



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. O
DENGAN ASMA BRONKHIALE DIRUANG
MAWAR RUMAH SAKIT MITRA
KELUARGA BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH :
ANGGI SRIKURNIAWATI
201701012**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MITRA KELUARGA BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. O
DENGAN ASMA BRONKHIALE DIRUANG
MAWAR RUMAH SAKIT MITRA
KELUARGA BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH :
ANGGI SRIKURNIAWATI
201701012**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MITRA KELUARGA BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anggi Srikurniawati

NIM : 201701012

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.O dengan Asma Bronkhiale di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan tanggal 10 – 12 Februari 2020 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarism baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua resiko yang saya perbuat sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 28 Mei 2020

Yang membuat pernyataan


(Anggi Srikurniawati)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.O dengan Asma Bronkhiale di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 28 Mei 2020

Pembimbing Makalah



(Ns. Latriyanti, S,Kep., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.O dengan Asma Bronkhiale di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat" yang disusun oleh Anggi Srikurniawati (201701012) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian siding dihadapan Tim Penguji pada tanggal 09 Juni 2020.

Bekasi, 09 Juni 2020

Penguji I



(R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep)

ABSTRAK

Nama Mahasiswa	:	Anggi Srikurniawati
NIM	:	201701012
Program Studi	:	Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis	:	Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.O dengan Asma Bronkhiale di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman	:	xi + 60 halaman + 1 tabel + 3 lampiran
Pembimbing	:	Lastriyanti

Latar Belakang:

Asma adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat berulang namun reversible, dan diantar episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal (Price, 2015)

Menurut perkiraan WHO (World Health Association) terbaru yang dirilis pada tahun 2016, terdapat 383.000 kematian akibat asma pada 2015. (Report, 2019).

Tujuan Umum:

Tujuan dalam penyusunan makalah ini yaitu untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan asma melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan:

Dalam penulisan makalah ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data yang di dapat.

Hasil:

Hasil yang di dapatkan dari pengkajian di dapatkan empat diagnosa keperawatan yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, resiko defisit nutrisi, resiko infeksi, dan defisit pengetahuan. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan utama, bersihan jalan nafas, yaitu Observasi TTV, Auskultasi suara nafas, monitor adanya pengeluaran sputum, monitor kemampuan untuk batuk efektif, latihan batuk efektif, anjurkan minum air hangat, dan berikan posisi semifowler. Tindakan sudah dilakukan sesuai rencana yang telah disusun. Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan adalah masalah teratasi tujuan tercapai dengan TD 119/78 mmHg, RR 18 x/ menit, nadi 68 x/ menit, suhu 36,6 °C, suara nafas ronchi dan mengi berkurang sampai hilang.

Kesimpulan dan Saran

Asuhan keperawatan pada pasien asma harus memperhatikan diagnosa bersihan jalan nafas agar asma tidak semakin berat dan agar tidak terjadi komplikasi. Saran kepada perawat ruangan agar dapat memberikan penyuluhan terhadap faktor pemicu terjadinya asma pada pasien.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Asma

Daftar Pustaka: 12 (2010-2020)

ABSTRACT

Name	:	Anggi Srikurniawati
Student Number	:	201701012
Study Program	:	Diploma of Nursing
Title	:	Nursing Care on Mrs. O with Asthma Bronchiale at Mawar Room in Mitra Keluarga West Bekasi Hospital.
Page	:	x + 60 pages + 1 table + 3 attachment
Pembimbing	:	Lastriyanti

Background:

Asthma is a condition where the airway becomes narrowed due to hyperactivity to certain stimuli, which causes inflammation, this constriction is repetitive but reversible, and between episodes of bronchial constriction there is a more normal ventilation state (Price, 2015)

According to the latest WHO (World Health Association) which released in 2016, there were 383,000 deaths from asthma in 2015. (Report, 2019).

General Purpose :

The purpose for making this paper is to get real experience in the application of nursing care to the patients which has asthma bronchiale through nursing process approach comprehensively.

Writing Method :

In writing this scientific paper the writer uses descriptive methods by the revealing the facts according to the obtained.

Results:

The results obtained from the study is obtained four nursing diagnosas which are, clean the airway, risk of nutritional deficits, risk of infection, and knowledge deficit. Interventions carried out in the main nursing diagnosas, airway cleansing, which is TTV Observation, Auscultation of breath sounds, monitor for sputum release, monitor ability for effective cough, effective cough exercises, recommend encouraging drinking warm water, and give the semifowler position. Actions have been carried out according to the plans that have been prepared. The results of the evaluation after taking action were that the problem was resolved. The goal was reached with TD 119/78 mmHg, RR 18 x / min, pulse 68 x / min, temperature 36.6 °C, ronchi breath sound and wheezing were reduced until gone.

Conclusion and Recommendation

Nursing care for asthma patients must pay attention to the diagnosis of clean the airway so that asthma is not getting worse and so that complications do not occur. Suggestions for room nurses is to be able to provide counseling on the triggering factors for asthma in patients.

Keyword: Nursing care, Asthma

Bibliography: 12(2010-2020)

KATA PENGANTAR

Dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. O dengan Asma Bronchial Di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”. Telah diselesaikan dengan baik. Adapun tujuan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir pendidikan Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga khususnya Program Studi DIII Keperawatan. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapat banyak pengarahan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Ns. Lastriyanti, S.kep., M.Kep, selaku dosen pembimbing penulisan Karya Tulis Ilmiah dan sebagai penguji II yang memberikan banyak masukan, bimbingan serta revisi yang sangat bermanfaat untuk penulis.
2. Ibu R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep, selaku penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis.
3. Ibu Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ibu Ns. Devi Susanti, M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
5. Ibu Ns. Devi Susanti, M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku Pembimbing Akademik yang telah memberi motivasi dan dukungan untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu.
6. Seluruh Dosen pengajar dan civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memotivasi dan membantu dalam proses pendidikan.
7. Pasien Ny. O beserta keluarga yang bersedia menerima penulis dengan sangat terbuka dan senang hati dalam memberikan informasi kepada penulis sehingga penulis mampu mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu.

8. Kedua orang tua tersayang Akur Pariaman dan Sri Kayatmi yang telah mendoakan dan memotivasi penulis selama tiga tahun dalam proses perkuliahan dan seluruh keluarga yang tercinta.
9. Sahabat-sahabat penulis (Karin, Safina, Seruni, Selvy, Dyah, Afni, Atikah, Ayu, Thania, Olivia, Desti, Qisthy, Nurul, Balqis, Faishal) yang telah mendoakan serta membantu dan memberikan motivasi-motivasi kepada penulis
10. Teman-teman seperjuangan dalam kelompok Keperawatan Medikal Bedah (Yulia, Rizqiani, Sifa, Arieska) yang saling memberikan semangat selama pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
11. Teman-teman seperjuangan angkatan VII STIKes Mitra Keluarga dan semua pihak yang telah memberi dukungan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari yang sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritikan dari pembaca yang sifatnya membangun untuk Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan dapat mengembangkan ilmu dan proses keperawatan.

Bekasi, 28 Mei 2020



Penyusun

DAFTAR ISI

COVER	i
LEMBAR ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	3
C. Ruang Lingkup	3
D. Metode Penulisan	4
E. Sistemika Penulisan	4
BAB II	6
TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi	6
C. Patofisiologi.....	7
D. Penatalaksanaan Medis.....	10
E. Pengkajian Keperawatan	11
F. Diagnosa Keperawatan	14
G. Intervensi Keperawatan	14
H. Implementasi Keperawatan	19
I. Evaluasi Keperawatan	20
BAB III.....	21
TINJAUAN KASUS.....	21
A. Pengkajian Keperawatan	21

B. Diagnosa Keperawatan	34
C. Intervensi Keperawatan.....	34
Implementasi Keperawatan.....	35
Evaluasi Keperawatan.....	36
BAB IV	52
PEMBAHASAN	52
A. Pengkajian Keperawatan	52
B. Diagnosa Keperawatan	54
C. Intervensi Keperawatan.....	55
D. Implementasi Keperawatan	56
E. Evaluasi Keperawatan	57
BAB V	59
PENUTUP.....	59
A. Kesimpulan	59
B. Saran	60
Daftar Pustaka.....	61
Lampiran	62

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	43
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Patoflowdiagram Asma
- Lampiran 2 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Asma
- Lampiran 3 : Leaflet Asma

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keadaan lingkungan dan udara yang kurang bersih disebabkan, seperti ada yang merokok di dalam rumah, banyak barang yang menumpuk, banyak debu, dan banyak bulu binatang dapat memicu terjadinya gangguan pernafasan salah satunya asma, penderitanya ada yang sangat sensitive terhadap udara yang banyak polutan dan keadaan lingkungannya. Adapun penyebab asma lain seperti faktor keturunan dan alergi. Asma adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat berulang namun *reversible*, dan diantara episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal (Price, 2015). Gejala kemunculannya sangat mendadak dan tiba tiba jika tidak mendapatkan pertolongan secepatnya resiko kematian bisa datang. Tanda dan gejala Asma adalah kesulitan bernapas, tanda usaha untuk bernapas antara lain cuping hidung, bernapas melalui mulut dan penggunaan otot bantu pernapasan. Pada auskultasi terdapat bunyi mengi.

Menurut perkiraan data dari *World Health Organization* (WHO), sekitar 235 juta orang menderita asma. Asma merupakan penyakit umum dikalangan anak menurut perkiraan WHO terbaru yang dirilis pada tahun 2016, terdapat 383.000 kematian akibat asma pada 2015. (Report, 2019).

Kemudian data menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi kasus asma di Indonesia terdapat 2,4 % yaitu sebanyak 1,017,290, sedangkan kasus asma di Jawa Barat 2,8 % yaitu sebanyak 186.809 (Kemenkes, 2013). Pada tahun 2007 sampai 2018 kasus asma mengalami peningkatan sebanyak 0,5 %.

Berdasarkan data di Rumah Sakit Swasta Bekasi dalam periode 10 Februari 2019 – 10 Februari 2020 pada jenis kelamin perempuan terdapat 63% sebanyak 67 orang dan pada jenis laki-laki 37 % sebanyak 40 orang. Jenis kelamin perempuan jumlah yang menderita penyakit asma bronchiale lebih banyak dibanding laki-laki.

Dari data diatas melihat kejadian semakin bertambah apabila tidak ditangani dan tidak di perbaiki dengan baik akan mengancam jiwa, maka dari itu penyakit asma memerlukan penatalaksanaan keperawatan dan medis untuk mencegah komplikasi pada penderita asma. Komplikasi yang terjadi bila asma tidak ditangani yaitu, status asmatikus merupakan komplikasi yang sangat berat dan mengancam jiwa, hipoksemia, asidosis, dan dapat terjadi henti nafas dan henti jantung (Joyce M. Black, 2014). Dampak dari serangan asma menyebabkan penderita tidak masuk sekolah bahkan kerja, aktivitas fisik menjadi terbatas, tidak bisa tidur, sehingga dirawat di rumah sakit. Pada beberapa kasus, asma dapat mengakibatkan kematian (Agustiningsih D, 2007).

Peran perawat terhadap pasien Asma adalah sebagai Promotif, kuratif, rehabilitative dan preventif. Promotif yaitu memberikan penyuluhan untuk mencegah asma kambuh, Preventif menjelaskan bagaimana penanganan asma dan mencegah terjadinya komplikasi, menganjurkan menghindari rangsangan atau alergi yang menyebabkan kekambuhan, Sebagai kuratif menganjurkan pasien untuk minum obat yang telah diberikan oleh dokter, rehabilitatif dengan membantu memulihkan kondisi pasien agar dapat beraktivitas kembali.

Oleh karena itu, berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk membuat makalah ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. O dengan Asma Bronchiale di ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulis memilih judul tersebut adalah penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Asma Bronchiale.

2. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu:

- a. Melakukan Pengkajian Keperawatan pada pasien dengan Asma Bronchiale
- b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan Asma Bronchiale
- c. Menyusun Perencanaan Keperawatan pada pasien dengan Asma Bronchiale
- d. Melaksanakan Implementasi Keperawatan pada pasien Asma Bronchiale
- e. Melaksanakan Evaluasi Keperawatan pada pasien Asma Bronchiale
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus
- g. Mengidentifikasi faktor faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Asma Bronchiale

C. Ruang Lingkup

Dalam penulisan makalah ilmiah ini berfokus pada asuhan keperawatan pada pasien Ny. O dengan Asma Bronchiale di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan pada 10 - 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan makalah ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mendeskripsikan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh penulis pada pasien Ny.O dengan Asma Bronchiale.

Metode Pengumpulan data yang dilakukan penulis adalah:

1. Studi kasus, yaitu dengan pemberian asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan memperoleh data dari hasil wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik hingga proses keperawatan.
2. Studi kepustakaan, yaitu dengan mempelajari buku yang berhubungan dengan asuhan keperawatan dengan Asma Brobchiale untuk memperoleh konsep teoritis yang bersifat ilmiah.
3. Studi dokumentasi, yaitu pengumpulan data melalui rekam medik yang tersedia di rumah sakit untuk memperoleh data yang lengkap dan akurat.

