

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN ASMA *BRONCHIAL*
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PERAWATAN PADANG GUCI
TAHUN 2019



DISUSUN OLEH :

PONSLERAWAN
NIM. P05120218151

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN ASMA *BRONCHIAL*
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PERAWATAN PADANG GUCI
TAHUN 2019

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma
III Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

PONSLERAWAN
NIM. P05120218151

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2019

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN ASMA BRONCHIAL
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PERAWATAN PADANG GUCI
TAHUN 2019**

Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :

PONSI ERAWAN

NIM : PO 5120218151 RPL

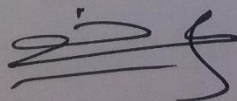
Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui di Hadapan
Pembimbing Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Disetujui untuk Diseminarkan

Oleh :

Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

Pembimbing



**Ns. Sahran S.Kep, M.Kep
NIP197709132002121002**

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN ASMA BRONCHIAL
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PERAWATAN PADANG GUCI
TAHUN 2019**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh

OLEH:

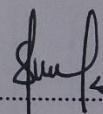
PONSI ERAWAN
NIM. P05120218151

Karya Tulis Ilmiah ini telah di uji dan di nilai oleh panitia penguji pada sidang Karya Tulis Ilmiah program D III Keperawatan Bengkulu jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

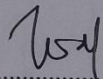
Pada Tanggal : 02 September 2019

Panitia Penguji,

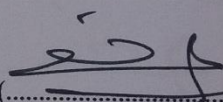
1 Ns. Septiyanti S.Kep, M.Pd
NIP. 197409161997032001

(.....)

2 Widia Lestari, S.Kep, M.Sc
NIP : 198106052005012004

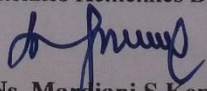
(.....)

3 Ns. Sahran S.Kep, M.Kep
NIP. 197709132002121002

(.....)

Mengetahui

Ka.Prodi D III Keperawatan Bengkulu
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu


Ns. Mardiani S.Kep, MM
NIP : 19720321 199503 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Dengan *Asma Bronchial* Di Wilayah Kerja Puskesmas Perawatan Padang Guci Tahun 2019”

Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasehat dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Darwis S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal S.Kp., MPH, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Ns.Mardiani sebagai ketua Prodi DIII Keperawatan poltekkes Kemenkes Bengkulu
4. Bapak Ns. Sahran, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan, dan masukan sehingga Laporan Karya Tulis Ilmiah ini bisa terselesaikan dengan baik.
5. Bapak Ns.Nehru Nugroho S.kep, M.Kep selaku tim penguji karya tulis ilmiah
6. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

7. Istri, anak, dan keluarga tercinta yang telah banyak memberikan dukungan moril dan spiritual yang sangat berarti bagi penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, Seoptember 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Batasan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Anatomi Fisiologi.....	7
a. Hidung	7
b. Faring.....	7
c. Bronkus.....	9
d. Paru-paru.....	9
B. Konsep Penyakit.....	10
a. Definisi Asma Bronkial	10
b. Etiologi Asma Bronkial	11
c. Klasifikasi Asma Bronkial.....	12
d. Patofisiologi	12
e. WOC.....	13
f. Manifestasi Klinis	15
g. Komplikasi.....	16
h. Penatalaksanaan	16

C.	Asuhan Keperawatan Teoritis	17
a.	Pengkajian	17
a.	Diagnosa Keperawatan	18
b.	Perencanaan/Intervensi	23
c.	Implementasi.....	35
d.	Evaluasi	35

BAB III METODE PENELITIAN

A.	Pendekatan / Desain Penelitian	34
B.	Subyek Penelitian	35
C.	Definisi Operasional	34
D.	Lokasi dan Waktu Penelitian	35
E.	Prosedur Penelitian	35
F.	Metode dan instrument Pengumpulan data	36
G.	Kebasahan Data	37
H.	Analisa Data	37

BAB IV TINJAUAN KASUS

A.	Pengkajian Kasus	39
B.	Diagnosa Keperawatan.....	47
C.	Perencanaan Keperawatan	48
D.	Implementasi Keperawatan.....	54
E.	Evaluasi	58

BAB V PEMBAHASAN

A.	Pengkajian.....	65
B.	Diagnosa	66
C.	Perencanaan	67
D.	Implementasi.....	68
E.	Evaluasi	68

BAB VI PENUTUP

A.	Kesimpulan	70
B.	Saran.....	70

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Asma merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius di berbagai negara di seluruh dunia (Ibnu Firdaus, 2016). Asma merupakan penyakit saluran pernapasan kronik yang telah lama dikenal masyarakat luas dan merupakan penyakit genetik dengan penyebab belum diketahui secara pasti. Prevalensi penyakit ini dilaporkan dari tahun ke tahun terus meningkat di seluruh dunia. Menurut data WHO, penyandang asma di dunia diperkirakan mencapai 300 juta orang dan di prediksi jumlah ini akan meningkat hingga 400 juta pada tahun 2025 (PDPI, 2015).

Data dari WHO (2015) bahwa prevalensi asma saat ini masih tinggi, diperkirakan 235 juta orang di seluruh dunia menderita asma dan pada tahun 2025 akan mencapai 400 juta orang, di Amerika Serikat lebih dari 25 juta orang menderita asma, 7 juta diantaranya adalah anak-anak. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyebutkan bahwa prevalensi asma di Indonesia adalah 4,5%, dengan prevalensi asma tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (7,8%), Nusa Tenggara Timur (7,3%), di Yogyakarta (6,9%) dan Sulawesi Selatan (6,7%), sedangkan prevalensi asma di Bengkulu adalah 2,0%.

Penyakit asma merupakan penyakit 5 besar penyebab kematian di dunia. Data WHO pada tahun 2013 menunjukkan ada 100- 150 juta menderita asma di dunia. Asma merupakan 10 besar penyebab kesakitan dan kematian di Indonesia.

Data Studi Rised Kesehatan Dasar (RISKESDAS) di berbagai provinsi di Indonesia hasil RISKESDAS menunjukkan prevalensi asma di Indonesia sekitar 3,5% (Riskesdas, 2018).

Asma adalah penyakit pernapasan obstruktif yang ditandai oleh spasme akut otot polos bronkiolus. Serangan asma terjadi apabila terpajan alergen sebagai pencetus. Paparan elergen tersebut menyebabkan terjadinya bronkokonstriksi, edema, hipersekresi saluran napas dengan hasil akhir berupa obstruksi saluran napas bawah sehingga terjadi gangguan ventilasi berupa kesulitan napas pada saat ekspirasi (air tapping) (Bambang, 2010).

Asma merupakan penyakit saluran nafas kronis yang dapat bersifat ringan akan tetapi dapat menetap serta mengganggu aktivitas sehari-hari. Asma dapat menimbulkan gangguan emosi seperti cemas dan depresi, menurunkan produktivitas seseorang akibat tidak masuk kerja ataupun sekolah. Menurut Imelda, dkk (2007) dalam Putra, dkk (2012) hubungan antara 2 penurunan kualitas hidup dengan derajat asma seseorang mempunyai kolerasi yang positif, bahkan eksaserbasi asma yang berat dapat mengancam kehidupan.

Pada kondisi asma bronkial, gejala utama yang terjadi adalah batuk, sesak napas, serta berat di dada dan produksi sputum yang berlebihan dapat menyebabkan terjadinya hambatan udara yang masuk ke dalam paru-paru, sehingga menimbulkan gangguan pada pernafasan, seperti sesak napas. Stadium yang lebih lanjut akan dapat menimbulkan gangguan gerak dan fungsi dalam

kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu diperlukan pengobatan dan penanganan yang tepat untuk mengatasi masalah-masalah tersebut

Penyakit asma tidak bisa disembuhkan, akan tetapi dengan penanganan yang tepat asma dapat terkontrol sehingga kualitas hidup penderita dapat terjaga. Gejala klinis asma yang khas adalah sesak napas yang berulang dan suara mengi (wheezing) akan tetapi gejala ini bervariasi pada setiap individu, berdasarkan tingkat keparahan dan frekuensi kekambuhannya (WHO, 2016).

Tujuan perawatan asma adalah untuk menjaga agar asma tetap terkontrol yang ditandai dengan penurunan gejala asma yang dirasakan atau bahkan tidak sama sekali, sehingga penderita dapat melakukan aktivitas tanpa terganggu oleh asmanya. Pengontrolan terhadap gejala asma dapat dilakukan dengan cara menghindari alergen pencetus asma, konsultasi asma dengan tim medis secara teratur, hidup sehat dengan asupan nutrisi yang memadai, dan menghindari stres. Gejala asma dapat dikendalikan dengan pengelolaan yang dilakukan secara lengkap, tidak hanya dengan pemberian terapi farmakologis tetapi juga menggunakan terapi nonfarmakologis yaitu dengan cara mengontrol gejala yang 4 timbul serta mengurangi keparahan gejala asma yang dialami ketika terjadi serangan. (Wengt, 2018).

Peran perawat sangat penting dalam merawat pasien Asma Bronkhial antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pendidik, pemberi asuhan keperawatan, pembaharu, pengorganisasian pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan yang berupamemberikan penyuluhan tentang cara menghindari faktor pencetus, memberikan terapi cairan sesuai

kebutuhan, melakukan fisioterapi dada, memberikan nebulizer atau terapi inhaler, mengajarkan batuk efektif, latihan nafas dalam, dan memberikan terapi obat sesuai instruksi.

Berdasarkan kejadian angka penderita asma di termasuk 10 penyakit terbanyak di provinsi Bengkulu dengan angka kejadian penderita pada tahun 2016 sebanyak 11.407 kasus, pada tahun 2017 sebanyak 12,458 kasus dan pada tahun 2018 sebanyak 13.768 kasus asma terjadi. Dan kejadian asma cenderung meningkat di kabupaten Bengkulu Selatan. Pada tahun 2016 adalah 720 orang tahun 2017 adalah 739 orang dan pada tahun 2018 sejumlah 780 (Dinkes Bengkulu, 2018). Berdasarkan rekam medis Puskesmas Padang Guci tahun 2016 berjumlah 48 orang, Pada tahun 2017 berjumlah 60 orang dan pada tahun 2018 25 orang dan pada tahun 2019 sampai akhir bulan april berjumlah 63 orang.

Tindakan keperawatan yang dilakukan di puskesmas perawatan Padang Guci yaitu diantaranya, Pemberian terapi oksigen sesuai indikasi, memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, meninggikan kepala tempat tidur. Puskesmas Perawatan Padang Guci belum melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual. Penerapan asuhan keperawatan belum dilaksanakan sesuai dengan tahapan proses keperawatan.

Berdasarkan angka kejadian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian “Bagaimana gambaran pemberian Asuhan Keperawatan pada kasus *Asma Bronchial* di Puskesmas Perawatan Padang Guci Tahun 2018.

B. BATASAN MASALAH

Batasan penulisan pada studi kasus ini adalah pemberian asuhan keperawatan pada *Asma Bronchial* yang meliputi tahap pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai adalah mengetahui secara umum tentang *Asma Bronchial* dan mampu menerapkan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada pasien dengan *Asma Bronchial*.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai adalah:

- a. Mengetahui gambaran pengkajian keperawatan secara komprehensif pada klien dengan *Asma Bronchial*.
- b. Mengetahui gambaran diagnosa keperawatan pada klien dengan *Asma Bronchial*.
- c. Mengetahui gambaran perencanaan keperawatan sesuai dengan masalah yang dibutuhkan pada klien dengan *Asma Bronchial*.
- d. Mengetahui gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan *Asma Bronchial*.
- e. Mengetahui gambaran evaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan *Asma Bronchial*.
- f. Mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan pada klien dengan *Asma Bronchial*.

D. MANFAAT

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa mampu menerapkan konsep pembelajaran teoritis ke rana aplikasi dalam proses pemberian asuhan Keperawatan dengan penderita *Asma Bronchial*.

