhan anoreksia yang dialami klien.
- 2). Mengkaji bagaimana makanan dihidangkan.
- 3). Memberikan makanan yang mudah ditelan seperti bubur dan dihidangkan saat masih hangat.
- 4). Memberikan makanan dalam porsi kecil dan sering
- 5). Menjelaskan manfaat makanan atau nutrisi bagi klien
- 6). Memberikan umpan balik saat klien mau berusaha menghabiskan makanannya.
- 7). Mencatat jumlah atau porsi makanan yang telah di habiskan makanannya.
- 8). Mancatat jumlah atau porasi makanan yang telah dihabiskan oleh klien
- 9). Memberikan nutrisi parenteral
- 10). Memberikan obat-obat antasida sesuai program dokter
- 11). Mengukur berat badan klien setiap hari.

III.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan taha akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengkaji berhasil atau tidaknya tindakan keperawatan yang telah dilakukan adapun evaluasi dari tindakan keperawatan tersebut diatas adalah :

tanggal 14 juli 2000.

a. Diagnosa Keperawatan Pertama

- 1). Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas berkurang

2). Obyektif :

- a) Pergerakan dada sesuai dengan tarikan nafas
- b) Frekwensi pernafasan 20 kali / menit, paru berkembang kembali

3). Assisment : Masalah teratasi

4). Planning : Rencana tindakan dihentikan.

b. Diagnosa Keperawatan Kedua

Tanggal 15 juli 2000

1). Subyektif : Klien mengatakan perut terasa longgar

2). Obyektif :

- a) Klien mau menghabiskan makanan yang disajikan
- b) Klien menunjukkan kenaikan berat badan, HB normal (15,1 g / dl)

3). Assisment : Masalah teratasi sebagian

4). Planning : Rencana tindakan nomor 4,8 dilanjutkan

- a) Memberikan makanan porsi kecil tapi sering
- b) Memberikan nutrisi parenteral.