E. Sistemika Penulisan

Dalam penulisan makalah ilmiah ini secara sistematika dapat disusun menjadi 5 BAB yang terdiri dari :

Sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 5 bab yang disusun sebagai berikut : BAB I Pendahuluan : yang berisi tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Teori: yang tersusun atas pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi, klasifikasi, komplikasi), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan (pemeriksaan penunjang), diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB III Tinjauan Kasus : tersusun atas pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, evaluasi keperawatan. BAB IV Pembahasan : pada bab ini dapat dilihat kesenjangan antara teori dan kasus. kesenjangan yang dibahas meliputi tahap pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB V Penutup: yang tersusun atas kesimpulan dari Karya

Tulis Ilmiah ini dan saran yang ditunjukkan pada perawat sendiri berguna untuk mencapai asuhan keperawatan yang lebih baik lagi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Asma adalah suatu gangguan pada saluran bronkial yang mempunyai ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme pada saluran napas) terutama pada percabangan trakeobronkial yang dapat diakibatkan oleh berbagai stimulus seperti oleh faktor biokemikal, endokrin, infeksi, otonomik dan psikologi. (Somantri, 2012)

Asma adalah penyakit inflamasi kronik pada jalan napas yang dikarakteristikan dengan hiperresponsivitas, edema mukosa dan produksi mucus. Inflamasi ini pada akhirnya berkembang menjadi episodic berulang berupa batuk, sesak dada, mengi dan dyspnea. (Suddarth, 2013)

B. Etiologi

Menurut (Suprpto, 2013), obstruksi jalan nafas pada asma disebabkan oleh, kontraksi otot sekitar bronkus sehingga terjadi penyempitan nafas, pembengkakan membran bronkus dan bronkus terisi oleh mucus yang kental.

1. Faktor predisposisi,

Genetik, diturunkannya alergi dari keluarga terdekat, meski belum di ketahui bagaimana penurunnya dengan jelas.

2. Faktor pencetus

- a. Alergen adalah suatu bahan penyebab alergi, ini dibedakan menjadi tiga, yaitu inhalan, ingestan dan kontak. Inhalan, yang masuk melalui saluran pernafasan seperti debu, bulu binatang, serbuk bunga, bakteri dan polusi. Ingestan, yang masuk melalui mulut seperti makanan dan obat-obatan. Kontak, yang masuk melalui kontak dengan kulit seperti perhiasan, logam dan jam tangan.

- b. Perubahan cuaca, cuaca lembab dan hawa yang dingin sering mempengaruhi asma, perubahan cuaca menjadi pemicu serangan asma. Kadang serangan asma seperti musim hujan, musim bunga, musim kemarau. Hal ini berhubungan dengan angina, serbuk bunga dan debu.
- c. Lingkungan kerja, hal ini berkaitan dengan terjadinya asma seperti orang yang bekerja di pabrik kayu, polisi lalu lintas.
- d. Olahraga, sebagian penderita akan mendapat serangan asma bila sedang bekerja berat atau aktivitas berat. Serangan asma karena aktivitas biasanya segera setelah aktivitas selesai. Lari cepat paling mudah menimbulkan serangan asma.
- e. Stress, gangguan emosi dapat menjadi pencetus terjadinya serangan asma, selain itu juga bisa memperberat serangan asma yang sudah ada. Disamping gejala asma harus segera diobati penderita asma yang mengalami stress harus diberi nasehat untuk menyelesaikan masalahnya.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Proses perjalanan penyakit menurut (Abd. Wahid, 2013)

Asma ditandai dengan kontraksi *spastic* dari otot polos ke bronkheolus yang menyebabkan sulit bernafas. Penyebab yang umum adalah hipersensibilitas bronkeolus terhadap benda asing di udara. Reaksi yang timbul pada asma tipe alergi terjadi dengan cara sebagai berikut: seseorang yang alergi diduga mempunyai kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibodi IgE abnormal dalam jumlah besar dan antibodi ini terutama melekat pada interstisial paru yang berhubungan erat dengan bronkeolus dan bronkus kecil. Bila seseorang menghirup allergen maka antibodi IgE orang tersebut meningkat, allergen bereaksi dengan antibodi yang sudah terlekat pada sel mast dan menyebabkan sel ini akan mengeluarkan berbagai macam zat di antaranya histamin zat

anafilaksis yang bereaksi lambat. Faktor kemotatik eosinophilic dan bradykinin. Efek gabungan dari semua faktor ini akan menghasilkan edema lokal pada dinding bronkeolus kecil maupun sekresi mucus yang dalam lumen bronkeolus dan spasme otot polos bronkeolus sehingga menyebabkan tahanan saluran nafas menjadi sangat meningkat .

Pada asma, diameter bronkeolus lebih berkurang selama ekspirasi dari pada inspirasi karena peningkatan tekanan dalam paru-paru selama sekresi paksa menekan bahagian luar bronkeolus. Karena bronkiolus tersumbat sebagian, maka sumbatan selanjutnya akibat dari tekanan eksternal yang menimbulkan obstruksi berat terutama selama ekspirasi. Pada penderita asma biasanya bisa melakukan inspirasi dengan baik dan ade kuat, tetapi sekali kali melakukan ekspirasi. Hal ini menyebabkan dyspnea. Kapasitas residu fungsional dan volume residu paru menjadi meningkat selama serangan asma akibat kesukaran mengeluarkan udara ekspirasi dari paru. Ini biasanya menyebabkan *barrel chest*.

2. Manifestasi Klinis

Menurut (Suddarth, 2013), Gejala asma paling umum adalah batuk (dengan atau tanpa disertai produksi mucus) dyspnea dan mengi (pertama tama pada ekspirasi, kemudian bisa juga terjadi selama inspirasi), serangan asma paling sering terjadi pada malam hari atau pagi hari, eksaserbasi asma sering kali di dahului oleh peningkatan gejala selama sehari-hari, namun dapat pula terjadi secara mendadak, sesak dada dan dyspnea, diperlukan usaha melakukan ekspirasi dan ekspirasi memanjang, seiring proses eksaserbasi, sianosis sentral sekunder akibat hipoksia berat dapat terjadi, gejala tambahan, seperti diaphoresis, takikardi dan pelebaran tekanan nadi mungkin dijumpai pada pasien asma, asma yang disebabkan oleh latihan fisik gejala maksimal selama menjalani latihan fisik, tidak terdapat gejala pada malam hari dan terkadang hanya muncul gambaran sensasi seperti tercekik selama menjalani latihan fisik, reaksi yang parah dan berlangsung terus

menerus, yakni status asmatikus bisa saja terjadi. Kondisi ini dapat mengancam kehidupan, eksema, ruam dan edema temporer merupakan reaksi alergi yang biasanya menyertai asma.

3. Klasifikasi

Menurut (Somantri, 2012), Klasifikasi asma berdasarkan alergi di bagi menjadi 3 yaitu alergi, non alergik dan campuran.

- a. Asma Alergik/Ekstrinsik merupakan suatu bentuk asma dengan allergen seperti bulu binatang, debu, ketombe, tepung sari, makanan dan lain lain. Allergen terbanyak adalah *airborne* dan musiman (seasonal). Pasien dengan asma alergik biasanya mempunyai riwayat penyakit alergi pada keluarga dan riwayat pengobatan eksim atau rhinitis alergik. Paparan terhadap alergi akan mencetuskan serangan asma. Bentuk asma ini dimulai dari masa kanak-kanak.
- b. Idiopatik atau Nonalergik Asma/Instrinsik tidak berhubungan secara langsung dengan allergen spesifik. Faktor-faktor seperti *common cold*, infeksi saluran napas atas, aktivitas, emosi/stress dan polusi lingkungan akan mencetuskan serangan. Beberapa agen farmakologi, seperti antagonis beta-adregenik dan bahan sulfat (penyedap makanan) juga dapat menjadi faktor penyebab. Serangan dari asma idiopatik atau nonalergik menjadi lebih berat dan sering kali dengan berjalannya waktu dapat berkembang menjadi bronkhitis dan emfisema. Pada beberapa kasus dapat berkembang menjadi asma campuran. Bentuk asma ini biasanya dimulai ketika dewasa (>35 tahun)
- c. Asma Campuran, merupakan bentuk asma yang paling sering. Dikarakteristikan dengan bentuk kedua jenis asma alergi dan idiopatik atau nonalergik.

4. Komplikasi

Status asmatikus adalah komplikasi dari asma yang berat dan mengancam jiwa. Episode akut spasme bronkus yang terjadi cenderung meningkat. Dengan spasme bronkus berat, beban untuk bernapas meningkat menjadi 5-10 kali lebih berat, sehingga dapat menyebabkan cor pulmonal akut (gagal jantung kanan yang dikarenakan penyakit paru). Ketika udara terjebak, denyut paradoksikal (misal, penurunan tekanan darah >10 mmHg selama inspirasi) terjadi akibat obstruksi aliran balik vena. Bila status asmatikus berlanjut, hipoksemia akan semakin memburuk dan akan terjadi asidosis. Bila kondisi tersebut tidak ditangani dan tidak diperbaiki, dapat terjadi henti nafas maupun henti jantung. (Hokanson, 2014)

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Abd. Wahid, 2013) Prinsip umum dalam pengobatan asma yaitu menghilangkan obstruksi jalan nafas, menghindari faktor yang bisa menimbulkan serangan asma, menjelaskan kepada penderita dan keluarga mengenai penyakit asma pengobatannya.

1. Pengobatan Farmakologi

- a. Bronkodilator, obat yang melebarkan saluran nafas. Terbagi dua golongan yaitu Adregenik dan Teofilin (aminofilin).
- b. Kromalin, bukan bronkodilator tetapi obat pencegah serangan asma pada anak. Kromalin biasanya diberikan bersama obat anti asma dan efeknya baru terlihat setelah satu bulan.
- c. Ketolifen, mempunyai efek pencegahan terhadap asma.
- d. Kortikosteroid hidrokortison 100-200 mg.

2. Pengobatan non farmakologik

Memberikan penyuluhan, menghindari faktor pencetus, pemberian cairan dan fisioterapi nafas (senam asma), pemberian oksigen bila perlu.

Penatalaksanaan keperawatan yang harus segera dilakukan pada pasien bergantung pada tingkat keparahan gejala. Pasien dan keluarga kerap merasa takut dan cemas karena sesak napas yang dialami pasien. Oleh sebab itu, pendekatan yang tenang merupakan aspek yang penting di dalam asuhan. Kaji status respirasi pasien dengan memonitor tingkat keparahan gejala, suara napas, oksimetri nadi dan tanda-tanda vital, kaji riwayat reaksi alergi terhadap obat sebelum memberikan medikasi, identifikasi medikasi yang tengah digunakan oleh pasien, berikan medikasi yang sesuai yang diresepkan dan monitor respon pasien terhadap medikasi, berikan terapi cairan jika pasien jika pasien mengalami dehidrasi, bantu prosedur intubasi jika diperlukan. (Suddarth, 2013)

E. Pengkajian Keperawatan (Somantri, 2012)

1. Biodata

Asma Bronchiale dapat menyerang segala usia tetapi lebih sering dijumpai pada usia dini separuh kasus timbul sebelum usia 10 tahun dan sepertiga lainnya terjadi sebelum usia 40 tahun. Perbandingan laki-laki dan perempuan sebesar 2:1 yang kemudian sama pada usia 30 tahun.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluhan utama yang timbul pada pasien dengan asma bronkial adalah dyspnea (bisa sampai sehari-hari atau berbulan-bulan), batuk dan mengi (pada beberapa kasus lebih banyak paroksimal)

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Terdapat data yang menyatakan adanya faktor predisposisi timbulnya penyakit, diantaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran pernapasan bagian bawah.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dengan asma bronkial sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit keturunan, tetapi pada beberapa pasien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya.