2. Bagi Penderita

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan penderita dalam merawat keluarga dengan *Asma Bronchial*

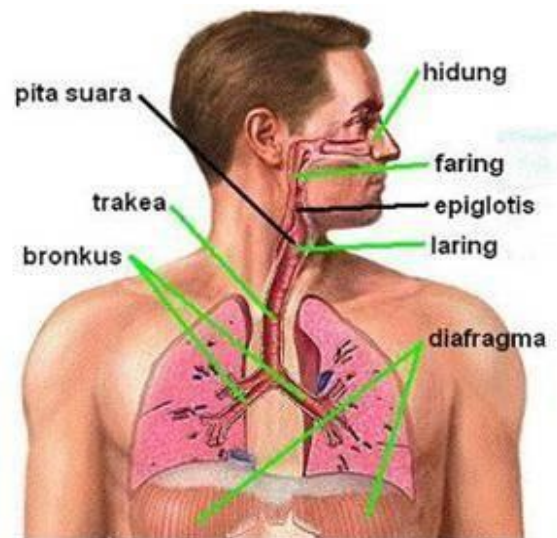
3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan kepustakaan dan referensi tentang proses pemberian Asuhan Keperawatan dengan penderita *Asma Bronchial*. Berguna bagi mahasiswa, khususnya Mahasiswa Poltekes Kemenkes Bengkulu.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. ANATOMI FISIOLOGI



Gambar 2.1 Anatomi Sistem pernafasan
Sumber: Anatomi fisiologi, Syaifuddin, 2009

Organ- organ pernafasan terdiri dari :

a. Hidung

Hidung adalah saluran udara yang mempunyai dua lubang yang dipisahkan oleh sekat hidung yang dilapisi oleh selaput lendir yang banyak akan pembuluh darah, dengan selaput lendir semua sinus yang mempunyai lubang masuk ke dalam rongga hidung, daerah pernafasan dilapisi dengan epithelium silinder dan sel epitel berambut yang mengandung sel cangkir atau sel lendir.

Fungsi hidung terdiri dari :

- 1) Bekerja sebagai saluran udara pernafasan
- 2) Sebagai penyaring udara pernafasan yang dilakukan bulu-bulu hidung
- 3) Dapat menghangatkan udara pernafasan oleh mukosa
- 4) Membunuh kuman-kuman yang masuk bersama udara pernafasan oleh leukosit yang terdapat dalam selaput mukosa atau hidung.

b. Faring (tekak)

Pipa berotot yang berjalan dari dasar tenggorokan sampai persambungannya dengan esophagus pada ketinggian krikoid, tempat persimpangan antara jalan nafas dan makanan terdapat di bawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung dan mulut sebelah depan terdapat dua buah tonsil kiri dan kanan dari tekak.

a. Laring (tenggorokan)

Laring terletak didepan bagian terendah faring yang memisahkan dari kolumna vertebra, berjalan dari faring sampai ketinggian vertebral servikalis dan masuk kedalam trakea di bawahnya, merupakan saluran dan bertindak sebagai pembentukan suara.

b. Trakea

Panjang trakea sekitar 9-11 cm, dibentuk oleh 16-22 cincin yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti huruf C. Trakea dilapisi oleh selaput lendir yang terdiri dari epithelium bersilia dan sel cangkit. Sel-sel bersilia berguna untuk mengeluarkan benda-benda asing yang masuk bersama udara pernafasan.

c. Bronkus

Merupakan lanjutan dari trachea, ada dua buah yang terdapat pada ketinggian vertebral torakalis ke IV dan V. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar dari pada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai tiga cabang, bronkus kiri lebih panjang dan ramping dari bronkus kanan terdiri dari 9-12 cincin mempunyai dua cabang bronkus, bercabang-cabang, cabang yang kecil disebut bronchioles (bronchioli). Pada bronchioli tidak terdapat cincin dan pada ujung bronchioles terdapat gelembung paru satu, gelembung hawa atau alveoli.

d. Paru-paru

Paru-paru ada dua bagian, merupakan alat pernafasan utama, terletak disebelah kanan dan kiri serta struktur lainnya yang terletak didalam mediasternum. Paru-paru adalah organ yang berbentuk kerucut dengan apek (puncak) diatas dan muncul lebih tinggi dari klavikula didalam dasar leher, dikosta 2-9 terdiri dari gelembung-gelembung alkali ini terdiri dari sel-sel epitel dan endotel.

Terjadi pertukaran udara, oksigen masuk kedalam darah dan karbondioksida dikeluarkan dari darah banyaknya alveoli ini sekitar 700.000.000 buah (paru: kiri dan kanan) di media sternum depan terdapat jantung paru-paru kanan terdapat 3 lobus, yaitu lobus pulmo dextra superior, lobus media dan lobus inferior. Paru-paru kiri terdiri dari dari pulmo sinistra, lobus superior dan lobus inferior. tiap lobus terdiri dari belahan-belahan yang lebih kecil bernama segmen. Paru-paru kiri mempunyai 10 segmen 5 segmen pada lobus superior dan 5 buah segmen pada lobus inferior. Paru-paru

kanan mempunyai 10 segmen yaitu 5 segmen pada lobus superior, 2 buah segmen lobus medialis dan 3 buah segmen pada lobus inferior.

Segmen ini terbagi lagi menjadi belahan-belahan yang bernama lobus, dalam tiap-tiap lobus terdapat sebuah bronchioles. Didalam bronkiolus bercabang-cabang banyak sekali dan disebut duktus alveolus.

Fungsi paru-paru sebagai :

- 1) Pertukaran gas.
- 2) Proses difusi dan difusi.
- 3) Transpor oksigen. (Price, S. Wilson, 2011)

B. KONSEP PENYAKIT ASMA BRONKIAL

a. Definisi

Asma bronkial adalah kelainan inflamasi kronis saluran nafas dimana berbagai sel memainkan perannya, khususnya sel mast, eosinofil, dan limfosit T. Pada individu yang rentan, inflamasi ini menyebabkan episode berulang bising mengi, sesak nafas, dada terasa tegang serta batuk khususnya di waktu malam atau dini hari. Gejala ini berhubungan dengan penyempitan saluran nafas yang sangat luas dan bervariasi, dan sebagian sedikit reversible baik secara spontan maupun dengan pengobatan. Proses inflamasi dapat meningkat dengan dipacu beberapa faktor pencetus antara lain udara dingin, infeksi, makanan, bau bahan kimia, bulu binatang, gangguan piki dan lain-lin (GINA, 2016)

Asma adalah suatu penyakit obstruksi pada jalan nafas yang *reversible* yang ditandai dengan *bronkospasme*, inflamasi dan

peningkatan reaksi jalan nafas terhadap berbagai stimulan. Penyakit ini memiliki tanda dan gejala berupa sesak nafas, batuk – batuk dari ringan sampai berat dan timbulnya suara mengi (*Wheezing*) (Suriadi, 2010).

b. Etiologi

Menurut Global Initiative for Asthma tahun 2016, faktor resiko penyebab asma dibagi menjadi tiga kelompok yaitu :

1) Faktor Genetik

- a. Atopi/alergi Hal yang diturunkan adalah bakat alerginya, meskipun belum diketahui bagaimana cara penurunannya.
- b. Hipereaktivitas bronkus Saluran napas sensitif terhadap berbagai rangsangan alergen maupun iritan.
- c. Jenis kelamin Anak laki-laki sangat beresiko terkena asma. Sebelum usia 14 tahun, prevalensi asma pada anak laki-laki adalah 1,5-2 kali dibanding anak perempuan.
- d. Ras/etnik
- e. Obesitas atau peningkatan Body Mass Index (BMI), merupakan faktor risiko asma.

2) Faktor lingkungan

- a. Alergen dalam rumah (tungau debu rumah, spora jamur, kecoa, serpihan kulit binatang seperti anjing, kucing, dan lain-lain).
- b. Alergen luar rumah (serbuk sari, dan spora jamur)

3) Faktor lain

- a. Alergen dari makanan.
- b. Alergen obat-obatan tertentu
- c. Exercise-induced asthma

c. Klasifikasi

Tabel 2.1 Asma Berdasarkan Kecepatan Timbulnya Gejala (GINA,2016)

Derajat Asma	Uraian Kecepatan Gejala Asma
Intermitten	Episode gejala asma <6x/tahun atau jarak antar gejala >6 minggu
Persisten ringan	Episode gejala asma >1x/bulan,/minggu
Persisten sedang	Episode gejala asma >1x/minggu, namun tidak setiap hari
Persisten berat	Episode gejala asma terjadi hampir setiap hari

d. Patofisiologi

Obstruksi saluran pernapasan pada asma merupakan kombinasi spasme otot bronkus, sumbatan mukus, edema, dan inflamasi bronkus. Obstruksi bertambah berat selama ekspirasi karena secara fisiologis saluran napas menyempit pada fase tersebut. Hal ini mengakibatkan udara distal tempat terjadinya obstruksi terjebak tidak bisa diekspirasi. Selanjutnya terjadi peningkatan volume residu, kapasitas residu fungsional (KRF) dan pasien akan bernapas pada volume tinggi mendekati kapasitas paru total (KPT). Pada keadaan hiperinflasi ini bertujuan agar saluran napas terbuka dan pertukaran gas berjalan napas.

Penyempitan saluran pernapasan tidak merata diseluruh bagian paru dan terdapat daerah yang kurang mendapat ventilasi, sehingga darah kapiler yang mengalami daerah tersebut mengalami hipoksemia.

Untuk mengatasi kekurangan oksigen, tubuh melakukan hiperventilasi, agar kebutuhan oksigen terpenuhi. Tetapi akibat pengeluaran CO₂ berlebih sehingga PaCO₂ menurun yang dapat menimbulkan alkalosis respiratorik.

Pada serangan lebih berat saluran napas dan alveolus tertutup mukus sehingga mengganggu pertukaran gas bisa menimbulkan hipoksemia sehingga menjadi peningkatan CO₂ disertai dengan penurunan ventilasi alveolus menyebabkan retensi CO₂ dan terjadi asidosis respiratorik atau gagal napas. Dengan demikian penyempitan saluran napas akan menimbulkan sebagai berikut :

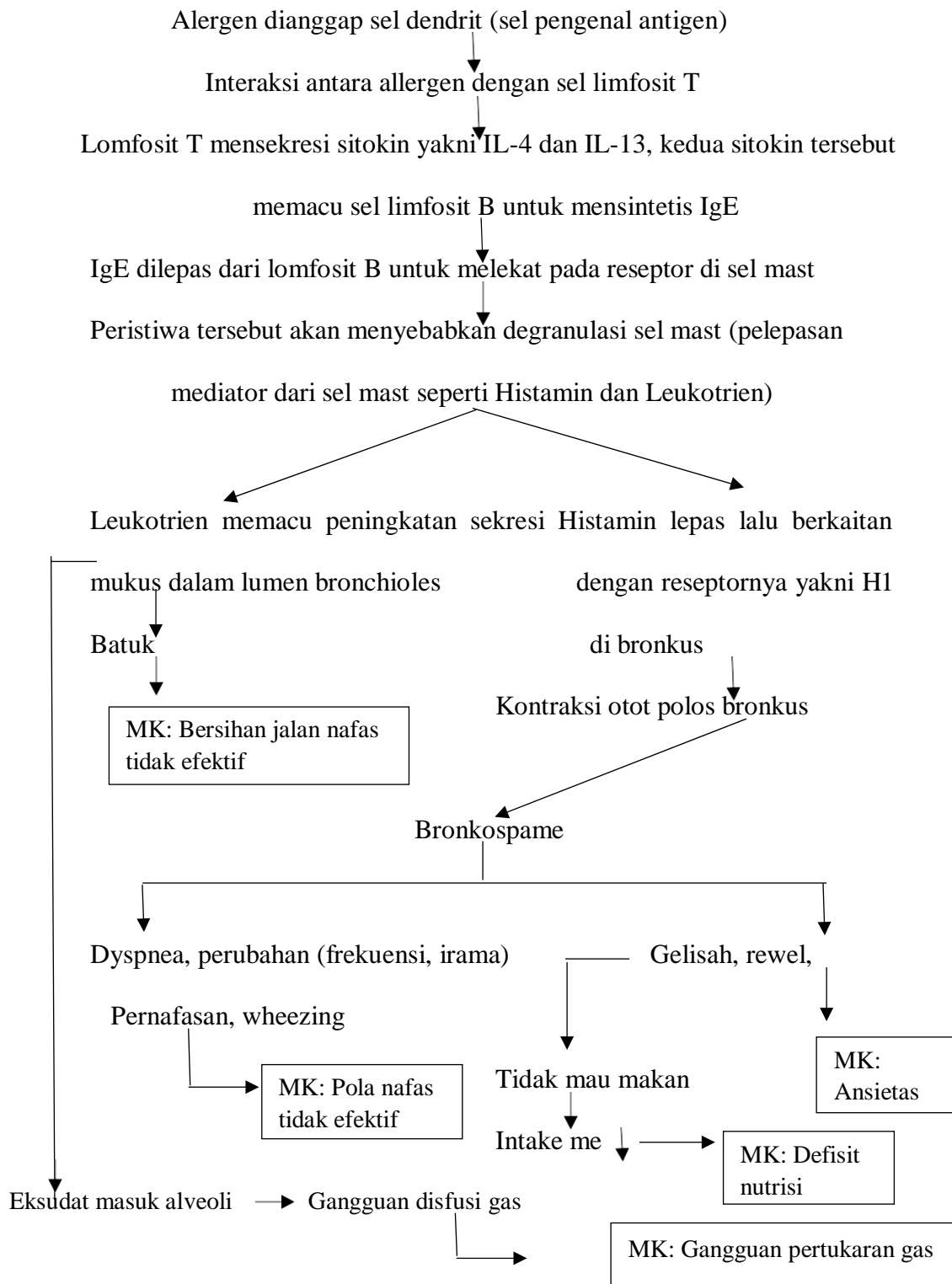
- 1) Gangguan ventilasi berupa hipoventilasi.
- 2) Ketidakseimbangan ventilasi perfusi dimana distribusi ventilasi tidak setara dengan sirkulasi darah paru.
- 3) Gangguan difusi gas ditingkat alveoli.

