Tanggal masuk : 29-06-2009 jam (09.20)  
Tanggal pengkajian : Senin 29-06-2009  
Ruang : Cempaka(GIB)  
Pengkaji : Mei stiawandana  
**REVISI**  
Tanggal pengkajian harus ada waktu / jamnya.

I. PENGKAJIAN  
Tanggal masuk : 29 Juni 2009 Jam : 09.20 WIB  
Tanggal pengkajian : 29 Juni 2009 Jam : 09.20 WIB  
Ruang / kelas : Cempaka ( GIB )  
Pengkaji : Mei stiawandana  
  
A. DATA SUBJEKTIF  
a. Identitas pasien  
 Nama : Tn.S  
 Umur : 72th  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : SD  
 Pekerjaan : -  
 Alamat : Krandegan RT 01/RW 02,Puring,Kebumen  
 No.RM : -  
 Diagnosa keperawatan : Asma bronchial

**REVISI**  
 Pekerjaan, Jenis kelamin, suku / bangsa, status perkawinan, no.RM seharusnya terkaji

A. IDENTITAS PASIEN  
 Nama : Tn.S  
 Umur : 72 th  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : SD  
 Pekerjaan : -  
 Alamat : Krandegan RT 01 RW 02, Puring, Kebumen.  
 Jenis kelamin : Laki - laki  
 Suku / bangsa : Jawa / Indonesia  
 Status perkawinan : Sudah kawin  
 NO RM : 154952  
 Dx : Asma Bronkhial  
  
b. Penanggung jawab  
 Nama : Tn.P  
 Umur : 42  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : S1  
 Pekerjaan : Swasta  
 Alamat : Krandegan RT 01/RW 02,Puring,Kebumen  
 Hub.dengan pasien : Anak

**REVISI**  
 Jenis kelamin harusnya terkaji

b. Penanggung jawab  
 Nama : Tn.P  
 Umur : 42  
 Agama : Islam  
 Jenis kelamin : Laki - laki  
 Pendidikan : S1  
 Pekerjaan : Swasta  
 Alamat : Krandegan RT 01/RW 02,Puring,Kebumen  
 Hub.dengan pasien : Anak  
  
c. Keluhan utama  
 Pasien mengeluh sesak nafas  
  
d. Riwayat kesehatan  
 1) Riwayat kesehatan saat ini/sekarang  
 Pasien datang ke IGD pada tanggal 29-06-2009 dengan keluhan sesak nafas yang disertai

batuk berdahak, saat di kaji pasien dalam keadaan sadar (compos mathis) dengan

TD:120/80mmHg, N:120x/menit, RR:40x/menit, S:36,5ºC, pasien mengatakan sesaknya

akan bertambah bila beraktifitas berat dan akan berkurang jika beristirahat, sesak yang

dirasakan pasien seperti ditekan sesuatu, sesak di rasakan di bagian dada sebelah atas. Ketika

sedang sesak nafas pasien sangat kesakitan, dengan durasi 15-30 menit.

**REVISI**  
 Waktu / jam pasien datang ke IGD seharusnya terkaji

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien tidak pernah dirawat dan tidak menderita penyakit serupa hanya sakit biasa seperti :

demam, batuk, flu.  
  
3) Riwayat kesehatan keluarga  
 Pasien dan keluarga mengatakan tidak memiliki penyakit menular dan keturunan seperti : DM,

TBC  
  
e. Pola Pemenuhan kebutuhan dasar Virginia Handerson  
 1). Pola oksigenasi/nafas  
 - Sebelum sakit : Nafas pasien normal, tapi terkadang mengalami  
 sesak nafas.  
 - Saat Dikaji : Pasien terpasang oksigen 4liter/mnt dengan  
 RR : 35x/mnt.

**REVISI** Frekwensi normal pasien, tidak / menggunakan alat bantu pernafasan, tidak ada / ada nafas

cuping hidung bisa ditambahkan ke dalam pola oksigenasi.  
  
 2). Nutrisi  
 - Makan : - Sebelum sakit : Normal 3xsehari(nasi,lauk,sayur)  
 - Saat dikaji : Pasien mengatakan tidak nafsu makan  
 - Minum: - Sebelum sakit : Minum normal 8gelas/hari (2 liter)  
 - Saat dikaji : Minum perhari 1500ml (1,5 liter)

**REVISI**  
 Hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari RS / menghabiskan makanan dari RS, berat

badan turun / tidak. Bisa ditambahkan ke dalam pola nutrisi.  
  