3. Pemeriksaan Fisik (Suprpto, 2013)

a. B1 (*Breath*)

Peningkatan frekuensi pernafasan, susah bernafas, per-pendekan periode inspirasi, pemanjangan ekspirasi, penggunaan otot-otot aksesori pernafasan (retraksi sternum, pengangkatan bahu waktu bernafas), dispnea pada saat istirahat atau respon terhadap aktivitas atau latihan, nafas memburuk ketika pasien berbaring terlentang ditempat tidur, pernafasan cuping hidung, adanya mengi yang terdengar tanpa stetoskop, batuk keras, kering dan akhirnya batuk produktif, fungsi paru terdapat penurunan FEV1.

b. B2 (*Blood*)

Takikardi, tensi meningkat, pulsus paradoksus (penurunan tekanan darah) 10 mmHg pada waktu inspirasi, sianosis, diaphoresis dan dehidrasi.

c. B3 (*Brain*)

Gelisah, cemas dan penurunan kesadaran

d. B4 (*Bowel*)

Pada pasien yang mengalami dispnea penggunaan otot bantu nafas maksimal kontraksi otot abdomen meningkat sehingga menyebabkan nyeri yang mengakibatkan menurunnya nafsu makan. Dalam keadaan hipoksia juga mengakibatkan penurunan motilitas pada gaster sehingga memperlambat pengosongan lambung yang menyebabkan penurunan nafsu makan.

e. B5 (*Bladder*)

Pada pasien dengan hiperventilasi akan kehilangan cairan melalui penguapan dan tubuh berkompensasi dengan penurunan produksi urine.

f. B6 (*Bone*)

Pada pasien yang mengalami hipoksia penggunaan otot bantu nafas yang lama menyebabkan kelelahan. Selain itu, hipoksia menyebabkan metabolisme anaerob sehingga terjadi penurunan ATP

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan radiologi

Pada waktu serangan menunjukkan gambaran hiperinflamasi paru yakni radiolusen yang bertambah dan peleburan rongga intercostais, serta diafragma yang menurun. Pada penderita dengan komplikasi terdapat gambaran yaitu bila disertai dengan bronchitis, maka bercak bercak di hilus akan bertambah, bila ada emfisema (COPD) gambaran radiolusen semakin bertambah, bila terdapat komplikasi maka terdapat gambaran infiltrase paru, dapat menimbulkan gambaran atelectasis paru, bila terjadi pneumonias gambarannya adalah radiolusen pada paru.

b. Pemeriksaan tes kulit, dilakukan untuk mencari faktor allergen yang dapat bereaksi positif pada asma.

c. Elektrokardiografi, terjadi *right axis deviation*, adanya hipertropi jantung *right bundle branch block*, tanda hipoksemia yaitu sinus takikardi, SVES, VES atau terjadi depresi segmen ST negatif.

d. Scanning paru, melalui inhalasi dapat dipelajari bahwa redistribusi udara selama serangan asma tidak menyeluruh pada paru paru.

e. Spirometri, menunjukkan adanya obstruksi jalan nafas *reversible*, cara tepat diagnosis asma adalah melihat respon pengobatan dengan bronkodilator. Pemeriksaan spirometry dilakukan sebelum atau sesudah pemberian aerosol bronkodilator (inhaler dan nebulizer), peningkatan FEV1 atau FCV sebanyak lebih dari 20% menunjukkan diagnosis asma. Tidak adanya respon aerosol bronkodilator lebih dari 20%. Pemeriksaan ini berfungsi untuk menegakkan diagnosis keperawatan, menilai berat obstruksi dan efek pengobatan banyak penderita tanpa keluhan pada pemeriksaan ini menunjukkan adanya obstruksi.

F. Diagnosa Keperawatan (Suprpto, 2013)

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan sekresi kental peningkatan produksi mucus dan bronkospasme.
2. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan retensi CO₂, peningkatan kerja pernafasan dan proses penyakit.
3. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan laju metabolic tinggi, dyspnea saat makan, ansietas.
4. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuat imunitas.
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi.
6. Resiko tinggi kelelahan berhubungan dengan retensi CO₂, hipoksemia, emosi yang terfokus pada pernafasan dan apnea tidur.
7. Resiko tinggi ketidakpatuhan yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kondisi dan perawatan diri saat pulang.

G. Intervensi Keperawatan (Suprpto, 2013)

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan sekresi kental peningkatan produksi mucus dan bronkospasme
 Tujuan: jalan nafas kembali efektif
 Kriteria Hasil: mempertahankan jalan nafas, dapat mendemonstrasikan batuk efektif, dapat menyatakan strategi untuk menurunkan kekentalan sekresi, tidak ada suara nafas tambahan, instruksikan pasien pada metode yang tepat mengontrol batuk.
 Rencana tindakan:
 - a. Tempatkan posisi yang nyaman pada pasien, contoh meninggikan kepala tempat tidur, duduk pada sandaran tempat tidur.
 Rasional : peninggian kepala tempat tidur memudahkan fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi.
 - b. Tingkatkan masukan cairan sampai dengan 3000 ml/hari sesuai indikasi, memberikan dengan air hangat.
 Rasional: Hidrasi membantu menurunkan kekentalan secret, penggunaan air hangat dapat menurunkan spasme bronkus.

- c. Lakukan fisioterapi dada dengan drainase postural, perkusi fibrasi dada.

Rasional: fisioterapi dada merupakan strategi untuk mengeluarkan secret.

- d. Evaluasi frekuensi pernafasan, bunyi, irama nafas catat rasio inspirasi ekspirasi.

Rasional : beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengnnan obstruksi jalan nafas dan dapat/tidaknya di manifestasikan adanya advertisius.

- e. Berikan obat sesuai dengan indikasi bronkodilator dan oksigenasi.

Rasional : merelaksasikan otot otot halus dan menurunkan spasme jalan nafas wheezing dan produksi mukosa.

2. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan retensi CO₂, peningkatan kerja pernafasan dan proses penyakit.

Tujuan: pasien dapat mempertahankan pertukaran gas dan oksigenasi adekuat.

Kriteria Hasil: frekuensi nafas 16-20 x/menit, frekuensi nadi 60-100 x/menit, warna kulit normal tidak ada dyspnea tidak menggunakan otot bantu nafas, AGD dalam batas normal (Ph: 7,35-7,45, PCO₂: 35-35 mmHg, HCO₂: 22-26 mEq/l, sat O₂: 95-98 %

Rencana Tindakan:

- a. Awasi secara rutin kulit dan membrane mukosa

Rasional: sianosis mungkin perifer atau sentral keabu abuan dan sianosis sentral mengindikasikan beratnya hipoksemia

- b. Palpasi fremitus

Rasional: penurunan getaran vibrasi diduga adanya pengumpulan cairan/udara

- c. Awasi tanda vital dan irama jantung,

Rasional : takikardi, disritmia dan perubahan tekanan darah dapat menunjukkan efek hipoksemia sistemik pada fungsi jantung.

- d. Kolaborasi berikan oksigen tambahan sesuai dengan indikasi AGD dan toleransi pasien

Rasional: dapat memperbaiki atau mencegah memburuknya hipoksia.

3. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan laju metabolic tinggi, dyspnea saat makan, ansietas

Tujuan: pemenuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria Hasil: pasien menghabiskan porsi makanan dirumah sakit, meliputi kriteria antropometri, *biochemical, clinical* diet.

Rencana Tindakan:

- a. Mengidentifikasi faktor yang dapat menimbulkan nafsu makan menurun misalnya muntah dengan ditemukannya sputum yang banyak ataupun dyspnea.

- b. Sering melakukan perawatan oral buang secret, berikan wadah khusus sekali pakai.

Rasional: rasa tidak enak, bau menurunkan nafsu makan dan dapat menyebabkan mual muntah dengan peningkatan kesulitan nafas.

- c. Kaji kebiasaan diet, masukan makanan saat ini, catat derajat kerusakan makanan.

Rasional: pasien distress pernafasan akut sering anoreksia karena dispnea.

- d. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional : menurunkan dyspnea dan meningkatkan energi untuk makan, meningkatkan masukan.

4. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuat imunitas.

Tujuan: pasien tidak mengalami infeksi nosocomial.

Kriteria hasil: tidak ada tanda tanda infeksi meliputi rubor,tumor, dolor, kolor,leukosit 4000-10500, suhu 36,5 °C - 37,5 °C.

Rencana Tindakan:

- a. Monitor tanda-tanda infeksi.

Rasional: Demam dapat terjadi karena infeksi dan dehidrasi.

- b. Diskusi kebutuhan nutrisi adekuat.

Rasional malnutrisi dapat mempengaruhi kesehatan umum dan menurunkan tahanan terhadap infeksi.

- c. Dapatkan specimen sputum dengan batuk atau penghisapan untuk pewarnaan gram, kultur/sensitivitas.

Rasional : untuk mengidentifikasi organisme penyebab dan kerentanan terhadap berbagai anti microbial.

5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Tujuan: pasien menyatakan pemahaman kondisi penyakit dan tindakan

Kriteria Hasil: pasien dapat menyebutkan 3 dari 5 faktor pencetus asma, pasien dapat melakukan pengobatan non farmakologi dan farmakologik sesuai *advice* dokter.

Rencana Tindakan:

- a. Berikan health education tentang faktor pencetus asma untuk menghindari faktor pencetus.

Rasional: menurunkan intensitas serangan asma.

- b. Diskusikan obat pernafasan, efek samping dan reaksi yang tidak diinginkan.

Rasional: penting bagi pasien mengerti perbedaan efek samping mengganggu dan merugikan.

- c. Tunjukkan Teknik penggunaan inhaler.

Rasional: penggunaan obat yang tepat meningkatkan keefektifannya.

6. Resiko tinggi kelelahan yang berhubungan dengan retensi CO₂, hipoksemia, emosi yang terfokus pernafasan dan apneu tidur.

Tujuan: pasien akan terpenuhi kebutuhan untuk mempertahankan energi saat terbangun.

Kriteria Hasil: mampu mendiskusikan penyebab kelelahan, pasien dapat tidur dan istirahat sesuai dengan kebutuhan tubuh,

Rencana tindakan:

- a. Jelaskan sebab sebab kelelahan individu.

Rasional: diketahuinya faktor penyebab maka diharapkan menghindarinya.

- b. Hindari gangguan saat tidur.

Rasional : tidur merupakan upaya untuk memulihkan kondisi yang telah menurun setelah aktivitas.

- c. Ajarkan Teknik pernafasan yang efektif.

Rasional: pernafasan efektif membantu terpenuhinya O₂ di jaringan.

- d. Pertahankan tambahan O₂.

Rasional: O₂ digunakan untuk pembakaran glukosa menjadi energi.

- e. Hindarkan penggunaan sedative dan hipnotif.

Rasional: sedative dan hipnotif melemahkan otot otot.

7. Resiko tinggi ketidakpatuhan yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kondisi dan perawatan diri saat pulang.

Tujuan: pasien mampu mendemonstrasikan keinginan untuk mengikuti rencana pengobatan.

Kriteria Hasil: pasien mampu menyampaikan pengertian tentang kondisi dan perawatan diri saat pulang, menggunakan alat alat pernafasan yang tepat.

Rencana Tindakan:

- a. Bantu mengidentifikasi faktor pencetus asma.

Rasional: diketahuinya faktor pencetus asma mempermudah menghindari serangan asma.

- b. Ajarkan tindakan untuk mengatasi asma.

Rasional: tindakan preventif merupakan salah satu upaya untuk memberikan pelayanan secara komprehensif.

- c. Anjurkan dan beri alternative untuk menghindari faktor pencetus.

Rasional: salah satu upaya preventif adalah menghindarkan faktor pencetus.

- d. Ajarkan dan biarkan pasien mendemonstrasikan latihan pernafasan.

Rasional: pasien dengan asma sering mengalami kecemasan yang mengakibatkan pola nafas tidak efektif sehingga perlu dilakukan latihan pernafasan.

- e. Jelaskan dan anjurkan untuk menghindari penyakit infeksi.

Rasional: infeksi terutama ISPA menjadi faktor penyebab serangan asma.

H. Implementasi Keperawatan

Menurut (Kozier, 2010), pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan tersebut. Meskipun perawat dapat bertindak berdasarkan kepentingan pasien (misal, merujuk pasien ke perawat komunitas untuk perawatan di rumah), standar profesional mendukung partisipasi pasien dan keluarga, seperti pada semua fase proses keperawatan. Tingkat partisipasi bergantung pada status kesehatan pasien. Misalnya, seorang pria yang tidak sadar tidak mampu berpartisipasi dalam perawatannya sehingga ia perlu dirawat. Sebaliknya, pasien yang dapat berjalan mungkin memerlukan perawatan yang sangat sedikit dari perawat dan melakukan aktivitas perawatan kesehatan secara mandiri.

I. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Hokanson, 2014), Pada umumnya episode asma dapat diredakan dengan cepat bila tidak ada masalah lain yang mendasari seperti infeksi. Harapannya pasien dirawat hanya sebentar, rencanakan pendekatan yang terkoordinasi untuk pengkajian dan perawatan lanjutan.

Menurut (Kozier, 2010), mengevaluasi adalah menilai atau menghargai. Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Dalam konteks ini, evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dan evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah. Evaluasi berjalan kontinu. Evaluasi yang dilakukan ketika atau segera setelah mengimplementasikan program keperawatan memungkinkan perawat untuk segera memodifikasi intervensi. Evaluasi yang dilakukan pada interval tertentu (misalkan, satu kali seminggu untuk pasien perawatan di rumah) menunjukkan tingkat kemajuan untuk mencapai tujuan dan memungkinkan perawat untuk mencapai tujuan dan memungkinkan perawat untuk memperbaiki kekurangan dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan. Evaluasi pada saat pulang mencakup status pencapaian tujuan dan kemampuan perawatan diri pasien terkait perawatan tindak lanjut. Kebanyakan institusi memiliki catatan pulang khusus untuk evaluasi ini. Melalui evaluasi, perawat menunjukkan tanggung jawab terhadap tindakan mereka, menunjukkan perhatian pada hasil tindakan keperawatan, dan menunjukkan keinginan untuk tidak meneruskan tindakan yang tidak efektif, tetapi mengadopsi tindakan yang lebih efektif.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Pasien Ny.O, umur 34 tahun, status menikah, agama islam, suku Jawa, pendidikan terakhir S1, Bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa Indonesia, pekerjaan karyawan swasta, pasien tinggal di Harapan Jaya, sumber biaya dari asuransi perusahaan, sumber informasi yang didapatkan adalah dari pasien, perawat ruangan dan rekam medis.