Ketiga faktor tersebut akan mengakibatkan hipoksia, hiperkapnia, asidosis respiratorik (FKUI, 2006)

e. WOC

Factor stimulus (Alergen, populasi, asap rokok, udara dingin)





f. Manifestasi Klinis

Gambaran klinis asthma klasik adalah serangan episodik batuk, mengi, dan sesak napas. Pada awalnya serangan sering gejala tidak jelas seperti rasa berat didada, dan pada asma alergik mungkin disertai pilek atau bersin. Meskipun pada awalnya disertai batuk tanpa sekret, tetapi pada perkembangan selanjutnya pasien akan mengeluarkan sekret baik yang mukoid, putih kadang-kadang purulen. Ada sebagian kecil asma yang gejalanya hanya batuk tidak disertai mengi, dikenal dengan cough variant asthma. Bila hal yang terakhir ini dicurigai maka dilakukan pemeriksaan spirometri sebelum dan sesudah bronkhodilator.

Pada asma alergik, sering hubungan dengan pemajanan alergen dengan gejala asma yang tidak jelas. Terlebih lagi pasien asma alergik juga memberikan gejala pencetus non-alergik seperti asap rokok, infeksi saluran napas maupun perubahan cuaca (FKUI, 2006).

Menurut Astuti dan Rahmat (2010), adapun manifestasi dari asma, antara lain :

- a. Tanda klasik asma yaitu dyspnea, wheezing, dan batuk
- b. Peningkatan frekuensi nafas
- c. Rasa tidak nyaman atau iritasi dan berkurangnya istirahat
- d. Keluhan sakit kepala, rasa lelah atau perasaan sesak dada.
- e. Batuk nonproduktif yang disebabkan edema bronkhial
- f. Gejala umum asma; batuk
- g. Hiperresonan saat perkusi.

g. Komplikasi

Komplikasi Berbagai komplikasi yang mungkin timbul adalah :

- 1) Status asmatikus
- 2) Atelektasis
- 3) Hipoksemia
- 4) Pneumothoraks
- 5) Emfisema (Hirlan (2013)).

h. Penatalaksanaan

Pemeriksaan penunjang dilakukan berdasarkan manifestasi klinik, riwayat, pemeriksaan fisik dan tes laboratorium.

- 1) Tes fungsi paru. Spirometri dapat dilakukan pada anak usia 5 atau 6 tahun, dan setiap anak usia 1-2 tahun dilakukan pengkajian fungsi jalan nafas rutin. Dalam spirometri akan mendeteksi :
 - a. Penurunan *forced expiratory volume* (FEV)
 - b. Penurunan *peak expiratory flow rate* (PEFR)
 - c. Kehilangan *forced vital capacity* (FVC)
 - d. Kehilangan *inspiratory capacity* (IC)
- 2) Laboratorium darah lengkap, menunjukkan terjadi perubahan sel darah putih selama fase asma akut, perubahan sel darah putih lebih dari $12.000/\text{mm}^3$ atau peningkatan presentasi ikatan sel yang mungkin mengindikasikan terjadi infeksi.
- 3) *X-ray* dada. Frontal dan lateral foto x-ray menunjukkan infiltrat dan hiperekspansi jalan nafas dengan peningkatan usuran diameter anteroposterior pada pemeriksaan fisik, diduga barrel chest.

- 4) Uji kulit untuk mengidentifikasi allergen spesifik.
- 5) Pemeriksaan alergi (*radioallergosorbent test* ; RAST)
- 6) Pulse oximetry
- 7) Analisa gas darah (Astuti dan Rahmat, 2010).

C. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama dari proses keperawatan, pengumpulan data yang akurat dan sistematis yang akan membantu pemantauan status kesehatan dan pola pertahanan pasien, mengidentifikasi kekuatan pasien serta merumuskan diagnosa keperawatan.

a. Identitas

Meliputi : Nama, Umur, Jenis Kelamin, Alamat, Pendidikan, Tanggal masuk RS, Tanggal pengkajian, No RM, Diagnosa Medis, Nama orang tua, Pekerjaan, Agama, dll

b. Keluhan Utama

Batuk-batuk dan sesak napas

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai kelemahan fisik klien secara PQRST. Biasanya klien mengeluh batuk, bersin, pilek, suara mengi dan sesak napas.

d. Riwayat Penyakit Terdahulu

Anak pernah menderita penyakit yang sama pada usia sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit ini ada hubungan dengan faktor genetik dari ayah atau ibu, disamping faktor yang lain.

f. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Kaji apakah klien sering berhubungan dengan isi dari debu rumah, misalnya tungau, serpih atau buluh binatang, spora jamur yang terdapat di rumah, bahan iritan: minyak wangi, obat semprot nyamuk dan asap rokok dari orang dewasa. Perubahan suhu udara, angin dan kelembaban udara dapat dihubungkan dengan percepatan terjadinya serangan asma.

Pemeriksaan fisik menurut Nursalam, 2008 pada klien dengan asma bronchial adalah sebagai berikut:

1) Sistem Pernapasan

Sesak, batuk kering (tidak produktif), tachypnea, orthopnea, barrel chest, penggunaan otot aksesori pernapasan, peningkatan PCO_2 dan penurunan O_2 , sianosis, perkusi hipersonor, pada auskultasi terdengar wheezing, ronchi basah sedang, ronchi kering musikal.

2) Sistem Kardiovaskuler

Diaporesis, tachicardia, dan kelelahan

3) Sistem Persyarafan

Pada serangan yang berat dapat terjadi gangguan kesadaran :gelisah, rewel, apatis, spoor, Coma.

4) Sistem Perkemihan

Produksi urine dapat menurun jika intake minum yang kurang akibat sesak nafas.

5) Sistem Pencernaan

Terdapat nyeri tekan pada abdomen, tidak toleransi terhadap makan dan minum, mukosa mulut kering.

6) Sistem Integumen

Berkeringat akibat usaha pernapasan klien terhadap sesak nafas.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan berdasarkan respon pasien yang disesuaikan menurut (SDKI, 2016):

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas

1. Data mayor:

a) Data Subjektif: -

b) Data Objektif: Batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, *wheezing*, dan ronhki kering, mekonium di jalan nafas (neonatus)

2. Data minor

a) Data Subjektif: Dispnea, sulit bicara, orthopnea

b) Data Objektif: gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, pola nafas berubah.

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kelemahan otot pernafasan

1) Data mayor

a) Data Subjektif: dyspnea

b) Data Objektif:

1) Hiperkapnia/hiperkarbia

2) Hipoksemia

3) Takikardia

- 4) Kadar karbondioksida abnormal
 - 5) pH arteri abnormal
 - 6) bunyi nafas tambahan
- 2) Data Minor:
- a) Data Subjektif: pusing, penglihatan kabur
 - b) Data Objektif: Sianosis, diaphoresis, gelisah, pernafasan cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis
- 1) Data mayor
Data Subjektif: -
Data Objektif: berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
 - 2) Data minor
Data Subjektif:
 1. Cepat kenyang setelah makan
 2. Kram/nyeri abdomen
 3. Nafsu makan menurun
Data Objektif: Bising usus hiperaktif
- d. Ansietas berhubungan dengan Hospitalisasi dan distres pernapasan.
1. Data mayor:
Data Subjektif:
 - a) Merasa bingung
 - b) Merasa takut dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
 - c) Sulit berkonsentrasi
Data Objektif:
 - a) Gelisah
 - b) Tampak tegang
 - c) Sulit tidur (insomnia)

2. Data minor

Data Subjektif:

- a) Frekuensi napas dan nadi meningkat
- b) Tekanan darah meningkat
- c) Palpitasi
- d) Diaphoresis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih
- j) Berorientasi pada masa lalu

c. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan penulis rencanakan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan *Nursing Intervension Clasification (NIC) dan Nursing Outcome Clasification (NOC)*(Judith et al, 2012).

Perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada dengan *Spesifik, Mearsure, Archievable, Rasional, Time (SMART)* selanjutnya akan diuraikan rencana keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan (Judith et al, 2012).

Table 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan

(Bulechek, 2013), (Moorhead, 2013)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien menunjukkan bersihan jalan nafas baik</p> <p>NOC:</p> <p>Status pernafasan : Kepatenan jalan nafas :</p> <p>1: sangat berat, 2: berat. 3: cukup, 4: ringan, 5: tidak ada.</p> <p>Hasil yang diharapkan adalah indikator 4-5. Dibuktikan dengan:</p> <p>1. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien</p>	<p>NIC:</p> <p>Manajemen jalan nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 3. Monitor frekuensi/upaya pernapasan 4. Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan 5. Tinggikan kepala tempat tidur. Tingkatkan latihan nafas dalam dan batuk efektif 6. Berikan terapi inhalasi/nebulizer 7. Berikan tambahan O2 sesuai indikasi. 8. Lakukan fisioterapi dada sesuai indikasi <p>Terapi oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Bersihkan mulut, hidung dan sekret trakea 	<p>Manajemen jalan nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan ekspansi dada/ventilasi dan mobilisasi sekret 2. Penurunan area ventilasi menunjukkan adanya atelektasis, dimana bunyi nafas adventisius menunjukkan kelebihan cairan, tertahannya sekresi atau infeksi 3. Takipnea, dispnea, napas pendek dan napas dangkal selama dialisa diduga rongga peritonela atau mungkin menunjukkan terjadinya komplikasi 4. Pada kebanyakan kasus, jumlah aliran harus sama atau lebih dari jumlah yang dimasukkan, keseimbangan positif menunjukkan kebutuhan evaluasi lebih lanjut 5. Memudahkan ekspansi dada/ventilasi dan mobilisasi sekret

		<p>tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal)</p> <p>2. Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernapasan)</p>	<p>10. Pertahankan jalan napas paten</p> <p>11. Monitor aliran oksigen</p> <p>12. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenisasi</p> <p>13. Pertahankan posisi pasien</p> <p>14. Observasi adanya tanda hipoventilasi</p> <p>Monitor tanda vital</p> <p>15. Monitor TD, nadi, suhu dan RR</p> <p>16. Monitor frekuensi dan irama pernapasan</p> <p>17. Monitor pola pernapasan abnormal</p> <p>18. Monitor kualitas dari nadi</p>	<p>6. Pemberian nebuizer dapat membantu pengenceran sekret</p> <p>7. Memaksimalkan oksigen untuk penyerapan vaskular, pencegahan /pengurangan hipoksia</p> <p>8. Mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernafasan dan membantu membersihkan sekret dari bronkus dan untuk mencegah penumpukan sekret, memperbaiki pergerakan dan aliran sekret</p> <p>Terapi oksigen</p> <p>9. Pembersihan jalan napas dan meningkatkan kenyamanan</p> <p>10. Mempertahankan ventilasi yang maksimal</p> <p>11. Menunjukkan kebutuhan oksigen pasien</p> <p>12. Perasaan takut berat berhubungan dengan ketidakmampuan bernapas/terjadinya hipoksemia</p> <p>13. Memudahkan pasien untuk bernapas</p> <p>14. Dapat menentukan peningkatan upaya pernapasan</p> <p>Monitor tanda vital</p> <p>14. Dapat menunjukkan intervensi selanjutnya</p>
--	--	--	--	---