3). Eliminasi  
 - Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB 1kali/hari, konsistensi padat dan warna kuning,

BAK normal 3-5x/hari. BAB dan BAK tidak mengalami gangguan.

Pasien dapat melakukan sendiri tanpa bantuan.  
 - Saat dikaji : BAB dan BAK pasien normal tapi terkadang pasien perlu dibantu

Ke kamar mandi.

**REVISI**  
 Bau khas pada BAB bisa ditambahkan.  
4). Gerak dan Keseimbangan  
 -Sebelum sakit : Pasien dapat melakukan kegiatan sendiri  
 -Saat dikaji : Pasien mengatakan mengalami kaku/sakit di area  
 punggung karena banyak tidur.

5). Pola Istirahat dan tidur  
 -Sebelum sakit : Pasien tidur 6-7jam/hari dan terkadang tidur siang  
 -Saat dikaji : Selama di Rumah sakit pasien tidak bisa tidur  
 hanya 6-7 jam.

**REVISI**  
 Seharusnya kalau tidak bisa tidur kapasitas tidurnya 2-3 jam bukan 6-7 jam.

6). Berpakaian  
 - Sebelum sakit : Pasien mampu memakai pakaian sendiri.  
 - Saat dikaji : Pasien mampu menggunakan pakaian sendiri.

7). Mempertahankan suhu tubuh  
 - Sebelum sakit : Pasien suhu tubuhnya baik dan tidak panas.  
 - Saat dikaji : Pasien mengatakan tubuhnya terkadang panas, suhu : 37ºC.

**REVISI** - Sebelum sakit : Pada saat udara panas pasien memakai pakaian tipis, bila udara

dingin memakai baju tebal / selimut.  
 - Saat dikaji : Pada saat udara panas / dingin pasien tetap memakai selimut.  
  
8). Personal Hygiene  
 Mandi, gosok gigi, dan kramas  
 - Sebelum sakit : Pasien biasa melakukan sendiri baik mandi, gosok gigi dan

keramas, pasien mandi dan gosok gigi 2kali sehari.  
 - Saat dikaji : Mandi, gosok gigi, dan kramas biasanya sendiri tapi setelah sakit

pasien mandi hanya diseka oleh keluarganya 2 kali sehari.

**REVISI** Saat dikaji cukup ditulis pasien mandi hanya diseks oleh keluarganya 2 kali sehari.

9). Bahaya lingkungan dan kecelakaan  
 - Sebelum sakit : Tidak ada bahaya lingkungan dan kecelakaan.  
 - Saat dikaji : Resiko terpeleset di kamar mandi karena tubuh pasien lemah dan

kadang – kadang tidak mampu menopang hidupnya.

**REVISI**  
 Bahaya lingkungan dan kecelakaan adalah pola fungsional Gordon, maka yang Virginia

Handerson adalah kebutuhan aman dan nyaman.  
 Misalnya : - Sebelum sakit : Pasien merasa aman dan nyaman dirumah bersama

keluarga.  
 - Saat dikaji : Pasien tidak merasa aman dan nyaman karena penyakitnya.

10). Komunikasi  
 - Sebelum sakit : Tidak ada gangguan komunikasi  
 - Saat dikaji : Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi

**REVISI**  
 Bisa ditambahkan bahasa yang digunakan sehari-hari.  
  
11. Spiritual dan Ibadah  
 - Sebelum sakit : Pasien dapat melakukan sholat 5 waktu  
 - Saat dikaji : Pasien dapat melakukan sholat 5 waktu meski sambil tiduran.

12. Kebutuhan bekerja  
 - Sebelum sakit : Bisa melakukan aktifitas pekerjaan seperti biasa.  
 - Saat dikaji : Tidak dapat melakukuan aktifitas pekerjaan dikarenakan badan pasien

Lemah

13. Rekreasi dan bermain  
 - Sebelum sakit : Pasien terkadang diwaktu luang berkumpul dan berakreasi dengan

keluarganya.  
 - Saat dikaji : Pasien hanya tiduran ditempat tidur.  
  
14. Belajar  
 - Sebelum sakit : Pasien dapat belajar.  
 - Saat dikaji : - Pasien tidak bisa belajar karena waktu dihabiskan di tempat tidur.  
 - Kurang informasi dan berita perkembangan.  
 - Pasien dapat belajar tentang penyakitnya dan penyebabnya.