2. Resume

Ny.O datang ke IGD RS Mitra Keluarga Bekasi Barat pukul 17.00 tanggal 09 Februari 2020, keadaan umum tampak sakit sedang dengan TTV, TD: 127/80 mmHg, RR: 25x/menit, Suhu: 36,5 °C, Nadi: 120x/menit. Pasien mengeluh sesak nafas berulang saat di rumah dan disertai batuk pilek sudah 2 bulan, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik mendengarkan suara nafas hasilnya terdengar wheezing dan terlihat adanya penggunaan otot bantu pernafasan diafragma dan intercosta. Masalah keperawatan yang muncul adalah Pola nafas tidak efektif. Tindakan yang dilakukan memberikan posisi semifowler, memberikan oksigen 3Lpm, memasang infus RL 500cc, memberikan obat Pulmicort 2,5 cc dan Fartolin 2,5cc melalui nebulizer dan dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil, Hemoglobin 13,8 g/dl (12,5-16,0), Leukosit 11.980 /ul (4000 – 10500), Hematokrit 40 vol% (37-47), Trombosit 380000 /ul (150000 – 450000), Eritrosit 4,57 juta/ul (4,20 – 5,40), SGPT 35 /ul (0 - 33), Kalium 3,41mmol/l (3,50-5,50). Evaluasi secara umum pasien masih mengeluh sesak nafas dengan TTV, TD 119/77 mmHg, suhu: 36,7° C, RR: 22x/menit, nadi: 104x/menit. Lalu pasien dipindahkan ke ruang mawar

Ny. O datang dari IGD pukul 21.50 , keadaan umum tampak sakit sedang dengan TTV, TD: 112/66 mmHg, RR: 23x/menit, nadi: 103x/menit, suhu: 36,4 °C. pasien mengeluh sesak nafas dan batuk pilek. Masalah keperawatan yang muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif. Tindakan keperawatan yang dilakukan memberikan posisi semi fowler, menganjurkan banyak minum air hangat, mengajarkan batuk efektif, memberikan obat vestein 3x1, fartolin Pulmicort 2,5:2,5, Aminophilin 2x1, Hexilon 2x62,5 mg, Intrix 2x1 gr, OMZ 1x1. Evaluasi secara umum pasien mengatakan masih sesak dan dahak tidak bisa keluar, dengan TTV, TD 119/60 mmHg, Suhu 36,5°C, RR 21x/menit, nadi 85x/menit.

3. Riwayat Keperawatan

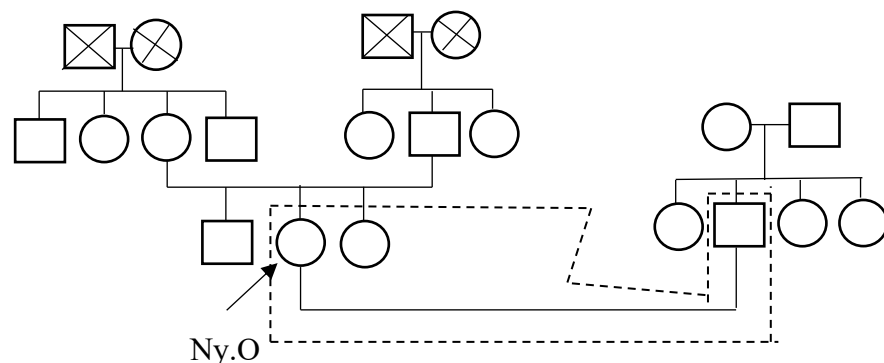
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan pasien saat ini adalah sedikit sesak nafas dan masih batuk. Faktor pencetus pada keluhan utama adalah pasien mengatakan sudah batuk pilek selama 2 bulan dan pasien mengatakan baru mengetahui kalau mempunyai alergi dingin. Timbulnya keluhan secara mendadak. Upaya mengatasi keluhan saat dirumah dibawa ke klinik dekat rumah.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan pernah operasi karena perlengketan tuba fallopi dan tidak ada riwayat penyakit lainnya.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan:



: Laki laki



: Perempuan



: Meninggal



: Garis keturunan



: Pasien



: Tinggal satu rumah

Pasien mengatakan tinggal dengan suami dan adiknya, pasien mengatakan belum mempunyai anak, orang tua pasien tinggal dikampung. Pasien mengatakan didalam anggota keluarga nya ada yang mempunyai penyakit asma yaitu kakak pasien. Pasien mengatakan pernah operasi perlengketan tuba falopi tahun 2016.

d. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang terdekat pasien adalah adik nya, pola komunikasi dalam keluarga yaitu dua arah dan terbuka, pasien mengatakan pengambilan keputusan di keluarga adalah suaminya dengan bermusyawarah dengan pasien. Pasien mengatakan keluarga nya khawatir dengan penyakit pasien. Mekanisme koping saat pasien stress pasien mengatakan biasanya tidur. Hal yang dipikirkan saat ini pasien mengatakan tidak ada yang dipikirkan, harapan setelah menjalani perawatan adalah cepat sembuh dan dapat beraktivitas lagi. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah jadi lebih berhati hati lagi supaya asma nya tidak kambuh.

4. Pola kebiasaan

a. Nutrisi

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan frekuensi makan pasien sebelum sakit 3 kali per hari, nafsu makan baik menghabiskan makan 1 porsi makan, tidak ada keluhan mual, menyukai semua makanan, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanaan diit, tidak ada penggunaan obat sebelum makan, tidak menggunakan alat bantu makan.

Saat sakit:

Pasien mengatakan saat di rumah sakit frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan kurang menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan pasien mengatakan sedikit mual, pasien mengatakan menyukai semua makanan, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, makanan diet pasien lunak TKTP 1720 kalori, tidak ada obat sebelum makan, tidak menggunakan alat bantu makan.

b. Eliminasi

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan frekuensi BAK sebelum sakit 5 - 6 kali per hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, tidak menggunakan alat bantu saat BAK. Pasien mengatakan frekuensi BAB sebelum sakit 1 kali per hari, biasanya di pagi hari, berwarna coklat, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB, tidak menggunakan laxative.

Saat sakit:

Pasien mengatakan frekuensi BAK saat sakit 7 - 8 kali per hari, berwarna kuning keruh, tidak ada keluhan saat BAK, tidak menggunakan alat bantu saat BAK. Pasien mengatakan frekuensi BAB saat sakit 1 kali per hari, biasanya di pagi hari, berwarna coklat, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB, tidak menggunakan laxative.

c. Personal Hygiene

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan frekuensi mandi sebelum sakit 2 kali per hari, biasanya di pagi dan malam hari, frekuensi oral hygiene 2 kali per hari di pagi dan malam hari dan cuci rambut frekuensinya 3 kali per minggu.

Saat sakit:

Pasien mengatakan frekuensi mandi saat sakit 1 kali per hari, biasanya di pagi hari, frekuensi oral hygiene 2 kali per hari di pagi dan sore hari dan belum cuci rambut selama di rumah sakit.

d. Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak tidur siang, lama tidur malam selama 7 jam, biasanya sebelum tidur nonton tv.

Saat sakit:

Pasien mengatakan lama tidur siang saat sakit 1 jam, lama tidur malam selama 8 jam, biasanya sebelum tidur pasien main hp.

e. Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit waktu bekerja dari pagi sampai sore hari, tidak melakukan olahraga, tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Saat sakit:

Pasien mengatakan saat sakit tidak bekerja, tidak melakukan olahraga, tidak ada keluhan saat beraktivitas.

f. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak merokok dan tidak minum-minuman keras, tetapi suaminya yang merokok.

Saat sakit:

Pasien mengatakan saat sakit pasien tidak merokok dan tidak minum-minuman keras.

5. Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengatakan tidak ada kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan. Aktivitas agama yang dilakukan shalat dan berdoa supaya cepat sembuh. Kondisi lingkungan rumah, selalu dibersihkan dan memelihara kucing dirumah.

6. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan pasien 73 kg, tinggi badan 158 cm, IMT 28 kg/m², keadaan umum tampak sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien simetri, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal, sklera mata anikterik, pupil isokor, otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada peradangan, tidak memakai kacamata, tidak memakai lensa kontak, reaksi terhadap cahaya +2/+2.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga pasien normal, tidak tampak serumen dan cairan dari telinga, kondisi telinga tengah normal, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak tinnitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, tidak memakai alat bantu.

d. Sistem Wicara

Pasien dapat berbicara dengan normal.

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien ada sputum, pernafasan sesak, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi nafas 23 x/menit, irama teratur, pernafasan spontan, nafas dangkal, batuk produktif tetapi pasien mengatakan dahak masih mengumpul dileher dan belum bisa dikeluarkan, palpasi dada vocal fremitus, perkusi dada sonor, suara nafas terdengar wheezing dan ronchi, tidak nyeri saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskuler

Frekuensi nadi 107 x/menit, irama teratur, denyut nadi teraba kuat, tekanan darah 114/58 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, akral teraba hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, tidak ada edema. Tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak tidak pucat, tidak ada perdarahan.

h. Sistem Syaraf Pusat

Tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran Composmentis, GCS *Eye* (4), *Motoric* (6), *Verbal* (5), tidak ada peningkatan TIK, tidak ada gangguan system persyarafan, refleks fisiologis normal, refleks patologis tidak ada.

i. Sistem Pencernaan

Gigi pasien tidak ada caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, salifa normal, pasien mengatakan tidak ada muntah, tidak nyeri daerah perut, bising usus 11 kali per menit, tidak diare, tidak konstipasi, hepar pasien tidak teraba, abdomen teraba lembek.

j. System Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak ada luka ganggren.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan, intake 2580cc dan output 2430 cc balance cairan +350 cc, tidak ada perubahan pola kemih, warna BAK kuning keruh, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien elastis, temperature kulit hangat, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik, kondisi kulit daerah pemasangan infus tidak ada tanda tanda phlebitis, keadaan rambut baik, rambut bersih.

m. Sistem Muskuloskeletal

Tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada sendi atau tulang, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot, pasien mengatakan dapat ke kamar mandi sendiri, pasien tampak dapat berjalan ke kamar mandi sendiri.

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

n. Data Tambahan

Pasien mengatakan asma adalah sesak nafas, pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab asma, pasien mengatakan gejalanya susah bernafas, pasien mengatakan pencegahannya harus banyak istirahat. Pasien tampak bingung saat ditanya.

7. Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 09-02-2020.

Hemoglobin 13,8 (12,5-16,0) g/dl, Leukosit 11.980 /ul (4000 – 10500), Hematokrit 40 vol% (37-47), Trombosit 380000 /ul (150000 – 450000), Eritrosit 4,57 juta/ul (4,20 – 5,40), MCV 88 Fl (78-100), MCH 30 Pg (27-31), MCHC 35 % (32-36), SGPT 35 /ul (0 - 33), Natrium 141mmol/l (135-146), Kalium 3,41 mmol/l (3,50-5,50), Chlorida 108 mmol/l (95-112).

Pemeriksaan Thorax

Kesan : Cor Pulmo normal

Pemeriksaan Spirometri

Kesan : retriksi ringan dan obstruksi negative

8. Penatalaksanaan

a. Obat oral

Vestein	3x1cap	Oral
Fartolin	3x 2,5 ml	Inhalasi
Pulmicort	3x 2,5 ml	Inhalasi
Destovell	1x1tab	Oral
Fartolin Syr	3 x 1c	Oral

b. Obat Injeksi

Aminophilin	2 x 1 ampul	IV
Hexilon	2 x 62,5 mg	IV
Intrix	2 x 1 gr	IV
OMZ	1 x 1 tab	IV

c. Infus

Ringer Laktat	500cc/12jam	IV
---------------	-------------	----

d. Diit lunak TKTP 1720 kalori

9. Data Fokus

Keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran composmentis dengan tanda-tanda vital, tekanan darah 114/58 mmHg, frekuensi nafas 23 x/menit, frekuensi nadi 107 x/menit, suhu 36,2 °C.

a. Oksigenasi

Data subjektif: pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan ada batuk, pasien mengatakan dahak masih mengumpul di leher dan belum bisa keluar.