				<p>15. Peningkatan upaya pernapasan dapat menunjukkan derajat hipoksemia</p> <p>16. Mengetahui adanya suara tambahan</p> <p>17. Penurunan dan peningkatan nadi adalah manifestasi yang menunjukkan kondisi pasien memburuk.</p>
2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kelemahan otot pernafasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien menunjukan gangguan pertukaran gas tidak ada</p> <p>NOC</p> <p>Status pernafasan; pertukaran gas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sangat berat 2) Berat 3) Cukup 4) Ringan 5) Tidak ada <p>Hasil yang diharapkan adalah indikator 4-5. Dibuktikan dengan:</p>	<p>NIC</p> <p>Monitor pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas. 2. Catat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot supracavicular dan intercostal 3. Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi 4. Monitor pola nafas (misalnya, bradipneu, takipneu, hiperventilasi, pernafasan kusmaul, pernafasan 1:1, respirasi biot, dan pola ataxic) 5. Monitor saturasi O₂ 6. Palpasi kesimetrisan paru 7. Monitor kelelahan otot-otot diafragma 8. Monitor sekresi pernafasan pasien 9. Monitor keluhan sesak nafas pasien 10. Posisikan pasien miring kesamping 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui perkembangan status kesehatan pasien 2. Meningkatkan pola pernapasan spontan yang optimal sehingga memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbondioksida di dalam paru 3. Tanda-tanda adanya dyspnea, takipnea, wheezing, krekkel, ronchi, dan sianosis menunjukan pengobatan yang tidak efektif dan kondisi anak mungkin buruk. 4. Takipnea, dispnea, napas pendek dan napas dangkal selama dialisa diduga rongga

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal) 2. Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernapasan) 3. Tidak terdapat pernafasan cuping hidung 4. Tidak ada cianosis 	<p>sesuai indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan <p>Terapi oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Bersihkan mulut, hidung dan sekret trakea 13. Pertahankan jalan napas paten 14. Monitor aliran oksigen 15. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenisasi 16. Pertahankan posisi pasien 17. Observasi adanya tanda hipoventilasi <p>Monitor tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Monitor TD, nadi, suhu dan RR 19. Monitor frekuensi dan irama pernapasan 20. Monitor pola pernapasan abnormal 21. Monitor kualitas dari nadi 22. Monitor suhu, warna dan kelembaban kulit 	<p>peritonela atau mungkin menunjukkan terjadinya komplikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pada kebanyakan kasus, jumlah aliran harus sama atau lebih dari jumlah yang dimasukkan, keseimbangan positif menunjukkan kebutuhan evaluasi lebih lanjut 6. Gangguan pergerakan atau tidak adekuatnya ekspansi dada mengindikasikan penyakit pada paru atau pleura. 7. Memaksimalkan oksigen untuk penyerapan vaskular, pencegahan /pengurangan hipoksia 8. Penumpukan secret dapat memperburuk keadaan 9. Untuk mengetahui tingkat kebutuhan O₂ 10. Posisi miring dapat mencegah terjadinya aspirasi. 11. Untuk mengurangi resiko adanya komplikasi yang berarti <p>Terapi oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Pembersihan jalan napas dan meningkatkan kenyamanan 13. Mempertahankan ventilasi
--	--	---	---	--

				<p>yang maksimal</p> <p>14. Menunjukkan kebutuhan oksigen pasien</p> <p>15. Perasaan takut berat berhubungan dengan ketidakmampuan bernapas/terjadinya hipoksemia</p> <p>16. Memudahkan pasien untuk bernapas</p> <p>17. Dapat menentukan peningkatan upaya pernapasan</p> <p>Monitor tanda vital</p> <p>18. Dapat menunjukkan intervensi selanjutnya</p> <p>19. Peningkatan upaya pernapasan dapat menunjukkan derajat hipoksemia</p> <p>20. Mengetahui adanya suara tambahan</p> <p>21. Penurunan dan peningkatan nadi adalah manifestasi yang menunjukkan kondisi pasien memburuk</p> <p>22. Mendeteksi adanya dehidrasi berlebihan yang mempengaruhi sirkulasi dan integritas jaringan</p>
--	--	--	--	--

3.	Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien menunjukkan kebutuhan nutrisi terpenuhi</p> <p>NOC:</p> <p>Status nutrisi : Asupan nutrisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup 4. Sebagian besar 5. Sepenuhnya <p>Hasil yang diharapkan adalah indikator 4-5 dibuktikan dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Nafsu makan meningkat 3. Intake & output seimbang 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 	<p>NIC :</p> <p>Manajemen nutrisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat adanya alergi makanan 2. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 3. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misal, bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat). 4. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan 5. Pastikan makanan yang disajikan dengan cara menarik dan suhu yang cocok untuk konsumsi secara optimal 6. Bantu pasien membuka kemasan makanan, memotong makanan, dan makan jika diperlukan 7. Tawarkan makanan ringan yang padat gizi 8. Monitor kalori & asupan makan 9. Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya dampak alergi terhadap makanan tertentu 2. Mempermudah pasien untuk memilih makanan yang sesuai target gizi 3. Untuk meningkatkan nafsu makan 4. Untuk meningkatkan nafsu makan 5. Untuk meningkatkan nafsu makan 6. Mempermudah pasien dalam mengkonsumsi makan & untuk mengurangi aktifitas yang memungkinkan yang dapat menimbulkan cedera 7. Memenuhi kebutuhan nutrisi dalam tubuh 8. Untuk mengetahui adanya perubahan status nutrisi 9. Untuk Mengetahui tanda-tanda malnutri 10. Pemberian nutrisi yang tepat sangat membantu proses penyembuhan 11. Menambah pengetahuan pasien dan keluarga tentang nutrisi yang dibutuhkan dalam proses penyembuhan 12. Mencegah terjadinya mual/muntah saat sedang makan. 13. Kebutuhan serat sangat membantu
----	--	--	--	--

		<p>6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</p>	<p>11. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>12. Beri obat-obatan sebelum makan (misalnya, penghilang rasa sakit, antiemetic) jika diperlukan.</p> <p>13. Pastikan diet mencakup makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</p>	<p>dalam proses defekasi</p>
--	--	--	---	------------------------------

4.	Ansietas berhubungan dengan Hospitalisasi dan distress pernapasan.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien menunjukkan ansietas berkurang</p> <p>NOC :</p> <p>Pengendalian Diri Terhadap Ansietas Dengan Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merencanakan strategi koping untuk situasi penuh tekanan 2. Mempertahankan performa peran 3. Memantau distorsi persepsi sensori 4. Memantau manifestasi perilaku ansietas 5. Menggunakan teknik relaksasi untuk meredakan ansietas <p>Dengan level:</p> <p>1: Tidak Pernah</p>	<p>NIC :</p> <p>Penurunan Kecemasan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku paiein 3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 5. Beri informasi factual mengenai diagnosis, tindakan prognosis 6. Libatkan keluarga untuk mendampingi pasien 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Identifikasi tingkat kecemasan 9. Bantu pasien mengenak situasi yang menimbulkan cemas 10. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan takut, ketakutan, persepsi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendekatan yang terapeutik memberikan keterbukaan dalam berkomunikasi antar apsiin dan tenaga kesehatan lainnya 2. Harapan atau keinginan yang digalih lebih dalam memberikan motovasi tersendiri bagi pasien 3. Keterbukaan antara perawat dan pasien seputar tindakan keperawatan yang dilakukan memberikan kenyamanan terhadap pasien 4. Menemani pasien memberikan dampak positif bagi pasien dalam menjalani pengobatan 5. Informasi yang akurat tentang penyakit yang diderita pasien memberikan kenyamanan tersendiri bagi pasien 6. Keluarga merupakan salah satu sumber mekanisme koping yang didapat oleh pasien 7. Memberikan kesempatan mengungkapkan kekhawatiran yang dirasakan pasien 8. Membantu memberikan rasa nyaman terhadap pasien 9. Membantu pasien mengontrol
----	--	---	--	--

		2: Jarang 3: Kadang-Kadang 4: Sering 5: Selalu Nilai yang diharapkan 4 sampai 5		perasaan hati yang nyaman untuk mengurangi rasa cemas 10. Mengutarakan perasaan pasien membantu mengurangi kecemasan pada pasien
--	--	--	--	--

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang merupakan komponen proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010).

Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat. rencana keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi. tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri ataupun kolaborasi dan rujukan (Potter, 2010)

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien Hipertensi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan dan menggunakan SOAP (subjektif, objektif, analisa dan perencanaan) (Potter& perry, 2012).

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan, tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemempuan klien dan tujuan dengan

melihat perkembangan klien. Evaluasi klien Hipertensi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Potter, 2010).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan /Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif bentuk studi kasus untuk mengeksplorasikan masalah asuhan keperawatan klien dengan gangguan *Asma Bronchial* di puskesmas Padang Guci tahun 2019. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian dalam asuhan keperawatan ini adalah klien dengan *Asma Bronchial* di Puskesmas Padang Guci yang berjumlah 1 orang dengan perawatan minimal 3 hari.

C. Batas Istilah (Definisi Operasional)

Asuhan keperawatan dalam penelitian ini adalah asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang telah didiagnosa klinis mengalami penyakit *Asma Bronchial* dalam pemberian pelayanan keperawatan yang meliputi terapi farmakologi maupun non farmakologi pada pasien asma bronchial dan diberikan minimal 3 hari perawatan. Pasien adalah semua usia yang menderita asma bronchial dan

dirawat di ruang rawat inap Puskesmas Perawatan Padang Guci. Asma bronchial adalah diagnosa medis yang ditetapkan oleh dokter dan tertulis di rekam medis.

D. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Perawatan Padang Guci, penelitian dimulai dari melakukan pengurusan surat penelitian sampai pengurusan surat telah selesai penelitian yang dilakukan pada bulan Mei sampai dengan Juni 2019 dengan waktu intervensi keperawatan dilakukan selama 3 hari.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan proposal tentang penyakit Hipertensi dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Asma Bronchial* di Puskesmas Padang Guci, setelah disetujui oleh penguji proposal maka tahap yang dilakukan adalah penyusunan proposal, pengurusan surat izin penelitian, analisa kasus, persetujuan responden, pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, persiapan pasien pulang, serta surat perizinan telah selesai penelitian.

F. Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan data

- a. Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola pola fungsi kesehatan), (sumber data bisa dari klien keluarga dan dari perawat lainnya).
- b. Obsevasi dan pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, pemeriksaan integumen, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, genetalia, anus, ekstremitas, pemeriksaan system pencernaan (dengan pendekatan: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien. Data fokus yang harus didapatkan adalah pada sistem pencernaan
- c. Studi dokumentasi dan instrument dilakukan dengan mengambil data dari MR (*Medical Record*), mencatat pada status pasien, mencatat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau insrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada di prodi DIII keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, data di status klien, dan data laboratorium, alat pemeriksaan fisik.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat di Puskesmas Perawatan Padang Guci selama 3 hari berturut turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis / status pasien, anamnesa dengan klien langsung, anamnesa dengan keluarga klien, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid, disamping itu untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data data klien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder meliputi tanda-tanda vital.

H. Analisis Data

Analisi data dilakukan sejak peneliti beradadi lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul, analisa data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam bentuk pembahasan, tehnik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan data penunjang oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data selanjutnya dimana data di interpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.S dengan diagnosa medis Asma bronchiale yang dilakukan pada tanggal 22-24 Juni 2019. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan metode *auto anamnesa* (wawancara dengan klien langsung), dan *allo anamnesa* (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Pengkajian melalui anamnesa pada hari Selasa, 22 Juni 2019 jam 07.30 WIB di ruang rawat inap Puskesmas perawatan padang guci, dan dari rekam medis hasil pengkajian didapat Ny.S usia 17 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan SD, suku bangsa Indonesia, bahasa yang digunakan bahasa serawai, berasal dari Siring agung Rt.007 Rw.002 kelurahan Setia Budi nomor registrasi 737836. Penanggung jawab Tn. Selaku suami pasien, Pasien masuk ke ruang rawat inap Melati pada tanggal 22 Juni 2019 pukul 05.00.

2. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Ny.S masuk IGD Puskesmas Perawatan Padang Guci pada tanggal 22 Juni 2019 jam 04.30 WIB dengan keluhan batuk berdahak, disertai sesak, pusing, lemas, dan disertai mual muntah yang lebih dari sekali

b) Keluhan Saat Dikaji

Pada saat pengkajian tanggal 22 Juni 2019 orang tua Ny.S mengatakan klien batuk dan saat melakukan kegiatan olahraga

klien merasakan sesak nafas, kemudin klien istirahat tidur tetapi tidak bisa tidur dikarenakan sesak tidak hilang juga. keluarga klien mengatakan factor pencetus adalah factor keturunan dari ayah klien yang menderita asma juga. Klien mengalami sesak sejak 1 minggu hari yang lalu tapi tidak terlalu parah saat dibawa ke RS, disertai, mual tidak nafsu makan dan mudah lelah. Kemudian pukul 04.30 klien di bawak keluarga ke puskesmas perawatan Padang Guci untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut. Dan setelah dilakukan pemeriksaan di UGD klien harus dirawat inap.

c) Riwayat Penyakit Masa Lalu

Orang tua klien mengatakan klien pernah mengalami sesak nafas selama 6 bulan yang lalu akibat kelelahan dan alergi terhadap debu, keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit kronik.

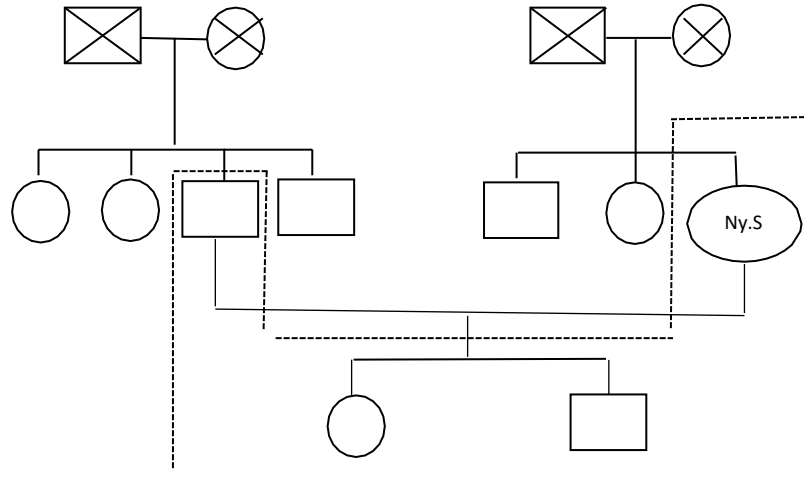
d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut orang tua klien, klien tinggal bersama dengan kedua orang tuanya dan kedua saudara kandungnya. Di lingkungan keluarganya ada anggota keluarganya yang menderita penyakit yang sama dengan Ny.S yaitu asma bronchial yaitu ayah klien. Didalam anggota keluarga tidak ada yang memiliki penyakit hipertensi, diabetes mellitus, jantung, kanker, dan lain-lain.

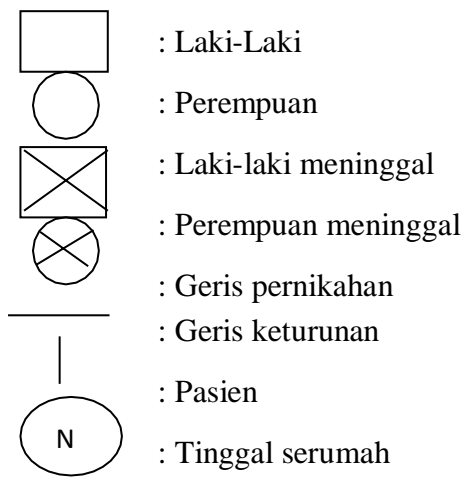
e) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Keluarga klien mengatakan rumah klien tidak dekat dengan tempat pembuangan sampah, didalam rumah terdapat ventilasi yang baik, lantai tanah berdebu.

f) Genogram



a. Keterangan :



g) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Klien tinggal bersama orangtuanya, klien dapat bergaul dan membina hubungan baik dengan keluarganya. Anggota keluarga klien taat dan sering rajin sholat dan mengaji.

3. Aktifitas sehari-hari

a. Nutrisi

Sebelum sakit selera makan baik, menu makanan terdiri dari nasi, ikan, telur dan sayur, dengan frekuensi makan 3 kali sehari, tidak ada

pantangan atau pembatasan terhadap makan dan tidak ada kebiasaan khusus saat makan.

Saat sakit selera makan berkurang, menu yang dihabiskan hanya nasi dan telur, makan 2 kali sehari dan hanya menghabiskan ½ porsi, tidak ada pantangan atau pembatasan terhadap makan ada kebiasaan khusus saat makan.

b. Cairan

Sebelum sakit klien biasanya minum susu dan air putih sebanyak 6-7 gelas (1200-1400 cc) perhari. Saat sakit klien tetap minum 3-4 gelas perhari ditambah dengan asupan dari cairan parenteral.

c. Eliminasi BAB/BAK

Sebelum sakit klien buang air besar 1 kali sehari dan saat sakit belum ada buang air besar sejak masuk rumah sakit. Baik sebelum dan saat sakit klien sering buang air kecil.

d. Istirahat dan tidur

Sebelum sakit, klien tidak mengalami keselitan tidur. Saat sakit klien menjadi susah tidur karena sesak yang sering.

e. *Personal hygiene*

Sebelum sakit klien mandi dengan frekuensi 2 kali sehari menggunakan sabun, rambut klien dicuci sebanyak 2 kali sehari, kuku klien dipotong setiap seminggu sekali dan menggosok gigi sendiri setiap hari 2 kali sehari. Saat sakit pasien hanya di lap saja dengan handuk basah.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum klien

Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis.

b. Tanda-tanda vital

TD 130/80 mmHg, Suhu badan 36,5 °C, frekuensi nafas 37 x/menit dan nadi 102x/menit, BB pasien 48 kg, dan TB 159 cm.

c. Sistem pernafasan

Keadaan hidung simetris kiri dan kanan, klien terpasang oksigen 2 liter per menit, terdapat pergerakan pada cuping hidung saat bernafas, terdapat akumulasi sekret pada lubang hidung dan saluran nafas sehingga kesulitan bernafas, konsistensi sekret cair, warna kuning, jumlah banyak. Mukosa bibir kering, tidak ada polip, septum nasal tidak deviasi, tidak epistaksis dan sinus tidak nyeri atau kemerahan. Pada leher, kelenjer thyroid tidak membesar, letak trakhea lurus dan tidak terlihat distensi vena jugularis. Dada berbentuk *normochoest*, ekspansi dinding dada simetris kiri dan kanan, pada saat bernafas klien tampak menggunakan alat bantu pernafasan, nafas pendek (*dyspnea*), tidak terdapat fraktur atau lesi atau nyeri tekan pada dinding dada, bunyi nafas terdengar adanya bunyi tambahan *wheezing*.

d. Sistem kardiovakuler

Konjungtiva tidak anemis, bibir tidak cianosis, irama jantung teratur, tidak terdengar adanya murmur, tidak ada palpitasi, tidak terdapat distensi atau disfungsi vena jugularis, suara jantung S1 LUB-dub dan S2 lub-DUB, pada ekstermitas kulit tidak pucat, akral dingin, tidak terdapat clubbing finger dan CRT < 3 detik.

e. Sistem pencernaan

Kebersihan mulut klien baik, gigi lengkap, lidah tidak kotor, klien tidak ada muntah, tidak ada mengeluh nyeri pada abdomen bising usus 12x/ 1 menit, tidak ada pembesaran hepar, warna kulit pada sekitar abdomen normal sama pada warna sekitar, terdengar timpani pada 4 kuadran. Sklera tidak ikterik, bibir lembab, tidak terdapat stomatitis atau lesi pada mulut dan refleks menelan baik. Bentuk abdomen rounded simetris, gembung, bising usus terdengar dengan frekuensi 20 x permenit, tidak terdapat nyeri tekan pada seluruh kuadran abdomen, pada rektum tidak mengalami hemoroid atau luka atau abses, dan anus tidak kemerahan.

f. Sistem Wicara

Tidak ada masalah pada komunikasi klien.

g. System indera

Kelopak mata tidak bengkak, mata cekung, penglihatan kabur. Terdapat akumulasi sekret yang menghalangi penciuman. Kedua daun telinga simetris kiri dan kanan sejajar dengan epikantus, fungsi pendengaran baik.

h. Sistem Syaraf

Klien tidak ada mengeluh sakit kepala, kesadaran klien Compos mentis dengan glasgow coma scale mata 4, verbal 5, motorik 6 (15), tidak terdapat tanda-tanda peningkatan TIK seperti sakit kepala, mual, muntah dan pelinghatan ganda, tidak ada gangguan persyarafan

a) Pemeriksaan reflek :

- 1) Reflek fisiologis : Normal
- 2) Reflek patologis : Tidak di temukan reflek yang yang abnormal.
- 3) Pemeriksaan nervus I-XII
 - Nervus I : Klien mampu mengenalkan bau-bauan dengan baik.
 - Nervus II : Tidak ada masalah pada penglihatan klien dan hasil visus 6/6.
 - Nervus III : Klien dapat menggerakkan bola mata dan konjungtiva dan reflek pupil positif.
 - Nervus IV : Klien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan kedalam.
 - Nervus V : Klien dapat mengunyah, menggerakkan lidah dan gigi dan terdapat reflek mengedip saat di sentuk kornea mata klien.
 - Nervus VI : Klien mampu menggerakkan mata ke arah lateral

- Nervus VII : Klien mampu melakukan senyum, bersiul, mengakat alis mata, menutup kelopak mata.
- Nervus VIII : Tidak ada gangguan keseimbangan yang abnormal dan klien dapat mendengar dengan baik
- Nervus IX : Klien mampu membedakan rasa yang di berikan.
- Nervus X : Reflek muntah klien positif.
- Nervus XI : Klien mampu menggerakkan bahu dengan tahanan.
- Nervus XII : Klien mampu menggerakkan lidah kesegala arah.

i. Sistem musculoskeletal

Klien mengatakan badannya terasa lemah, tidak ada kesulitan dalam bergerak, klien mampu mengerakkan semua ekstremitas, tidak ada keluhan sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, tidak ada edema tungkai, persendian tidak mengalami kekakuan, deformitas atau adanya nyeri, otot tidak mengamali spasme dan tremor, kekuatan otot pada lengan dan tungkai kuat, tidak ada kelainan pada punggung seperti kifosis atau scoliosis dan tidak ada masalah pada tonus otot klien dengan kekuatan otot

3333	3333
3333	3333

j. Sistem perkemihan

Tidak tampak edema palpebrae maupun edema anasarka, tidak ada *moonface*, dan tidak ada *nokturia* atau *hematuria*.

k. Sistem imun

Klien tidak alergi terhadap obat antibiotic Cefotaxime yang diberikan, kulit tidak bermasalah dengan keadaan cuaca saat ini, dan tidak ada keluhan sehubungan dengan makanan yang dimakan di rumah sakit.

5. Data Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 22 junii 2019

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1. Hematocrit	35,6	Laki-laki :37-47 Perempuan: 40-54	%
2. Leukosit	15.000	4000-10.000	Mm3
3. Trombosit	359.000	150.000-400.00	Mm3
4. Hemoglobin	12,9	12-16	g/dl
5. Erotrosit	4,31	4-5	juta/ul
6. LED	30	<20/1 jam	mm/jam

Table 4.2 Terapi Obat

Tanggal 22 – 24 Juni 2019

Obat	Dosis/cara pemberian	Jam pemberian
IVFD RL	20 Tetes/ Menit	3 kolf perhari
Obat Parenteral		
- Cefotaxime	2x 500mg/IV	23.00 ; 11.00
- Dexamethasone	3x1 amp/IV	15.00; 23.00; 07.00
Obar Oral		
- Salbotamol	3x1cth/Oral	13.00 ; 19.00 ; 07.00 (Setelah Makan)
- Interpect syr	3x1 cth/Oral	13.00 ; 19.00 ; 07.00 (Setelah Makan)
- Cetirizine syr	3x1 cth/oral	13.00;19.00;07.00(Setelah Makan)
- Nebulizer (Vulmicort+NaCl)	3x1	Setelah Makan 00.00;08.00;16.00

1. Analisa Data

Nama Pasien : Ny.S

Umur : 17 th

NO	SIGN/SYMPATOM	ETIOLOGI	MASALAH
1	Ds : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sesak nafas - Klie mengtaakan batuk disertai dahak yang susah keluar Do: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak batuk - Akumulasi secret di lubang hidung dan saluran nafas - Frekuensi nafas 37x/menit - Keadaan umum lemah - Bunyi nafas wheezing 	Spasme jalan nafas	Bersihan jalan nafas tidak efektif
3.	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak napas - Klien mengeluh batuk disertai dahak DO: <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat perubahan irama pernapasan dan jumlah pernapasan - Dispnea - Terdapat penggunaan otot tambahan - Klien tampak cemas 	Kelemahan otot pernafasan: bronkospasme	Pola nafas tidak efektif
4.	Ds: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Keluarga mengatakan pasien hanya makan 2-4 sendok sekali makan DO: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak berbaring di tempat tidur - Bising usus hiperaktif - Makanan yang diberikan dirumah sakit tidak di habiskan 	Peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh	Resiko defisit nutrisi