**REVISI**  
 - Sebelum sakit : Pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya.  
 - Saat dikaji : Pasien sudah mengetahui tentang penyakitnya dari perawat dan dokter.

**B. DATA OBJEKTIF**  
a. Pemeriksaan Umum  
 1).Keadaan Umum : Sedang  
 2). Kesadaran : Komposmetis ( sadar )  
 3). Tekanan Darah : 120/80 mmHg  
 4). Nadi : 90x/menit  
 5). Suhu : 36,6ºC  
 6). Respirasi Rate : 40 x/menit

b. Pemeriksaan Fisik ( inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi ) meliputi fungsi bila merupakan organ panca indra.  
 1). Kepala : Mesosepal.  
 **REVISI**  
 Pada kepala bisa ditambahkan ada / tidak ada benjolan, ada / tidak ada lesi.  
 2). Rambut : Lurus, bersih, sudah beruban diseluruh rambut.  
 3). Kulit kepala : Bersih.  
 **REVISI**  
 Pada kulit kepala bisa ditambahkan ada / tidak ada ketombe, ada / tidak ada lesi.  
 4). Muka : Tampak pucat dan cemas  
 5). Mata : Simetris, tidak ada gangguan penglihatan , konjungtifa tidak

anemis.  
 **REVISI** Pada mata bisa ditambahkan kelopak mata pasien ada / tidak ada lesi, sklera ikterik / tidak

ikterik, ada / tidak ada keluhan pada mata dan menggunakan / tidak menggunakan alat

bantu, fungsi penglihatan normal / tidak normal.

6). Hidung : Simetris,tidak ada polip  
 **REVISI**  
 Pada hidung bisa ditambahkan ada / tidak ada secret, ada / tidak ada cuping hidung, fungsi

pembau normal / tidak normal.  
 7). Telinga : Simetris, bersih,tidak mengalami gangguan pendengaran,tidak

ada lesi.  
 **REVISI**  
 Pada telinga bisa ditambahkan daun telinga pasien normal tidak sakit bila digerakan, bersih

tidak ada serumen / ada serumen, dan menggunakan / tidak menggunakan alat bantu

pendengaran.

8). Mulut : Mukosa kering.  
 **REVISI**  
 Pada mulut bisa ditambahkan ada / tidak ada stomatitis, sianosis / tidak.  
 9). Leher : Tidak terdapat distensi pada vena jugularis, tidak ada pembesaran

kelenjar thiroid.  
 10). Dada : Suara paru – paru mengi.  
 **REVISI**  
 Pada dada bisa ditambahkan :  
 - Inspeksi : Datar  
 - Palpasi : Tidak ada benjolan.  
 - Perkusi : tidak terjadi pembesaran jantung.  
 - Auskultasi : Suara paru-paru wizzing/ mengi, suara jantung normal.

11). Abdomen  
 - Inspeksi : Datar.  
 - Perkusi : Thimpani  
 - Auskultasi : Bunyi peristaltik usus 7-8x/mnt  
 - Palpasi : Tidak ada benjolan

12). Ekstremitas  
 Atas : - Dapat digunakan seperti biasa tanpa ada kesulitan  
 - Terpasang infus pada tangan kanan  
 Bawah : Dapat digerakan seperti biasa namun pasien mengalami  
 sedikit kesulitan jalan karena penurunan kekuatan otot.  
 **REVISI**  
 Berarti ada kesulitan di ekstremitas bawah

13). Kulit : Tidak ada edema  
 14). Punggung : Normal, tidak ada luka / lesi  
 15). Genetalia : Bersih, tidak ada lesi  
  
c. Pemeriksaan Penunjang  
 - Infus set Rl 20tpm  
 - Aminophilin  
 - Cefotaxim  
 - Oksigen 4 ltr  
 - Nebuliser  
Laboraturium Batas normal  
 - Hb : 12gr/dl - 12 - 16  
 - Leukosit : 9.000/mm3 - 5.000 - 10.000  
 - Trombosit : 100.000/mm3 - 150.000 - 250.000  
 - Hematoksit : 37 vol% - 37 - 43  
 - Gula : 110- 100 - 130  
  
 **REVISI**

* Ditulis satuan obat dan terapi yang diberikan