Data objektif: pernafasan pasien tampak dangkal, suara nafas pasien terdengar ronchi dan mengi, hasil pemeriksaan thorax cor pulmo normal, tanda-tanda vital tekanan darah 114/58 mmHg, frekuensi nafas 23 x/menit, frekuensi nadi 107 x/menit, suhu 36,2 °C, tidak nyeri saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu nafas.

b. Nutrisi

Data subjektif: pasien mengatakan sedikit mual, pasien mengatakan tidak ada muntah, pasien mengatakan habis ½ porsi, pasien mengatakan nafsu makan kurang.

Data objektif: Berat badan 73 kg, tinggi badan 158 cm, IMT 28 kg/m², Diet lunak TKTP 1720 kalori, hemoglobin 13,8, pasien tampak menghabiskan makanannya ½ porsi.

c. Rasa Aman (infeksi)

Data subjektif: -

Data objektif: Hasil laboratorium, Leukosit 11980 (4000-10500), TTV, suhu: 36,2°C, Akral hangat

d. Aktivitas

Data subjektif: pasien mengatakan saat beraktivitas tidak sesak, pasien mengatakan masih bisa ke kamar mandi sendiri

Data objektif: pasien tampak bisa kekamar mandi sendiri, pasien tampak tidak sesak saat aktivitas.

e. Pengetahuan

Data subjektif: Pasien mengatakan asma adalah sesak nafas, pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab asma, pasien mengatakan gejalanya susah bernafas, pasien mengatakan pencegahannya harus banyak istirahat.

Data Objektif: Pasien tampak bingung saat ditanya.

10. Analisa data

NO	Data	Masalah	Etiologi
1	Data subjektif: - Pasien mengatakan sesak napas, - Pasien mengatakan ada batuk, - Pasien mengatakan dahak masih mengumpul di leher dan belum bisa keluar. Data objektif: - pernafasan pasien tampak dangkal, - suara nafas pasien terdengar ronchi dan mengi, - hasil pemeriksaan thorax cor pulmo normal, - tanda-tanda vital tekanan darah 114/58 mmHg, frekuensi nafas 23 kali permenit, frekuensi nadi 107 kali permenit, suhu 36,2 °C. - tidak nyeri saat bernafas, - tidak menggunakan alat bantu nafas.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Sekresi yang tertahan
2.	Data subjektif: - Pasien mengatakan sedikit mual,	Resiko defisit nutrisi	Intake tidak adekuat

	- Pasien mengatakan tidak ada muntah, - Pasien mengatakan habis $\frac{1}{2}$ porsi, - Pasien mengatakan nafsu makan kurang. Data objektif: - Berat badan 73 kg, tinggi badan 158 cm, IMT 28 kg/m², - Diit lunak 1720 kalori, - hemoglobin 13,8, - pasien tampak menghabiskan makanan $\frac{1}{2}$ porsi.		
3.	Data subjektif: Data objektif: - Hasil laboratorium, Leukosit 11980 (4000-10500), - TTV, suhu: 36,2°C, - Akral hangat	Resiko infeksi	Supresi respon inflamasi
4.	Data subjektif: - Pasien mengatakan asma adalah sesak nafas, - Pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab asma, - Pasien mengatakan gejala asma susah bernafas,	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

	- Pasien mengatakan pencegahan asma harus banyak istirahat. Data Objektif: - Pasien tampak bingung saat ditanya.		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Intake tidak adekuat
3. Resiko infeksi berhubungan dengan supresi respon inflamasi
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

C. Intervensi Keperawatan

1. **Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**

Data subjektif: pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan ada batuk, pasien mengatakan dahak masih mengumpul di leher dan belum bisa keluar.

Data objektif : pernafasan pasien tampak dangkal, suara nafas pasien terdengar ronchi dan mengi, hasil pemeriksaan thorax cor pulmo normal, tanda-tanda vital tekanan darah 114/58 mmHg, frekuensi nafas 23 kali permenit, frekuensi nadi 107 kali permenit, suhu 36,2 °C, tidak nyeri saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu nafas.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan nafas kembali efektif.

Kriteria Hasil: Sesak nafas berkurang sampai hilang, batuk berkurang sampai hilang, pasien dapat mengeluarkan sputum, tanda-tanda vital dalam batas normal (RR: 16-20x/menit).

Rencana tindakan:

- a. Ukur tanda-tanda vital (RR) pershift.
- b. Auskultasi suara nafas setiap 1 hari.
- c. Monitor adanya pengeluaran sputum.
- d. Monitor kemampuan batuk efektif.
- e. Latih batuk efektif.
- f. Berikan posisi semifowler.
- g. Anjurkan minum air hangat.
- h. Berikan obat fartolin 3x2,5 cc dan Pulmicort 3x2,5cc (inhalasi), vestein 3x1 cap (oral).

Implementasi Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pagi

Pukul 10.00 WIB perawat mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 122/76 mmHg, RR 22x/menit, Suhu: 36,3 C, Nadi 90 x/menit. Kemudian pukul 10.15 WIB perawat mendengarkan suara nafas pasien dengan hasil suara nafas terdengar ronchi dan mengi, pukul 11.00 WIB memonitor adanya pengeluaran sputum hasil pasien mengatakan dahak belum keluar dan pasien masih mengatakan sedikit sesak nafas, pukul 11.10 WIB Memonitor kemampuan batuk efektif hasil pasien tampak tidak mampu batuk efektif, pukul 11.20 WIB melatih batuk efektif hasil pasien dapat mengikuti, sputum tidak keluar, pukul 12.05 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan, pukul 13.15 WIB memberikan posisi semi fowler hasil pasien mengatakan lebih nyaman posisi semifowler, pukul 13.25 WIB menganjurkan pasien minum air hangat hasil pasien mengatakan akan mengikuti.

Sore

Pukul 14.05 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 129/81 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,1 C, pukul 15.45 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tenang, pukul 17.30 WIB menganjurkan pasien batuk efektif hasil pasien dapat melakukan batuk efektif, pukul 18.25 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan pukul 18.40 WIB menganjurkan minum air hangat hasil pasien mengatakan akan mengikuti, pukul 19.30 WIB memberikan posisi semifowler hasil pasien nyaman dengan posisi semi fowler, pukul 20.10 WIB mengobservasi pasien hasil pasien mengatakan kesakitan didaerah infus, pukul 20.15 WIB melepas infus pasien hasil infus sudah di aff.

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 21.50 WIB memasang infus , hasil infus sudah terpasang , pukul 23.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital hasil TD 112/60 mmHg, RR 21 x/menit, nadi 73 x/menit, Suhu 36,5 C, pukul 06.30 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan. Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

11 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan masih sedikit sesak, pasien mengatakan masih batuk, pasien mengatakan dahak masih belum keluar

Objektif: TD: 112/60 mmHg, S: 36,3°C, RR: 21x/menit, N: 73x/menit, suara nafas ronchi dan mengi, pasien dapat mengikuti batuk efektif

Analisis: Tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi

Planning: Lanjutkan semua intervensi

Implementasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pagi

Pukul 07.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 08.00 perawat mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 126/83 mmHg, RR 20x/menit, Suhu: 36,4 C, Nadi 103 x/menit pasien mengatakan masih sesak. Kemudian pukul 08.20 WIB perawat mendengarkan suara nafas pasien dengan hasil suara nafas terdengar ronchi dan mengi sudah berkurang, pukul 09.00 WIB memonitor adanya pengeluaran sputum hasil pasien mengatakan dahak sudah keluar berwarna hijau , pukul 10.05 WIB memberikan posisi semi fowler hasil pasien mengatakan lebih nyaman posisi semifowler, pukul 11.15 WIB menganjurkan pasien minum air hangat hasil pasien mengatakan akan mengikuti. , pukul 12.10 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan,

Sore

Pukul 14.00 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 112/72 mmHg, Nadi 109 x/menit, RR 21 x/menit, Suhu 36,5 C, pukul 16.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tenang, pukul 16.30 mengantarkan pasien ke poli untuk pemeriksaan spirometry, pukul 19.00 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan pukul 19.15 WIB menganjurkan minum air hangat hasil pasien mengatakan akan mengikuti, pukul 20.00 WIB

memberikan posisi semifowler hasil pasien nyaman dengan posisi semi fowler,

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 22.15 memonitor pengeluaran dahak hasil pasien mengatak dah keluar berwarna hijau, pukul 23.30 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital hasil TD 124/76 mmHg, RR 19 x/menit, nadi 88 x/menit, Suhu 36,4 C pasien mengatakan sudah tidak sesak, pukul 06.30 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan. Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

12 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas, pasien mengatakan masih batuk, pasien mengatakan dahak nya sudah bisa keluar berwarna hijau

Objektif: TD 124/76 mmHg, RR 19 x/menit, nadi 88 x/menit, Suhu 36,4 C, suara nafas terdengar ronchi dan mengi sudah berkurang

Analisis: Tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi

Planning: Lanjutkan Intervensi

Implementasi

Tanggal 12 Februari 2020

Pagi

Pukul 07.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 08.10 perawat mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 115/74 mmHg, RR 18x/menit, Suhu: 36,6 C, Nadi 93 x/menit pasien mengatakan sudah tidak sesak. Kemudian pukul 08.40 WIB perawat mendengarkan suara nafas pasien dengan hasil suara nafas ronchi

sudah berkurang, pukul 09.00 WIB memonitor adanya pengeluaran sputum hasil pasien mengatakan dahak keluar berwarna hijau , pukul 10.25 WIB memberikan posisi semi fowler hasil pasien mengatakan lebih nyaman posisi semifowler, pukul 11.10 WIB menganjurkan pasien minum air hangat hasil pasien mengatakan akan mengikuti. , pukul 12.15 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan,

Sore

Pukul 14.00 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 118/66 mmHg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,2 C, pukul 15.30 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tenang, pukul 17.15 WIB menganjurkan minum air hangat hasil pasien mengatakan akan mengikuti, pukul 19.00 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan, pukul 20.00 WIB memberikan posisi semifowler hasil pasien nyaman dengan posisi semi fowler,

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 21.45 WIB memonitor pengeluaran dahak hasil pasien mengatakan dahak keluar berwarna hijau, pukul 22.30 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.30 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital hasil TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, pukul 05.45 mendengarkan suara nafas, hasil ronchi dan mengi sudah berkurang pukul 06.45 WIB memberikan obat vestein fartolin dan Pulmicort hasil obat berhasil diberikan. Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

13 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan sudah tidak sesak, pasien mengatakan masih ada batuk, pasien mengatakan dahak sudah dikeluarkan

Objektif: TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, ronchi dan mengi sudah berkurang

Analisis: tujuan tercapai , masalah teratasi

Planning: Hentikan intervensi

2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Intake tidak adekuat

Data subjektif: pasien mengatakan sedikit mual, pasien mengatakan tidak ada muntah, pasien mengatakan habis ½ porsi, pasien mengatakan nafsu makan kurang.

Data objektif: Berat badan 73 kg, tinggi badan 158 cm, IMT 28 kg/m², Diit lunak TKTP 1720 kalori, hemoglobin 13,8 g/dl, pasien tampak menghabiskan makanannya ½ porsi.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pemenuhan nutrisi sesuai dengan kebutuhan

Kriteria Hasil: pasien mengatakan tidak mual, makanan habis 1 porsi

Rencana tindakan:

- a. Ukur tanda-tanda vital
- b. Identifikasi makanan yang disukai
- c. Monitor asupan makanan
- d. Anjurkan makanan sedikit tapi sering
- e. Anjurkan makan posisi duduk
- f. Berikan obat OMZ 1x1tab

Implementasi Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pagi

Pukul 10.00 WIB perawat mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 122/76 mmHg, RR 22x/menit, Suhu: 36,3 C, Nadi 90 x/menit. Kemudian pukul 10.30 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai hasil pasien suka semua makanan, pukul 11.30 WIB memonitor asupan makan pasien hasil pasien makan habis ½ porsi pasien mengatakan masih sedikit mual, pukul 11.40 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering hasil pasien akan mengikuti, pukul 11.50 menganjurkan makan dengan posisi duduk hasil pasien makan dengan posisi duduk, pukul 12.15 WIB memberikan obat OMZ hasil obat berhasil diberikan,

Sore

Pukul 14.05 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 129/81 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,1 C, pukul 15.45 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tenang, pukul 17.15 WIB memonitor asupan makan pasien hasil pasien habis ½ porsi pasien mengatakan sedikit mual, pukul 17.20 menganjurkan makan dengan posisi duduk hasil pasien makan posisi duduk, pukul 20.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien mengatakan kesakitan di daerah infus, pukul 20.15 WIB melepas infus pasien hasil infus sudah di aff.