A. Perencanaan Keperawatan

Nama Pasien : Ny.S

Umur : 17 Tahun

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien menunjukkan bersihan jalan nafas baik</p> <p>NOC:</p> <p>Status pernafasan : Kepatenan jalan nafas :</p> <p>1: sangat berat, 2: berat. 3: cukup, 4: ringan, 5: tidak ada.</p> <p>Hasil yang diharapkan adalah indikator 4-5. Dibuktikan dengan:</p> <p>3. Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa</p>	<p>NIC:</p> <p>Manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan 3. Monitor frekuensi/upaya pernapasan 4. Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan 5. Tinggikan kepala tempat tidur. Tingkatkan latihan napas dalam dan batuk efektif 6. Berikan terapi inhalasi/nebulizer 7. Berikan tambahan O₂ sesuai indikasi. 8. Lakukan fisioterapi dada 	<p>Manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan ekspansi dada/ventilasi dan mobilisasi sekret 2. Penurunan area ventilasi menunjukkan adanya atelektasis, dimana bunyi napas adventisius menunjukkan kelebihan cairan, tertahannya sekresi atau infeksi 3. Takipnea, dispnea, napas pendek dan napas dangkal selama dialisa diduga rongga peritonela atau mungkin menunjukkan terjadinya komplikasi 4. Pada kebanyakan kasus, jumlah aliran harus sama atau lebih dari jumlah yang dimasukkan, keseimbangan positif menunjukkan kebutuhan evaluasi lebih lanjut 5. Memudahkan ekspansi dada/ventilasi dan mobilisasi sekret 6. Pemberian nebuizer dapat membantu pengenceran secret

		<p>tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal)</p> <p>4. Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernapasan)</p>	<p>sesuai indikasi</p> <p>Terapi oksigen</p> <p>9. Bersihkan mulut, hidung dan sekret trakea</p> <p>10. Pertahankan jalan napas paten</p> <p>11. Monitor aliran oksigen</p> <p>12. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenisasi</p> <p>13. Pertahankan posisi pasien</p> <p>14. Observasi adanya tanda hipoventilasi</p> <p>Monitor tanda vital</p> <p>15. Monitor TD, nadi, suhu dan RR</p> <p>16. Monitor frekuensi dan irama pernapasan</p> <p>17. Monitor pola pernapasan abnormal</p> <p>18. Monitor kualitas dari nadi</p>	<p>7. Memaksimalkan oksigen untuk penyerapan vaskular, pencegahan /pengurangan hipoksia</p> <p>8. Mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernafasan dan membantu membersihkan sekret dari bronkus dan untuk mencegah penumpukan sekret, memperbaiki pergerakan dan aliran secret</p> <p>Terapi oksigen</p> <p>9. Pembersihan jalan napas dan meningkatkan kenyamanan</p> <p>10. Mempertahankan ventilasi yang maksimal</p> <p>11. Menunjukkan kebutuhan oksigen pasien</p> <p>12. Perasaan takut berat berhubungan dengan ketidakmampuan bernapas/terjadinya hipoksemia</p> <p>13. Memudahkan pasien untuk bernapas</p> <p>14. Dapat menentukan peningkatan upaya pernapasan</p> <p>Monitor tanda vital</p> <p>15. Dapat menunjukkan intervensi selanjutnya</p> <p>16. Peningkatan upaya pernapasan dapat menunjukkan derajat hipoksemia</p> <p>17. Mengetahui adanya suara tambahan</p> <p>18. Penurunan dan peningkatan nadi adalah manifestasi yang menunjukkan kondisi</p>
--	--	---	---	---

				pasien memburuk.
2.	Pola nafas tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien menunjukkan pola nafas efektif</p> <p>NOC:</p> <p>Status pernafasan: pertukaran gas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berat 2. Berat 3. Cukup 4. Ringan 5. Tidak ada <p>Hasil yang diharapkan adalah indikator 4-5. Dibuktikan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 	<p>NIC:</p> <p>Monitor pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas 2. Catat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot <i>supraclavicular</i> dan interkosta 3. Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi 4. Monitor pola nafas (misalnya : bradipneu, takipneu, hiperventilasi, pernafasan kusmaul, pernafasan 1:1, apneustik, respirasi biot, dan pola ataxic). 5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 6. Monitor kelelahan otot-otot diaphragma dengan pergerakan parasoksikal 7. Auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui perkembangan status pernafasan pasien 2. Observasi retraksi abnormal ruang interkostal selama inspirasi dapat mengindikasikan obstruksi jalan nafas. 3. Tanda-tanda adanya dyspnea, takipnea, wheezing, krekel, ronchi, dan sianosis menunjukkan pengobatan yang tidak efektif dan kondisi anak mungkin buruk. 4. Takipnea, dispnea, napas pendek dan napas dangkal selama dialisa diduga rongga peritonela atau mungkin menunjukkan terjadinya komplikasi 5. Gangguan pergerakan atau tidak adekuatnya ekspansi dada mengindikasikan penyakit pada paru atau pleura. 6. Mencegah terjadinya nafas pendek 7. Penumpukan secret dapat memperburuk keadaan. <p>Monitor tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Dapat menunjukkan intervensi selanjutnya

		<p>3. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>	<p>penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas tambahan</p> <p>Monitor tanda vital</p> <p>8. Monitor TD, nadi, suhu dan RR</p> <p>9. Monitor frekuensi dan irama pernapasan</p> <p>10. Monitor pola pernapasan abnormal</p> <p>11. Monitor kualitas dari nadi</p>	<p>9. Peningkatan upaya pernapasan dapat menunjukkan derajat hipoksemia</p> <p>10. Mengetahui adanya suara tambahan</p> <p>11. Penurunan dan peningkatan nadi adalah manifestasi yang menunjukkan kondisi pasien memburuk.</p>
--	--	--	--	--

3.	Resiko defisit nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien menunjukkan status kebutuhan nutrisi terpenuhi</p> <p>Noc : Indikator status gizi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup adekuat 4. Adekuat 5. Sangat adekuat <p>Nilai yang di harapkan 4-5.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningk atan berat badan 2. Makanan oral, pemberian makan an lewat selang, atau nutrisi parenteral total 3. Asupan cairan oral atau IV 	<p>NIC : Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji alergi pada pasien 2. Tanyakan makanan kesukaan pasien 3. Memonitor adanya penurunan BB 4. Anjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan energy 5. Sajikan diit dalam keadaan hangat 6. Observasi keadaan kulit dan memberan mukosa yang kering , turgor kulit, konjungtiva <p>Pemantauan nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan pasien untuk oral hygiene 8. Monitor adanya penurunan BB 9. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan 10. Ciptakan lingkungan nyaman selama klien makan 11. Jadwalkan pengobatan dan tindakan selama jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan intervensi yang sesuai dan tepat kepada pasien 2. Memampukan pasien untuk memilih makanan yang dapat dinikmati 3. Berat badan pasien 50kg 4. Menambahkan diet yang tepat bagi pasien 5. Makanan yang hangat menambah nafsu makan pasien 6. Mengidentifikasi tanda tanda malnutrisi 7. Meningkatkan nafsu makann 8. Penurunan BB menunjukkan malnutrisi 9. Menentukan kebutuhan energy yang dibutuhkan 10. Lingkungan yang bersih dan tidak bau memberikan kenyamanan pada klien saat makan 11. Memberikan waktu istirahat saat makan klien 12. Adanya perubahan pigmentasi, penurunan turgor kulit, menunjukkan kekurangan cairan dan kurang nutrisi 13. Gejala GI dapat menunjukkan kekurangan efek anemia hipoksia pada organ <p>Menentukan diet yang tepat Melihat keefektifan diet klien</p>
----	------------------------	--	---	--

			<p>makan</p> <ol style="list-style-type: none">12. Monitor kulit (kering), turgor kulit, kuku bergerigi dan perubahan pigmentasi bengkak gusi13. Monitor mual dan muntah14. Menentukan apakah pasien membutuhkan diet khusus15. Monitor kadar limfosit dan elektrolit	
--	--	--	--	--

B. Implementasi Keperawatan

Implementasi Hari Pertama

No.	Hari, Tanggal, Pukul	No. DX	Implementasi	Respon Hasil	Nama & Paraf
1	Sabtu, 22 Juni 2019 Pukul 08.00 Pukul 08.10 Pukul 08.15 Pukul 08.25 Pukul 08.30 Pukul 08.45 Pukul 08.50 Pukul 13.00	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisikan pasien posisi duduk 2. Melakukan auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan 3. Memonitor frekuensi/upaya pernapasan 4. Mengajarkan latihan napas dalam dan batuk efektif 5. Melakukan fisioterapi dada 6. Menganjurkan keluarga untuk meberikan minum air hangat 7. Monitor nadi, suhu dan RR 8. Inhalasi (nebulizer) 9. Memberikan terapi: <ul style="list-style-type: none"> -Parenteral Inj.Cefotaxime (2x500mg/IV) Dexametashone 3x1 amp/IV -Oral Interpect 3x1cth/oral Cetirizin 2x1 cth/oral Salbutamol 3x1 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya saat ini 2. Terdengar suara nafas stridor 3. Frekuensi nafas 37x/menit 4. Pasien kooperatif dapat mengikuti arahan perawat 5. Pasien setuju untuk dilakukan fisioterapi dada 6. Keluarga mengatakan akan mengikuti anjuran perawat 7. N= 102x/menit S= 36,3°C RR= 32x/menit 8. Pasien tidak menolak untuk pemberian obat 	

2	Sabtu, 22 Juni 2019 Pukul 08.13 Pukul 08.17 Pukul 09.15 Pukul 09.25 Pukul 10.30 Pukul 10.45 Pukul 10.50 Pukul 11.05 Pukul 11.10 Pukul 13.00	II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas 2. Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot <i>supraclavicular</i> dan interkosta 3. Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi 4. Memonitor pola nafas (misalnya : bradipneu, takipneu, hiperventilasi, pernafasan kusmaul, pernafasan 1:1, apneustik, respirasi biot, dan pola ataxic) 5. Berkolaborasi dalam pemberian terapi oksigen sesuai indikasi 6. Memantau aliran oksigen 7. Melakukan palpasi kesimetrisan ekspansi paru 8. Memonitor kelelahan otot-otot diaphragma dengan pergerakan parasoksikal 9. Melakukan auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadi penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas tambahan 10. Memonitor tanda vital 11. Memberikan terapi: Inj.cefotaxime 2x500 mg/IV Inj.dexamethasone 3x1/IV Oral: Interpect syr 3x1 cth Cetirizine syr 3x1 cth 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Irama regular, nafas pendek, dyspnea 2. Terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan 3. Terdengar suara nafas tambahan wheezing 4. Dyspnea 5. Ekspansi dada seimetris, O₂ terpasang 4 Lpm 6. Tidak tampak kelelahan otot-otot diaphragma 7. Suara nafas vesikuler, terdengar suara tambahan wheezing 8. N= 100x/mnt RR= 36x/mnt S= 36,3°C 9. Pasien tidak menolak untuk diberikan obat 	
---	---	----	---	--	--

			Salbutamol 3x1 Nebulizer (vulmicort) 3x1	
3	Sabtu, 22 Juni 2019 Pukul 08.13 Pukul 08.17 Pukul 09.15 Pukul 09.25 Pukul 10.30 Pukul 11.00 Pukul 11.10 Pukul 11.35 Pukul 12.10 Pukul 13.00	III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji alergi adanya alergi makanan pada pasien 2. Melakukan pengukuran BB pada pasien 3. Menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Mengatur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi 5. Menganjurkan pasien untuk tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas 6. Menghindari prosedur infasif selama pasien makan 7. Melakukan kolaborasi pemberian obat Ondan sentron 8. Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung 9. Memonitor turgor kulit 10. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemenuhan nutrisi pasien dengan makananan lunak (TKTP) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang membuat alergi 2. Setelah dilakukan pengukuran BB terjadi penurunan BB dari 65 kg ke 64 kg 3. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering sesuai yang dianjurkan oleh perawat tapi pasien mengatakan nafsu makannya berkurang 4. Pasien tampak lebih nyaman makan dengan posisi semi fowler 5. Pada implementasi hari pertama pasien menghindari makan makanan yang mengandung asam dan pedas 6. Mual muntah pasien sedikit berkurang 7. Obat sudah di minum muntah pasien pada hari pertama sebanyak 100cc cairan 8. Pasien mengatakan akan makan makanan seperti bubur 9. Turgor kulit pasien masih tidak elastis karena nutrisi pasien pada implementasi hari pertama masih

				sedikit 10. Pada implementasi hari pertama pasien masih makan sedikit makanan yang diberikan oleh ahli gizi hanya dihabiskan 1/4 porsi	
--	--	--	--	---	--

Implementasi Hari kedua

No.	Hari, Tanggal, Pukul	No. DX	Implementasi	Respon Hasil	Nama & Paraf
1.	Minggu, 23 Juni 2019 Pukul 08.15 Pukul 08.20 Pukul 09.05 Pukul 09.15 Pukul 10.30 Pukul 11.45	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien posisi duduk 2. Melakukan auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan 3. Memonitor frekuensi/upaya pernapasan 4. Mengajarkan latihan napas dalam dan batuk efektif 5. Melakukan fisioterapi dada 6. Menganjurkan keluarga untuk meberikan minum air hangat 7. Monitor nadi, suhu dan RR 8. Memberikan terapi: <ul style="list-style-type: none"> - Parenteral Inj.Cefotaxime (2x500mg/IV) Dexametashone 3x1 amp/IV - Oral Interpect 3x1cth/oral 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisi semi fowler - keluarga pasien mengatakan anaknya kadang-kadang sesak. - keluarga mengatakan pasien sudah melakukan latih nafas dalam dan batuk efektif - keluarga mengatakan pasien mengatakan dahak sudah keluar sedikit - Orang tua pasien mengatakan selalu memberi air minum yang hangat - Pasien tidak menolak dalam pemberian obat <p>O:</p> <p>Suhu : 37,1 c Nadi 85x/m Pernafasan: 28x/m</p>	

	Pukul 12.50 Pukul 13.00		Cetirizin 2x1 cth/oral Salbutamol 3x1 - Inhalasi Nebulizer (3x1)	- Pasien tampak batuk - Pasien tampak lebih tenang setelah pemberian obat A : Status pernafasan: kepatenan jalan nafas 3 (cukup) P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8	
2.	Minggu, 23 Juni 2019 Pukul 10.12 Pukul 10.16 Pukul 10.20 Pukul 10.25 Pukul 10.30 Pukul 10.45 Pukul 10.50	II	1. Memonitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas 2. Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot <i>supraclavicular</i> dan interkosta 3. Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi 4. Memonitor pola nafas (misalnya : bradipneu, takipneu, hiperventilasi, pernafasan kusmaul, pernafasan 1:1, apneustik, respirasi biot, dan pola ataxic) 6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi oksigen sesuai indikasi 7. Memantau aliran oksigen 8. Melakukan palpasi kesimetrisan ekspansi paru 9. Memonitor kelelahan otot-otot diaphragma dengan pergerakan parasoksikal	S: - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan masih bauk - Pasien tidak menolak untuk dilakukan pemeriksaan - Pasien tidak menolak saat pemberian obat - Pasien mengatakan kepalanya masih pusing - Pasien mengatakan lebih nyaman menggunakan oksigen O: - Klien tampak sesak - Suara nafas vesikuler - O2 terpasang 3 Lpm - Ekspansi paru simetris - Dyspnea - Nafas pendek - Terdengar suara nafas tambahan wheezing - Terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan - N= 100x/mnt	

	Pukul 11.30 Pukul 11.32 Pukul 13.00		<p>10. Melakukan auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadi penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas tambahan</p> <p>11. Memonitor tanda vital</p> <p>12. Memberikan terapi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inj.cefotaxime 2x500 mg/IV - Inj.dexamethasone 3x1/IV - Oral: - Interpect syr 3x1 cth - Cetirizine syr 3x1 cth - Salbutamol 3x1 - Nebulizer (vulmicort) 3x1 	<ul style="list-style-type: none"> - S= 37,1 c - RR= 33 x/mnt <p>A: Status pernafasan 3 (Cukup)</p> <p>P: - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</p>	
3	Minggu, 23 Juni 2019 Pukul 10.12 Pukul 10.16 Pukul 10.20 Pukul 10.25 Pukul 10.30	III	<p>1. Mengkaji alergi adanya alergi makanan pada pasien</p> <p>2. Melakukan pengukuran BB pada pasien</p> <p>3. Mengevaluasi apakah pasien sudah makan dengan porsi sedikit tapi sering</p> <p>4. Mengatur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien mengatakan sudah mulai makan sedikit tapi sering nafsu makan sedikit bertambah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -BB Pasien 64 kg - Turgor kulit sedikit elastic - Pasien menghabiskan makanan 1/2 porsi lebih yang diberikan oleh ahli gizi - Pasien melakukan posisi semi fowler ketika makan - Mual muntah pasien sebanyak 80 cc - Mual muntah sedikit berkurang <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status nutrisi pada level 3 (cukup adekuat) <p>P:</p>	

	<p>Pukul 10.45</p> <p>Pukul 10.50</p> <p>Pukul 11.30</p> <p>Pukul 11.32</p> <p>Pukul 13.00</p>		<ol style="list-style-type: none"> 5. Menganjurkan pasien untuk tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas 6. Menghindari prosedur infasif selama pasien makan 7. Melakukan kolaborasi pemberian obat Ondan sentron 8. Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung 9. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemenuhan nutrisi pasien dengan makananan lunak (TKTP) 10. Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat dengan dokter untuk nutrisi yang kurang - Ondan setron 11. - Clinimix 500cc/8jam 	<p>- Intervensi di lanjutkan</p>	
--	--	--	---	----------------------------------	--

Implementasi Hari ketiga

No.	Hari, Tanggal, Pukul	No. DX	Implementasi	Respon Hasil	Nama & Paraf
1.	<p>Senin, 24 Juni 2019 Pukul 09.12</p> <p>Pukul 09.16</p> <p>Pukul 09.20</p> <p>Pukul 09.25</p> <p>Pukul 09.30</p> <p>Pukul 09.45</p> <p>Pukul 13.00</p>	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien posisi duduk 2. Melakukan auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan 3. Memonitor frekuensi/upaya pernapasan 4. Mengajarkan latihan napas dalam dan batuk efektif 5. Melakukan fisioterapi dada 6. Menganjurkan keluarga untuk memberikan minum air hangat 7. Monitor nadi, suhu dan RR 8. Memberikan terapi: <ul style="list-style-type: none"> - Parenteral Inj.Cefotaxime (2x500mg/IV) Dexametashone 3x1 amp/IV - Oral Interpect 3x1cth/oral Cetirizin 2x1 cth/oral Salbutamol 3x1 -Inhalasi Nebulizer (3x1) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sesak lagi - Keluarga mengatakan pasien sudah melakukan latihan nafas dalam dan batuk efektif - Keluarga mengatakan pasien mengatakan dahak sudah keluar. - Keluarga pasien mengatakan selalu memberi air minum yang hangat - Pasien tidak menolak dalam pemberian obat <p>O:</p> <p>Suhu : 36,1 c Nadi 85x/m Pernafasan: 24x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak batuk lagi - Suara nafas vesikuler - Pasien tampak lebih tenang setelah pemberian obat <p>A : Status pernafasan: kepatenan jalan nafas 4 (ringan)</p> <p>P : intervensi dihentikan, pasien pulang.</p>	

2.	<p>Senin, 24 Juni 2019 Pukul 08.33</p> <p>Pukul 08.42</p> <p>Pukul 09.20</p> <p>Pukul 09.25</p> <p>Pukul 10.30</p> <p>Pukul 10.45</p> <p>Pukul 10.50</p> <p>Pukul 11.21</p> <p>Pukul 12.32 Pukul 13.00</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas 2. Mencatat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot <i>supraclavicular</i> dan interkosta 3. Memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi 4. Memonitor pola nafas (misalnya : bradipneu, takipneu, hiperventilasi, pernafasan kusmaul, pernafasan 1:1, apneustik, respirasi biot, dan pola ataxic) 6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi oksigen sesuai indikasi 7. Memantau aliran oksigen 8. Melakukan palpasi kesimetrisan ekspansi paru 9. Memonitor kelelahan otot-otot diaphragma dengan pergerakan parasoksikal 10. Melakukan auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadi penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas tambahan 11. Memonitor tanda vital 12. Memberikan terapi: Inj.cefotaxime 2x500 mg/IV Inj.dexamethasone 3x1/IV Oral: Interpect syr 3x1 cth Cetirizine syr 3x1 cth Salbutamol 3x1 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak sesak lagi - Pasien mengatakan tidak batuk - Pasien tidak menolak untuk dilakukan pemeriksaan - Pasien tidak menolak saat pemberian obat - Pasien mengatakan kepalanya tidak pusing lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih tenang - Suara nafas vesikuler - O2 tidak terpasang lagi - Ekspansi paru simetris - Nafas reguler - Tidak terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan - N= 100x/mnt - S= 37,1 c - RR= 28x/mnt <p>A: Status pernafasan 4 (ringan)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan, pasien pulang 	
----	--	--	---	--	--

			Nebulizer (vulmicort) 3x1		
3	<p>Senin, 24 Junii 2018 Pukul 08.33</p> <p>Pukul 08.42</p> <p>Pukul 09.20</p> <p>Pukul 09.25</p> <p>Pukul 10.30</p> <p>Pukul 10.45</p> <p>Pukul 10.50</p> <p>Pukul 11.21</p> <p>Pukul 12.32 Pukul 13.00</p>	III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengukuran ulang BB pada pasien 2. Mengevaluasi apakah pasien sudah makan dengan porsi sedikit tapi sering 3. Mengatur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi 4. Menganjurkan pasien untuk tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas 5. Menghindari prosedur infasif selama pasien makan 6. Melakukan kolaborasi pemberian obat Ondan sentron 7. Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung 8. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemenuhan nutrisi pasien dengan makananan lunak (TKTP) 9. Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat dengan dokter untuk nutrisi yang kurang <p>- Clinimix 500cc/8jam</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai bertambah - pasien mengatakan sudah melakukan anjuran perawat makan sedikit tapi sering - pasien mengatakan tidak mual muntah lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB Pasien naik 1 kg menjadi 65 kg - Turgor kulit elastis - Pasien menghabiskan makanan 1 porsi yang diberikan oleh ahli gizi - Pasien melakukan posisi semi fowler ketika makan - Pasien tampak tidak muntah lagi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status nutrisi pada level 4 (cukup adekuat) <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas tentang ‘‘Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Asma Bronchial di ruang perawatan Puskesmas padang Guci Tahun 2019’’. Dalam melakukan asuhan keperawatan telah diterapkan proses keperawatan sesuai teori yang ada, dimana proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, intervensi, implemetasi dan evaluasi. Prinsip pada pembahasan ini akan memfokuskan pada kebutuhan dasar manusia didalam asuhan keperawatan, penulis akan membahas diagnosa keperawatan utama dengan alasan paling aktual karena harus terlebih dahulu di tangani.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan datayang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2011). Sumber data didapatkan dari klien, keluarga klien, teman terdekat, anggota tim perawatan kesehatan, catatan perkembangan kesehatan, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium (Potter, 2015).

Klien Ny.S datang ke IGD dengan keluhan sesak napas. Keluarga mengatakan sesak nafas terjadi setelah berolahraga dan kelelahan. keluarga klien mengatakan factor pencetus sesak yang terjadi pada klien karena kelelahan. Klien mengalami sesak sejak 1 hari yang lalu. keluarga klien mengatakan klien tidak nafsu makan, sakit kepala, mual, mudah lelah dan batuk. Berdasarkan hasil pengkajian Ny.S mengatakan batuknya berdahak tapi dahak susah keluar, RR= 36 x/mnt, terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan, terdapat suara tambahan wheezing. Ny.S didiagnosa Asma bronchial. Gejala yang dialami Ny.S sama dengan tanda dan gejala menurut Astuti dan Rahmat , 2010, yaitu dyspnea, wheezing, dan batuk, peningkatan frekuensi nafas, rasa tidak nyaman atau iritasi dan

berkurangnya istirahat, keluhan sakit kepala, rasa lelah atau perasaan sesak dada, batuk nonproduktif yang disebabkan edema bronkhial

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pemeriksaan darah rutin didapatkan leukosit 14.000 Mm³ dengan nilai normal 4.000-10.000 Mm³, LED 30 mm/jam. Hal ini sesuai menurut (Astuti dan Rahmat, 2010) yaitu menunjukkan terjadi perubahan sel darah putih selama fase asma akut, perubahan sel darah putih lebih dari 12.000/mm³ atau peningkatan presentasi ikatan sel yang mungkin mengindikasikan terjadi infeksi.