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 21.50 WIB memasang infus , hasil infus sudah terpasang , pukul 23.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital hasil TD 112/60 mmHg, RR 21 x/menit, nadi 73 x/menit,

Suhu 36,5 C, pukul 06.00 WIB memonitor asupan makanan pasien hasil pasien makan $\frac{1}{2}$ porsi pasien mengatakan masih sedikit mual, pukul 06.15 menganjurkan makan sedikit tapi sering hasil pasien akan mengikuti. Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

10 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan masih sedikit mual, pasien mengatakan habis $\frac{1}{2}$ porsi makan

Objektif: TD 112/60 mmHg, RR 21 x/menit, nadi 73 x/menit, Suhu 36,5 C, pasien tampak menghabiskan makanan hanya $\frac{1}{2}$ porsi

Analisis: Tujuan belum tercapai masalah belum teratasi

Planning: lanjutkan semua intervensi

Implementasi Keperawatan

Tanggal 11 Februari 2020

Pagi

Pukul 07.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 08.00 WIB perawat mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 126/80 mmHg, RR 20x/menit, Suhu: 36,1 C, Nadi 101 x/menit. 11.15 WIB memonitor asupan makan pasien hasil pasien makan habis $\frac{3}{4}$ porsi pasien mengatakan masih sedikit mual, pukul 11.20 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering hasil pasien akan mengikuti, pukul 11.25 menganjurkan makan dengan posisi duduk hasil pasien makan dengan posisi duduk, pukul 12.00 WIB memberikan obat OMZ hasil obat berhasil diberikan,

Sore

Pukul 14.10 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 112/72 mmHg, Nadi 109 x/menit, RR 21 x/menit, Suhu 36,5 C, pukul 16.15 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tenang, pukul 17.20 WIB

memonitor asupan makan pasien hasil pasien habis $\frac{3}{4}$ porsi pasien mengatakan mual berkurang, pukul 17.25 menganjurkan makan dengan posisi duduk hasil pasien makan posisi duduk,

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 22.300 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.30 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital hasil TD 124/76 mmHg, RR 19 x/menit, nadi 88 x/menit, Suhu 36,4 C, pukul 06.10 WIB memonitor asupan makanan pasien hasil pasien makan $\frac{3}{4}$ porsi pasien mengatakan mual berkurang, pukul 06.15 menganjurkan makan sedikit tapi sering hasil pasien akan mengikuti. Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

12 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan mual berkurang. Pasien mengatakan habis $\frac{3}{4}$ porsi makanan

Objektif: pasien tampak menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makananan, TD 124/76 mmHg, RR 19 x/menit, nadi 88 x/menit, Suhu 36,4 C

Analisis: tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi

Planning: lanjutkan intervensi

Implementasi Keperawatan

12 Februari 2020

Pagi

Pukul 07.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 08.10 perawat mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 115/74 mmHg, RR 18x/menit, Suhu: 36,6 C, Nadi 93 x/menit 11.05 WIB memonitor asupan makan pasien hasil pasien makan habis $\frac{3}{4}$ porsi pasien mengatakan masih mual berkurang, pukul 11.15 menganjurkan makan dengan posisi duduk hasil pasien makan dengan posisi duduk,

pukul 12.40 WIB memberikan obat OMZ hasil obat berhasil diberikan,

Sore

Pukul 14.00 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 118/66 mmHg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,2 C, pukul 16.10 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tenang, pukul 17.30 WIB memonitor asupan makan pasien hasil pasien habis $\frac{3}{4}$ porsi pasien mengatakan mual berkurang, pukul 17.35 menganjurkan makan dengan posisi duduk hasil pasien makan posisi duduk,

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 23.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.30 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, pukul 06.10 WIB memonitor asupan makanan pasien hasil pasien makan 1 porsi pasien mengatakan sudah tidak mual, Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

13 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan sudah tidak mual, pasien mengatakan habis 1 porsi makanan

Objektif: TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, pasien tampak habis 1 porsi makanan

Analisis: tujuan tercapai masalah teratasi

Planning: hentikan Intervensi

3. Resiko infeksi berhubungan dengan supresi respon inflamasi

Data subjektif: -

Data objektif: Hasil laboratorium, Leukosit 11980 (4000-10500), TTV, suhu: 36,2°C, Akral hangat

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perluasan infeksi tidak terjadi

Kriteria hasil: tidak ada tanda tanda infeksi,

Rencana tindakan:

- a. Ukur tanda-tanda vital (suhu)
- b. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- c. Pertahankan Teknik aseptik
- d. Ajarkan etika batuk
- e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- f. Berikan antibiotic intrix

Implementasi Keperawatan

10 Februari 2020

Pagi

Pukul 10.00 WIB perawat mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 122/76 mmHg, RR 22x/menit, Suhu: 36,3 C, Nadi 90 x/menit. Kemudian pukul 10.45 WIB mengajarkan etika batuk hasil pasien mengatakan mengerti dan akan seperti itu saat batuk, Pukul 11.30 menganjurkan meningkatkan asupan makanan hasil, pasien mengatakan akan mencoba menghabiskan makanannya, pukul 11.50 WIB melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien hasil perawat sudah mencuci tangan, ,

Sore

Pukul 14.05 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 129/81 mmHg, Nadi 95

x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,1 C, pukul 15.45 WIB menanyakan keluhan pasien hasil pasien mengatakan masih sesak dan sedikit mual, pasien mengatakan tidak demam, pukul 17.15 WIB menganjurkan meningkatkan asupan makan pasien hasil pasien habis ½ porsi pasien mengatakan sedikit mual, pukul 18.30 WIB memberikan obat Intrix hasil obat berhasil diberikan, pukul 20.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien mengatakan kesakitan didaerah infus, pukul 20.15 WIB melepas infus pasien hasil infus sudah di aff.

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 21.50 WIB memasang infus , hasil infus sudah terpasang , pukul 23.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital hasil TD 112/60 mmHg, RR 21 x/menit, nadi 73 x/menit, Suhu 36,5 C akral hangat, pukul 06.00 WIB menganjurkan meningkatkan asupan makanan pasien hasil pasien makan ½ porsi pasien mengatakan masih sedikit mual pasien mengatakan tidak ada demam, pukul 06.30 WIB memberikan obat intrix hasil obat berhasil diberikan . Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

11 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan tidak demam

Objektif: TD 112/60 mmHg, RR 21 x/menit, nadi 73 x/menit, Suhu 36,5 C, akral hangat

Analisis: tujuan belum tercapai masalah belum teratasi

Planning: lanjutkan intervensi 1,2,4,5

Implementasi Keperawatan

11 Februari 2020

Pagi

Pukul 07.00 WIB perawat melakukan pergantian dinas, pukul 08.00 WIB melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, perawat sudah mencuci tangan, pukul 08.10 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 126/80 mmHg, RR 20x/menit, Suhu: 36,1 C, Nadi 101 x/menit. Kemudian pukul 11.15 WIB menganjurkan meningkatkan asupan makanan hasil, pasien mengatakan akan mencoba menghabiskan makanannya,

Sore

Pukul 14.05 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 112/72 mmHg, Nadi 109 x/menit, RR 21 x/menit, Suhu 36,5 C, pukul 15.15 WIB menanyakan keluhan pasien hasil pasien mengatakan mual berkurang dan tidak ada demam, pukul 17.20 WIB menganjurkan meningkatkan asupan makan pasien hasil pasien habis 3/4 porsi pasien mengatakan sedikit mual, pukul 18.35 WIB memberikan obat Intrix hasil obat berhasil diberikan,

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, , pukul 22.45 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.30 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital hasil TD 124/76 mmHg, RR 19 x/menit, nadi 88 x/menit, Suhu 36,4 C akral hangat, pukul 06.15 WIB menganjurkan meningkatkan asupan makanan pasien hasil pasien makan $\frac{3}{4}$ porsi pasien mengatakan masih sedikit mual, pukul 06.40 WIB memberikan obat intrix hasil obat berhasil diberikan . Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

12 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam,

Objektif: TD 124/76 mmHg, RR 19 x/menit, nadi 88 x/menit, Suhu 36,4 C, akral hangat

Analisis: Tujuan belum tercapai, masalah tidak terjadi

Planning: lanjutkan intervensi 1,2,4,5

Implementasi Keperawatan

12 Februari 2020

Pagi

Pukul 07.00 WIB perawat melakukan pergantian dinas, pukul 08.05 WIB melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, perawat sudah mencuci tangan, pukul 08.10 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 115/74 mmHg, RR 18x/menit, Suhu: 36,6 C, Nadi 93 x/menit. Kemudian pukul 11.45 WIB menganjurkan meningkatkan asupan makanan hasil, pasien mengatakan akan mencoba menghabiskan makanannya,

Sore

Pukul 14.10 WIB, perawat melakukan pergantian dinas, Pukul 15.00 WIB mengukur tanda-tanda vital hasil TD 118/66 mmHg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,2 C, pukul 15.45 WIB menanyakan keluhan pasien hasil pasien mengatakan masih sedikit mual dan tidak ada demam, pukul 17.30 WIB menganjurkan meningkatkan asupan makan pasien hasil pasien habis 3/4 porsi pasien mengatakan sedikit mual, pukul 18.45 WIB memberikan obat Intrix hasil obat berhasil diberikan,

Malam

Pukul 21.00 WIB melakukan pergantian dinas, pukul 23.00 WIB mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 02.00 WIB

mengobservasi pasien hasil pasien tidur, pukul 05.30 mengukur tanda-tanda vital hasil TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C pasien mengatakan tidak demam, pukul 06.00 WIB menganjurkan meningkatkan asupan makanan pasien hasil pasien makan 1 porsi pasien mengatakan masih sedikit mual, pukul 06.30 WIB memberikan obat intrix hasil obat berhasil diberikan . Pukul 07.00 melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan

13 Februari 2020 (pukul 06.00)

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam

Objektif: TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, akral hangat

Analisis: tujuan tercapai sebagian, masalah tidak terjadi

Planning: hentikan intervensi

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Data subjektif: Pasien mengatakan asma adalah sesak nafas, pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab asma, pasien mengatakan gejalanya susah bernafas, pasien mengatakan pencegahannya harus banyak istirahat.

Data Objektif: Pasien tampak bingung saat ditanya.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pengetahuan pasien bertambah.

Kriteria hasil: pasien dapat menyebutkan definisi asma, pasien dapat menyebutkan penyebab asma, menyebutkan gejala asma, menyebutkan pencegahan asma.

Rencana tindakan:

- a. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- b. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- c. Jelaskan definisi asma bronchiale

- d. Jelaskan penyebab asma bronchiale
- e. Jelaskan manifestasi asma bronchiale
- f. Jelaskan pencegahan asma bronchiale
- g. Berikan kesempatan bertanya

Implementasi Keperawatan

12 Februari 2020

Pagi

Pukul 07.00 WIB perawat melakukan pergantian dinas, pukul 08.00 WIB melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, perawat sudah mencuci tangan, pukul 08.10 WIB mengukur tanda-tanda vital pasien dengan hasil TD 126/80 mmHg, RR 20x/menit, Suhu: 36,1 C, Nadi 101 x/menit. Kemudian pukul 08.30 WIB membuat jadwal pendidikan kesehatan dengan pasien sesuai kesepakatan hasil pasien dan perawat sudah membuat kontrak pendidikan kesehatan akan dilakukan pukul 10.00 WIB selama 20 menit, pukul 09.50 WIB mengidentifikasi kesiapan pasien menerima informasi hasil pasien mengatakan sudah siap untuk menerima informasi, pukul 10.00 WIB menjelaskan definisi asma bronchiale hasil pasien dapat mengulang definisi asma bronchiale, pukul 10.05 WIB menjelaskan penyebab asma bronchiale hasil pasien dapat menyebutkan penyebab asma bronchiale. Pukul 10.10 WIB menjelaskan gejala asma bronchiale hasil pasien dapat menyebutkan apa saja gejala asma bronchiale, pukul 10.15 WIB menjelaskan pencegahan asma bronchiale hasil pasien mengatakan paham dengan cara pencegahan asma. 10.18 WIB memberikan kesempatan untuk bertanya hasil pasien mengatakan sudah cukup mengerti. Pukul 14.00 WIB perawat melakukan pergantian dinas.

Evaluasi Keperawatan**13 Februari 2020 (pukul 11.00)****Subjektif:** pasien mengatakan sudah cukup mengerti**Objektif:** pasien dapat mengulang definisi dari asma bronchiale, pasien dapat menyebutkan penyebab asma bronchiale, pasien dapat menyebutkan gejala asma bronchial, pasien dapat menyebutkan pencegahan asma bronchiale**Analisis:** tujuan sudah tercapai, masalah teratasi**Planning:** hentikan intervens

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kasus yang penulis temukan. Selain itu penulis akan menganalisa faktor pendukung dan penghambat serta pilihan alternatif untuk memecahkan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan di setiap proses keperawatan, yang dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan serta tanda & gejala.

A. Pengkajian Keperawatan

Ditemukan kesenjangan antar teori dg kasus untuk tanda gejala

Menurut teori (Suprpto, 2013), pada pemeriksaan fisik ditemukan adanya penggunaan otot bantu pernafasan tetapi pada kasus sudah tidak ditemukan adanya penggunaan otot bantu pernafasan. Hal ini dibuktikan karena frekuensi pernafasan pasien sudah berkurang dari sebelumnya. Saat di IGD frekuensi pernafasan 25 x/menit lalu pasien di berikan oksigen 3 liter/menit dan saat pengkajian frekuensi pernafasan pasien 23 x/menit tidak menggunakan oksigen.