Pada pengkajian ditemukan pasien mengeluh sesak nafas, batuk, pusing, cepat lelah, lemas, mual, tidak nafsu makan. Pada pengkajian Ny.S secara subyektif mengeluh sesak nafas, batuk, dahak susah keluar, tidak nafsu makan, lemas, pusing, dyspnea. Didapat data objektif yaitu sesak, batuk, akumulasi secret di saluran nafas, pasien tampak pucat, nafas cepat dan pendek 36 x/menit, dyspnea, gelisah, terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan, wheezing, pasien tampak mual, mukosa bibir kering, pasien tampak pucat, pasien tampak berbaring ditempat tidur, pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi makanan.

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter, 2015). Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis, penulis mengangkat empat diagnosa yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan anoreksia.

C. Perencanaan

Intervensi merupakan bagian dari proses keperawatan yang meliputi tujuan perawatan, penetapan, kriteria hasil, penetapan rencana keperawatan,

akan diberikan kepada klien untuk memecahkan masalah yang dialami klien sertarasional dari masing-masing rencana tindakan yang akan diberikan, untuk setiap diagnosa keperawatan yang telah diidentifikasi, perawatan mengembangkan rencana keperawatan untuk kebutuhan klien (potter, 2016). Dalam teori intervensi dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan *nursing intervension classification (NIC)* dan *nursing outcome calasification (NIC)*.

Pada kasus Ny.S penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi bersihan jalan nafas terlebih dahulu karena bersihan jalan nafas tidak dapat diatasi dalam waktu yang singkat dan perlu penanganan terlebih dahulu karena nafas berhubungan dengan fisiologis, rasa nyaman yang harus terpenuhi (Potter, 2006) dan kriteria hasil yang dituliskan penulis yaitu bersihan jalan nafas efektif dan tidak ada akumulasi secret pada jalan nafas, pemberian inhalasi; nebulizer.

Rencana tindakan untuk diagnosa pertama untuk membebaskan jalan nafas yaitu dengan memonitor tanda-tanda vital, melakukan pengkajian secara komperhensif yang meliputi, ajarkan tentang tehnik non farmakologi (tarik napas dalam, batuk efektif), fisioterapi dada, nebulasi, kolaborasi pemberian obat batuk serta anjurkan klien untuk banyak minum air putih hangat dan istirahat.

Rencana tindakan untuk diagnosa kedua agar pola nafas efektif adalah monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas, catat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot *supraclavicular* dan interkosta, monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi, monitor pola nafas (misalnya : bradipneu, takipneu, hiperventilasi, pernafasan kusmaul, pernafasan 1:1, apneustik, respirasi biot, dan pola ataxic), sesuai dengan protocol yang ada, lakukan palpasi kesimetrisan ekspansi paru, monitor kelelahan otot-otot diaphragma dengan pergerakan parasoksikal, lakukan auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadi penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas tambahan, monitor tanda vital, memberikan terapi

sesuai indikasi, atur posisi pasien miring kesamping sesuai indikasi, berikan oksigen sesuai kebutuhan, berikan terapi farmakologi sesuai instruksi

D. Implementasi

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dari hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter, 2006).

Implementasi pada Ny.S dapat dilakukan penulis sesuai dengan rencana tindakan keperawatan, dan ditunjang dengan melakukan tindakan keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena klien kooperatif, tidak ada rencana keperawatan yang dilakukan penulis di luar rencana tindakan keperawatan yang ada diteori, penulis melakukan implementasi dengan rencana yang telah direncanakan sebelumnya untuk memenuhi kriteria hasil. Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari dan hasilnya bersihan jalan nafas efektif, tidak terjadi gangguan pertukaran gas, sesak berkurang, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, pola nafas efektif, tidak ada penggunaan otot-otot bantu pernafasan, nafsu makan meningkat, pasien tampak aktif kembali, orang tua pasien tampak lebih tenang. Penulis tidak dapat melakukan implementasi lebih lanjut dikarenakan pada tanggal 24 Juni 2018 pukul 17.30.00 wib klien pulang.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan sudah berhasil dicapai (Hutahaean, 2010)

Pada hari ketiga masalah bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum dapat teratasi dengan kriteria dahak dapat keluar, batuk nonproduktif. masalah pola nafas tidak efektif berhubungan

dengan bronkospasme teratasi dengan kriteria jalan nafas bebas dari sekret, sesak berkurang, suara nafas vesikuler, kebutuhan O₂ terpenuhi, tidak terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan, tidak terdengar wheezing, tanda-tanda vital dalam batas normal, Masalah kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan teratasi dengan kriteria pasien adanya peningkatan berat badan, adanya peningkatan nafsu makan lagi

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien merupakan langkah awal penulis dalam memperoleh data yang dibutuhkan supaya dapat melakukan asuhan keperawatan dengan akurat. Hasil pengkajian yang muncul pada pasien dengan asma bronkial klien batuk dan saat melakukan kegiatan olahraga klien merasakan sesak nafas, kemudian klien istirahat tidur tetapi tidak bisa tidur dikarenakan sesak tidak hilang juga. keluarga klien mengatakan factor pencetus adalah factor keturunan dari ayah klien yang menderita asma juga. Klien mengalami sesak sejak 1 minggu hari yang lalu tapi tidak terlalu parah saat dibawa ke RS, disertai, mual tidak nafsu makan dan mudah lelah. Kemudian pukul 04.30 klien di bawak keluarga ke puskesmas perawatan Padang Guci untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut. Dan setelah dilakukan pemeriksaan di UGD klien harus dirawat inap.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Ny.S penulis mengangkat tiga diagnosa yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum, diagnose kedua pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme dan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan yang baik harus disusun secara spesifik terukur dapat di capai sehingga memudahkan dalam melaksanakan implementasi kepada pasien . Perencanaan pada kasus ini telah dibuat sesuai dengan teori yang ada, hanya saja pada beberapa diagnosa penulis mengangkat 3 diagnosa yang di tegakan di antaranya bersihan jalan nafas tidak efektif,

pola nafas tidak efektif dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan harus mengacu pada rencana yang dilakukan sesuai dengan standar asuhan keperawatan secara berkualitas. Implementasi keperawatan yang dilakukan sudah efektif dan sudah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Hal ini dikarenakan adanya kerja sama yang baik antara perawat, pasien dan keluarga pasien

5. Evaluasi Keperawatan

Semua tujuan dari intervensi yang telah dibuat tercapai pada keempat diagnosa yang telah ditegakan karena didukung dengan keinginan pasien untuk cepat sembuh dan karena pasien kooperatif selama dalam perawatan.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan untuk dapat menerapkan ilmu mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan asma bronkial, mengajarkan beberapa tehnik non farmakologi dengan efektif serta meningkatkan pengetahuan pasien dengan cara pendidikan kesehatan kepada pasien asma bronkial.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit diharapkan dapat mengawasi dan memberikan discharge planning tertulis pada tiap ruangan, sehingga keluarga dapat memberikan perawatan yang baik kepada pasien pulang.

3. Bagi Akademik

Institusi pendidikan diharapkan dapat menambah dan melengkapi buku buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan asma bronkial untuk dapat menunjang penyusunan Karya Tulis Ilmiah

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah M & Gunawan J (2012). Dispepsia. CDK, 39(9): 647-51.
- Astuti & Rahmat. 2010. *Asuhan keperawatan anak dengan gangguan system pernapasan*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Bambang (2010). Rongga mulut dan saluran gastrointestinal. Dalam: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL (eds). *Buku Ajar Patologi*. Ed 7. Jakarta: EGC, pp: 622-9.
- Depkes RI, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu. 2018. *Laporan Surveilans Pengendalian Penyakit Menular*, Provinsi Bengkulu
- FKUI., 2006, Factors Affecting Non-adherence in Bronchial Asthma and Impact of Health Education, , 25 (1), 1–8.
- Guyton, A. C. & Hall, J.E., 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta : EGC.
- GINA (Global Initiative for Astma)., 2016, *Global strategy for asthma management and prevention*, Global Initiative For Asthma
- Hirlan (2013). Gastritis. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (eds). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I*. Ed 5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 509-12.
- Ibnu Firdaus .2016.*Konsep ilmu penyakit dalam* . Yogyakarta: Penerbit Arr-Ruzz Media
- Lindseth GN (2005). Gangguan lambung dan duodenum. Dalam: Price SA, Wilson LM (eds). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Ed 6. Jakarta: EGC, pp: 421-9.
- Mahadeva S, Goh KL (2014). Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World J Gastroentero*, 12(17): 2661.
- Misnadiarly, 2009. *Mengenal Penyakit Organ Cerna*. Jakarta : Pustaka Populer Obor.
- M, Setiati S (eds). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I*. Ed 5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 501-8.
- NANDA.2012-2014. *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA 2012-2014 Definisi dan Klasifikasi*. Philadelphia
- Putra, A dkk, 2012. Faktor Risiko Dispepsia pada Mahasiswa Institut Pertanian Bogor (IPB) dalam *Jurnal Kedokteran Indonesia*. VOL. 2/NO.1/JANUARI/2011. [diakses tanggal 30 Juli 2013].
- Price, S. Wilson, 2011. *Patofisiologi Konsep Klinik Proses Penyakit*. Edisi 6. Peenerbit buku kedokteran, Jakarta : EGC

- PDPI (Perhimpunan Dokter paru Indonesia)., 2015, ASMA, GEC, Jakarta.
- Potter, P & A Perry, A.G (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik.Edisi
- Rani AA, Fauzi A (2009). Infeksi helicobacter pylori dan penyakit gastroduodenal. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata
- Riset kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta
- Rekam Medis Puskesmas Padang Guci. Data Prevalensi Asma bronchial yang Dirawat diRuang Rawat Inap dalam rentang waktu tahun 2016 - 2018.Tidak dipublikasikan
Simadibrata M, Makmun D, Abdullah M, Syam AF, Fauzi A, Renaldi K, Maulahela H, Utari AP (2014). Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi Helicobacter pylori. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI).
- Sudoyo AW (2013), Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (eds). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Ed 5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 509-12.
- Syaifuddin, 2009. Immunobiologi Asma Bronkial. Dexa-Media. Denpasar.
Sundaru, H.2006.*Asma ; Apa dan Bagaimana pengobatannya*.Jakarta : FKUI.
- Tumors of the stomach. Dalam: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (eds). Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8 th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, pp: 1139-55. Houghton JM, Wang TC (2012).
- Tack J & Talley NJ (2014). Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology,130(5): 1466-79.Volume 1.Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC.2010
- Wengt, S., 2018, Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-prinsip Dasar, Available at: oneseach.kink.kemkes.go.id.
- WHO (*World health Organization*).2015. Jakarta
- WHO (*World health Organization*).2016. Jakarta

DOKUMENTASI



LEMBAR KONSUL

Nama Pembimbing II : Ns. Sahran S.Kep, M.Kep

Nama Mahasiswa : Ponsi Erawan

Nim : P05120218 151 RPL

No	Hari/Tanggal	Topik/Saran	Paraf Pembimbing
1	kamis 4-4-2019	- konsul judul - tambahkan data dari pkm	U
2	kamis 18-4-2019	Konsul BAB 1, II dan III - tambahkan data mayor-minor	U
3	senin 29-4-2019	sumber pustaka masih banyak 21 Blum ada	U
4	selasa 30-4-2019	pola napas tidak efektif apa ka ada di saki	U
5	jumat 18-5-2019	lengkapi lampiran Ace. Uprin	U
6	jumat 28-6-2019	Lengkapi lampiran photo. kk. dan KTP.	U
7	selasa 16-7-2019	Konsul KTI pasien dengan Asma Bronchial	U
8	senin 22-7-2019	Lengkapi data dan perbaiki Analisa data	U
9	jumat 2-8-2019	perbaiki kalimat dalam. intervensi	U
10	Kamis 22-8-2019	Siapkan kelengkapan KTP dan kk.	U
11	senin 26-8-2019	Lengkapi tugas-tugas. Kegiatan PKK. dan KMB.	U
12	kamis 28-8-2019	Ace - Uprin.	U