Menurut teori (Suprpto, 2013), pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) pasien tampak cemas, gelisah dan mengalami penurunan kesadaran, tetapi pada kasus pasien tampak tenang dan tidak mengalami penurunan kesadaran. Hal ini dibuktikan saat melakukan pengkajian pasien tenang dan GCS (*Glasgow Coma Scale*) pasien Eye 4, Motorik 6, Verbal 5.

Menurut teori (Suprpto, 2013), pada pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan rontgent Thorax yang menunjukkan gambaran hiperinflamasi paru yakni radiolusen yang bertambah dan peleburan rongga intercostais, serta diafragma yang menurun, pemeriksaan tes kulit, pemeriksaan darah yang menunjukkan eosinophil yang meningkat, pemeriksaan spirometry yang menunjukkan peningkatan FEV1 atau FCV sebanyak lebih dari 20%, dan pemeriksaan sputum untuk melihat adanya, kristal kristal charcotvleyden yang merupakan degranulasi dari kristal eosinophil. Namun, pada kasus ini hanya dilakukan pemeriksaan rongent thorax yang menunjukkan hasil Cor Pulmo normal, pemeriksaan darah yang tidak menunjukkan hasil eosinophil dan hanya menunjukkan adanya peningkatan leukosit serta pemeriksaan spirometry dengan hasil retriksi ringan dan obstruksi negative.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien dan keluarganya cukup terbuka tentang penyakit yang sedang dialami dan penyakit yang pernah dialami dahulu terhadap penulis, kemudian kelengkapan data yang tersedia dari rekam medis serta perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data sehingga penulis dapat memperoleh data secara lengkap dan akurat.

Pada pengkajian ini tidak ditemukan faktor penghambat, karena pasien dan keluarga cukup kooperatif kepada perawat, dan data pengkajian yang dikumpulkan oleh perawat sudah cukup lengkap sehingga memudahkan penulis untuk melengkapi data.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori tetapi tidak terdapat pada kasus yaitu:

1. Kerusakan pertukaran gas yang berhubungan retensi CO₂, peningkatan sekresi, peningkatan kerja pernafasan dan proses penyakit. Pada kasus tidak dimasukkan diagnosa tersebut karena data yang diperoleh tidak mendukung seperti pasien tidak dilakukan pemeriksaan AGD, tidak ada sianosis, dan tampak tidak mengalami penurunan kesadaran, tidak terpasang oksigen.
2. Resiko tinggi kelelahan berhubungan dengan retensi CO₂, hipoksemia, emosi yang terfokus pada pernafasan dan apnea tidur. Pada kasus, tidak dimasukkan diagnosa ini karena data yang diperoleh tidak mendukung seperti frekuensi pernafasan pasien setelah melakukan aktivitas tidak meningkat, pada saat dilakukan pengukuran frekuensi pernafasan dengan hasil 23 x/menit , pasien mengatakan tidak sesak setelah dan saat beraktivitas.
3. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan laju metabolic tinggi. Pada kasus, diagnosa keperawatan tersebut tidak masuk ke dalam diagnosa yang muncul karena data yang diperoleh seperti IMT Ny. O 28 kg/m² ini kurang mendukung untuk menjadi diagnosa aktual, tetapi perawat mengambil diagnosa Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme hal ini di dukung dengan data pasien tidak mengalami penurunan berat badan, pasien mengatakan mual, pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien tampak menghabiskan ½ porsi makanan.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan adalah ketersediaan literatur sumber dalam menegakkan diagnosa keperawatan serta keterbukaan pasien terhadap masalah/penyakit kesehatan yang sedang di alami oleh pasien saat ini.

Dalam penyusunan diagnosa keperawatan tidak ditemukan faktor penghambat karena referensi yang digunakan sebagai pedoman dalam penyusunan diagnosa keperawatan sudah sesuai dengan kondisi pasien.

C. Intervensi Keperawatan

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan prioritas pada kasus ini adalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dikarenakan pasien mengeluh sesak napas, ada batuk, pasien mengatakan dahak masih mengumpul di leher dan belum bisa keluar, dan saat perawat kaji pernafasan pasien tampak dangkal, suara nafas pasien terdengar ronchi dan mengi, tanda-tanda vital tekanan darah 114/58 mmHg, frekuensi nafas 23 kali permenit, frekuensi nadi 107 kali permenit, suhu 36,2 °C. Penulis menetapkan diagnosa keperawatan ini karena mengikuti teori kebutuhan fisiologis Abraham Maslow dimana oksigenasi merupakan kebutuhan utama pada individu.

Perencanaan yang terdapat dalam teori tetapi tidak terdapat pada kasus:

1. Resiko infeksi berhubungan dengan supresi respon inflamasi
 - a. Dapatkan specimen sputum dengan batuk atau penghisapan untuk pewarnaan gram, kultur atau sensitivitas. Penulis tidak menetapkan rencana ini karena dokter tidak melakukan kolaborasi dengan tenaga medis lain untuk mengidentifikasi specimen sputum pasien.
 - b. Monitor hasil laboratorium (leukosit). Penulis tidak menetapkan rencana ini karena pasien tidak dilakukan pemeriksaan darah secara rutin. Hanya dilakukan pemeriksaan leukosit pada saat masuk.

Faktor yang mendukung dalam menyusun intervensi keperawatan adalah tersedianya buku sumber yang memadai, dan kelengkapan data pasien yang didapatkan dari perawat ruangan atau rekam medis yang membantu penulis untuk menentukan intervensi sesuai kondisi pasien.

Dalam penyusunan rencana keperawatan pada kasus ini, penulis tidak menemukan hambatan karena sudah tersedianya referensi sebagai panduan dalam penyusunannya. Faktor pendukungnya adalah peran serta perawat dan keluarga pasien yang sangat kooperatif

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dapat dilakukan seluruhnya sesuai yang sudah direncanakan penulis dalam kasus. Adapun faktor pendukung dalam melakukan implementasi keperawatan yaitu pasien dan keluarga sangat kooperatif saat perawat melakukan tindakan sehingga rencana keperawatan dapat terlaksana dengan baik dan pelaksanaan keperawatan dapat diteruskan oleh perawat ruangan ketika penulis selesai dinas.

Pada diagnosa pertama bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Tindakan keperawatan pada diagnosa ini dapat dilaksanakan dengan baik seluruh nya dan implementasi ini dilakukan selama 3x24 jam.

Pada diagnosa kedua Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Tindakan keperawatan pada diagnosa ini dapat dilaksanakan dengan baik seluruh nya dan implementasi ini dilakukan selama 3x24 jam.

Pada diagnosa ketiga Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan kerja siliaris. Tindakan keperawatan pada diagnosa ini dapat dilaksanakan dengan baik seluruh nya dan implementasi ini dilakukan selama 3x24 jam.

Pada diagnosa ketiga Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. Tindakan keperawatan pada diagnosa ini dapat dilaksanakan dengan baik seluruh nya dan implementasi ini dilakukan selama 1x24 jam.

Faktor yang mendukung dalam melakukan pelaksanaan atau tindakan keperawatan yaitu pasien dan keluarga bersikap kooperatif dan adanya, kerjasama antara perawat ruangan, dokter dan tim kesehatan lainnya serta kelengkapan fasilitas kesehatan yang menunjang kesehatan pasien .

Faktor yang menjadi penghambat dalam melakukan tindakan keperawatan yaitu keterbatasan waktu yang tersedia, sehingga penulis tidak dapat memberikan tindakan keperawatan selama 24 jam penuh. Solusi dari penulis yaitu mendelegasikan tindakan keperawatan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan tindakan keperawatan yang di tegakkan oleh penulis, kemudian penulis melihat catatan keperawatan oleh perawat ruangan untuk melihat hasil dari tindakan yang dilakukan, dan melihat adakah tindakan yang tidak dilakukan oleh perawat ruangan. penulis dapat melihat catatan di rekam medis pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien Ny.O dilakukan selama tiga hari dengan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat oleh penulis dalam perencanaan keperawatan

Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Setelah dilakukan implementasi selama tiga hari hasil yang didapatkan yaitu masalah teratasi, tujuan tercapai dibuktikan dengan pasien

mengatakan sudah tidak sesak, pasien mengatakan masih ada batuk, pasien mengatakan dahak sudah dikeluarkan, TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, ronchi dan mengi sudah hilang.

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat. Setelah dilakukan implementasi selama tiga hari hasil yang didapatkan yaitu masalah teratasi, tujuan tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak mual, pasien mengatakan habis 1 porsi makanan, TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, pasien tampak habis 1 porsi makanan.

Resiko infeksi berhubungan dengan supresi respon inflamasi. Setelah dilakukan implementasi selama tiga hari hasil yang didapatkan yaitu tujuan tercapai sebagian, masalah tidak terjadi dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak ada demam, TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, akral hangat.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Setelah dilakukan implementasi selama satu hari hasil yang didapatkan yaitu tujuan tercapai sebagian, masalah tidak terjadi dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah cukup mengerti, pasien dapat mengulang definisi dari asma bronchiale, pasien dapat menyebutkan penyebab asma bronchiale, pasien dapat menyebutkan gejala asma bronchial, pasien dapat menyebutkan pencegahan asma bronchiale.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Data yang ditemukan pada pengkajian pasien Asma Bronchiale pada kasus adalah ditemukan ada nya riwayat keturunan dari keluarga yaitu ibu pasien, adanya riwayat alergi dan pasien tampak sesak nafas, terdapat batuk non produktif suara nafas terdengar mengi saat di IGD, tidak ada sianosis, tidak menggunakan otot bantu pernafasan.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat, resiko infeksi berhubungan dengan supresi respon inflamasi, dan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Pada pelaksanaan yang perlu diperhatikan . kaji frekuensi pernafasan pasien atau observasi tanda-tanda vital, memberikan posisi semifowler, mendengarkan suara nafas, memberikan obat pengencer dahak obat Pulmicort 2,5 cc dan Fartolin 2,5cc melalui nebulizer.

Pada tahap evaluasi yang perlu diperhatikan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif sudah teratasi, tujuan tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak sesak, pasien mengatakan masih ada batuk, pasien mengatakan dahak sudah dikeluarkan, TD 119/78 mmHg, RR 18 x/menit, nadi 86 x/menit, Suhu 36,6 C, ronchi dan mengi sudah berkurang.

B. Saran

Saran untuk penulis mampu memahami kasus berdasarkan teori yang ada pada kasus yang dikelola dan penulis memperhatikan pasien secara biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

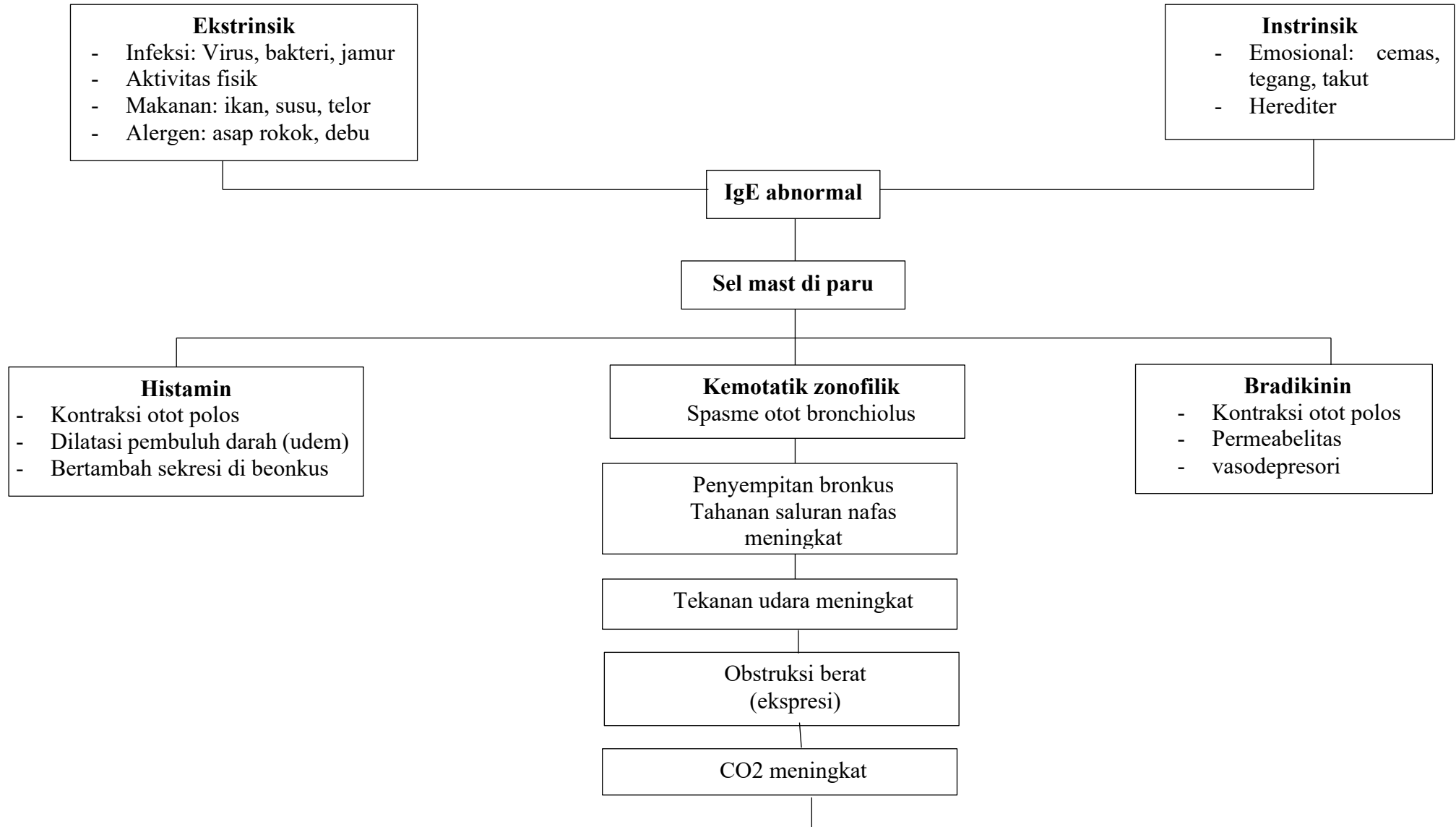
Saran untuk perawat diharapkan melakukan pengkajian secara mendalam terutama pada pasien dengan Asma Bronchiale, selain itu diharapkan perawat memberikan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan berulang nya asma bronchial kepada pasien.

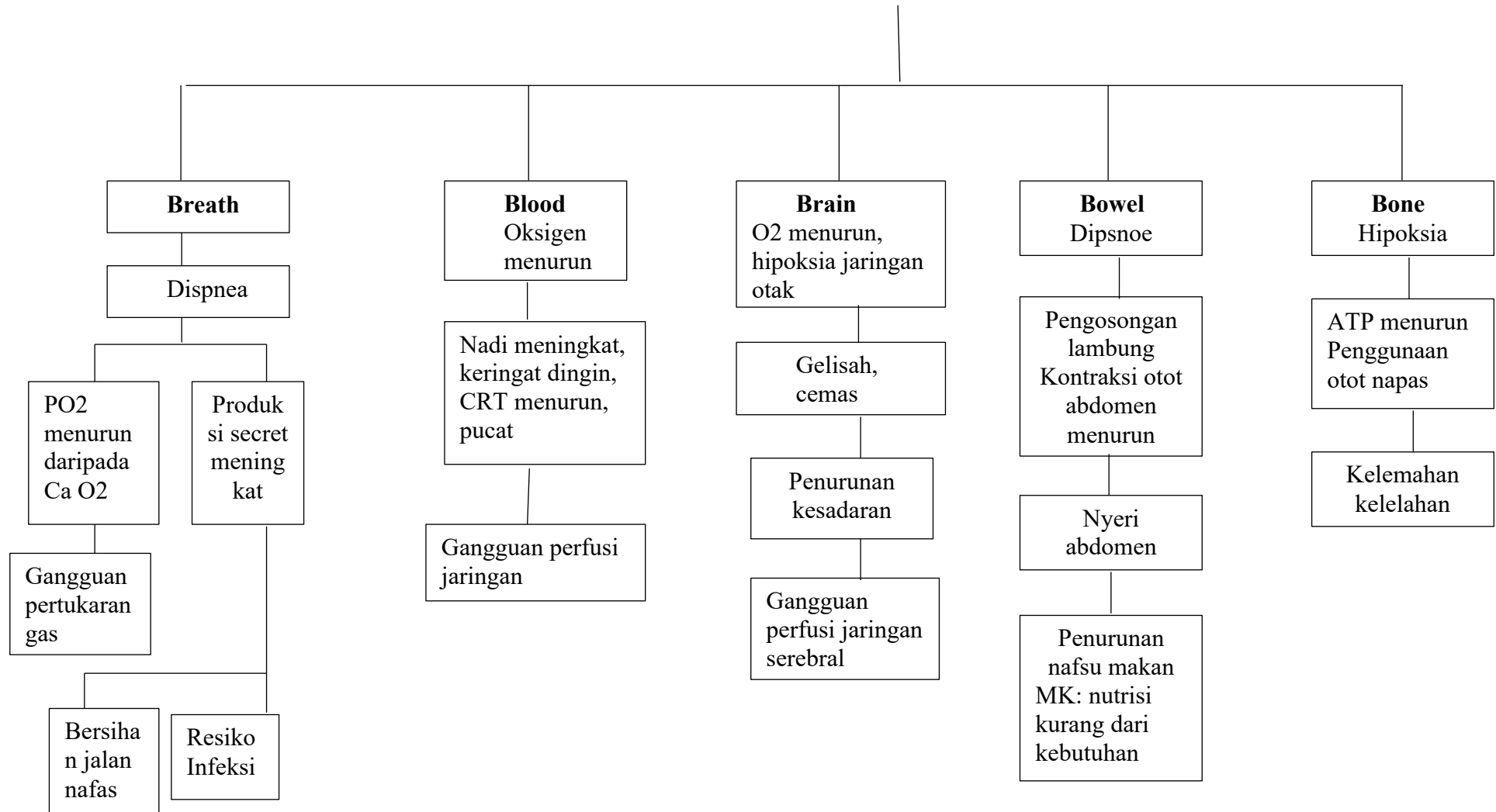
Daftar Pustaka

- Abd. Wahid, &. I. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: TIM.
- Agustiningih D, K. A. (2007). latihan Pernapasan dengan Metode Buteyko Meningkatkan Nilai Force Expiratory Volume in 1 second (%Fev1) Penderita Asma Dewasa Derajat Persisten Sedang. *Berita Kedokteran masyarakat*.
- Hokanson, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Singapore: Elsevier
- Joyce M. Black, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8 buku 3*. Singapore: Elsevier.
- Kozier, B. B. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses danPraktik edisi VII Volume 1*. Jakarta : EGC.
- Kemenkes, R. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusuma, A. H. (2015). *Nanda Nic Noc aplikasi jilid 1*. Jakarta: Mediacion.
- Manurung, N. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory*. Jakarta : TIM.
- Price, S. A. (2015). Patofisiologi konsep klinis proses proses penyakit, edisi 6 vol 1&2. In A. h. kusuma, *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan NANDA NIC NOC* (p. 65). Yogyakarta: Mediacion.
- Report, T. G. (2019). *Global Asthma Report*. New Zealand
- Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suddarth, B. &. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.

Lampiran 1

PATHWAY





Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa Keperawatan : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Topik : Asma

Sasaran : Ny.O

Waktu : 30 menit

Tempat : RS Mitra Keluarga Bekasi Barat

TUI	TIK	Materi	KBM		Metode	Alat Peraga	Evaluasi
			Mahasiswa	Peserta			
Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1 x 30 menit	Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 1 x 30 menit diharapkan	1. Pengertian penyakit Asma 2. Penyebab Asma	Pembukaan 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Penjelasan tujuan 5. Topik Penyuluhan/isi	Menjawab salam Menyetujui	Ceramah	1. PPT 2. Laptop 3. Leaflet	1. Menjelaskan pengertian penyakit Asma

diharapkan keluarga bapak A memahami tentang Asma	keluarga bapak A memahami: 1. Menjelaskan pengertian penyakit Asma 2. Menyebutkan Penyebab penyakit Asma 3. Menyebutkan tanda dan gejala Asma 4. Menyebutkan komplikasi Asma	3. Tanda dan gejala Asma 4. Komplikasi Asma 5. Pencegahan Asma	1. Menjelaskan pengertian penyakit Asma 2. Menjelaskan Penyebab penyakit Asma 3. Menjelaskan tanda dan gejala Asma 4. Menjelaskan komplikasi Asma 5. Menjelaskan pencegahan Asma Penutup (10) 1. Memberi kesempatan bertanya 2. Bertanya/evaluasi 3. Menyimpulkan	Memperhatikan Mendengarkan Bertanya			2. Sebutkan penyebab Asma 3. Sebutkan tanda dan gejala Asma 4. Sebutkan Komplikasi Asma 5. Sebutkan Pencegahan Asma
--	--	--	--	--	--	--	--

	5. Menyebutkan pencegahan Asma						
--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--

Lampiran 3

Leaflet Asma

PENCEGAHAN ASMA

- Berhenti merokok, olahraga
- Hindari paparan asap rokok, debu, polusi udara, baerbau an, yang mengiritasi seperti parfum, obat semprot serangga
- Jangan memelihara hewan peliharaan
- Gunakan Kausur dan bantal sintesis
- Usahakan tidak memaki karpet di dalam rumah/kamar tidur
- Jemur dan topek topek Kausur secara rutin
- Gunakan masker bila meyapu lantai
- Bersihkan perabotan rumah dengan kain lembab
- Hindari penggunaan kipas angin
- minum dan menggunakan obat pelega dan pengontrolan secara teratur sesuai anjuran dokter
- Gizi yang cukup seimbang

Pentolongan Pertama Saat Serangan Asma pada Anak

Dilakukan oleh pasien atau keluarga dengan riwayat terapi teratur dan pendidikan cukup.

Pengobatan:
Inhalasi obat pelega/pereda yang biasa digunakan maksimal 2 kali.

Apabila gejala tidak membaik/ memburuk, SEGERA BAWA KE FASILITAS KESEHATAN. Bila ada risiko tinggi atau distress respirasi, tidak boleh taw. Usahakan di rumah, SEGERA BAWA KE DOKTER.

Asma

Anggi Tri Kumilawati
2021701012

Asma itu apa sih?

Penyakit tidak menular yang ditandai dengan serangan sesak napas dan mengi berulang yang bervariasi dalam tingkat keparahan dan frekuensi dari orang ke orang.

Penyebab Asma apa saja?

Infeksi saluran pernapasan Sakit flu, batuk, pilek, demam, tenggorokan sakit, sesak napas	Infeksi saluran pernapasan Sakit flu, batuk, pilek, demam, tenggorokan sakit, sesak napas
Perubahan cuaca Suhu dingin, kelembapan rendah, angin kencang, hujan, badai, banjir	Infeksi saluran pernapasan Sakit flu, batuk, pilek, demam, tenggorokan sakit, sesak napas
Asap rokok Asap rokok, polusi, dan kendaraan bermotor	Infeksi saluran pernapasan Sakit flu, batuk, pilek, demam, tenggorokan sakit, sesak napas
Asap rokok Asap rokok, polusi, dan kendaraan bermotor	Infeksi saluran pernapasan Sakit flu, batuk, pilek, demam, tenggorokan sakit, sesak napas
Asap rokok Asap rokok, polusi, dan kendaraan bermotor	Infeksi saluran pernapasan Sakit flu, batuk, pilek, demam, tenggorokan sakit, sesak napas
Asap rokok Asap rokok, polusi, dan kendaraan bermotor	Infeksi saluran pernapasan Sakit flu, batuk, pilek, demam, tenggorokan sakit, sesak napas

Gejala Asma

Batuk	Sesak napas
Napas berbunyi (mengi)	Dada terasa berat

PENCEGAHAN ASMA

- ♦ Berhenti merokok, olahraga
- ♦ Hindari paparan asap rokok, debu, polusi udara, bau-bau an, yang mengiritasi seperti parfum, obat semprot serangga
- ♦ Jangan memelihara hewan peliharaan
- ♦ Gunakan Kasur dan bantal sintesis
- ♦ Usahakan tidak memakai karpet di dalam rumah/kamar tidur
- ♦ Jemur dan tepuk tepuk Kasur secara rutin
- ♦ Gunakan masker bila meyapu lantai
- ♦ Bersihkan perabotan rumah dengan kain lembab
- ♦ Hindari penggunaan kipas angin
- ♦ minum dan menggunakan obat pelega dan pengontrolan secara teratur sesuai anjuran dokter
- ♦ Gizi yang cukup seimbang

Pertolongan Pertama Saat Serangan Asma pada Anak

Dilakukan oleh pasien atau keluarga dengan riwayat terapi teratur dan pendidikan cukup.

Pengobatan:
Inhalasi obat pelega/pereda yang biasa digunakan maksimal 2 kali.

Apabila gejala tidak membaik/ memburuk,
SEGERA BAWA KE FASILITAS KESEHATAN
Bila ada risiko tinggi atau distress respirasi,
tidak boleh tata laksana di rumah
SEGERA BAWA KE DOKTER



Asma



Anggi Srikumiawati
201701012

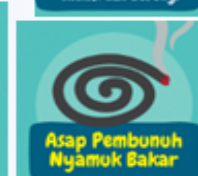
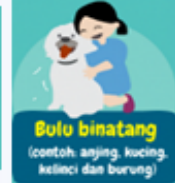


Asma itu apa sih?

Penyakit tidak menular yang ditandai dengan serangan sesak napas dan mengi berulang yang bervariasi dalam tingkat keparahan dan frekuensi dari orang ke orang.



Penyebab Asma apa saja?



Gejala Asma

