

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN ASMA PADA Ny. K
DI RUANG MELATI RSUD BATANG
KABUPATEN BATANG**



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh :

M. Salman Alfarizi
NIM : 13.1675.P

**PRODI D III KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Pekalongan, 24 Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

M. Salman Alfarizi

NIM 13.1675.P

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Asma Ny. K Diruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang” yang disusun oleh M. Salman Alfarizi telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan,

Pembimbing

Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB

NIK 93.001.013

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Asma Pada Ny. K Diruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang” yang disusun oleh M. Salman Alfarizi telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan,

Dewan penguji

Penguji I

Penguji II

Nuniek Nizmah F, M,Kep.Sp.KMB
NIK 93.001.013

David Arifiyanto, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB
NIK 97.001.017

Mengetahui
Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIK 96.001.016

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Asma Pada Ny. K Diruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang” sebagai syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Penulis menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah tanpa bantuan dari pembimbing dan juga pihak-pihak yang memberi dorongan berupa materi dan spiritual, maka tidak akan terlaksana. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan banyak terimakasih kepada:

1. Mokhamad Arifin, S.Kep.,M.Kep selaku ketua STIKes Muhammadiyah Pekajangan.
2. Herni Rejeki M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom dan selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan.
3. Nuniek Nizmah F, M,Kep.Sp.KMB selaku dosen pembimbing dan penguji satu Karya Tulis Ilmiah.
4. David Arifiyanto, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB selaku penguji dua Karya Tulis Ilmiah
5. Kedua orang tua saya yang senantiasa memberikan do’a dan dukungan.

Penulis pada Karya Tulis Ilmiah ini sudah berusaha semaksimal mungkin dengan segala kemampuan yang ada, namun penulis menyadari sepenuhnya karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk kritik dan saran yang membangun dari semua pihak. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca khususnya penulis.

Pekajangan,

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--------------------------------------|-----|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITA | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI | vi |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Tujuan | 3 |
| C. Manfaat | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Pengertian..... | 5 |
| B. Etiologi | 5 |
| C. Patofisiologi | 6 |
| D. Gambaran Klinis | 8 |
| E. Fokus Intervensi | |
| 1. Pengkajian | 9 |
| 2. Diagnosa Keperawatan | 10 |
| 3. Intervensi Keperawatan | 11 |
| BAB III RINGKASAN KASUS | |
| A. Pengkajian | 20 |
| B. Diagnosa Keperawatan | 21 |

| | |
|---------------------------------|----|
| C. Intervensi Keperawatan | 22 |
| D. Implementasi | 24 |
| E. Evaluasi | 25 |

BAB IV PEMBAHASAN

| | |
|--|----|
| A. Pengkajian | 27 |
| B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi | 28 |

BAB V PENUTUP

| | |
|-------------------|----|
| A. Simpulan | 36 |
| B. Saran | 37 |

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

PATHWAYS

ASUHAN KEPERAWATAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) memperkirakan, pada tahun 2020 penyakit tidak menular menyebabkan 73% kematian dan 60% kesakitan di dunia. Asma Bronkial atau lebih populer disebut asma atau sesak napas, telah dikenal luas masyarakat adalah penyakit saluran pernapasan kronik yang penting dan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius di berbagai Negara diseluruh dunia. Penyakit ini bisa timbul pada semua usia paling banyak pada usia anak (GINA, 2011). Data WHO pada tahun 2005 prevalensi asma di berbagai Negara sangat bervariasi diperkirakan bahwa jumlah asma akan meningkat hingga 400 juta pada tahun 2025 (GINA, 2011).

Menurut WHO tahun 2005, beban penyakit asma di Asia Tenggara sangat berat yaitu 1 dari 4 orang penderita asma dewasa tidak bekerja dan kehilangan hari kerja selama lebih dari 6 hari karena asma mencapai 19,2%. Di Malaysia, Thailand, Brunei Darussalam dan Singapura, asma merupakan termasuk penyebab kematian kedelapan. Penelitian pada guru-guru di India menghasilkan prevalensi asma sebesar 4,1%, sementara laporan dari Taiwan sebesar 6,2%. Di Indonesia, asma masuk dalam sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian, dengan jumlah penderita tahun 2002 sebanyak 12,5 juta (Arief, 2009).

Umumnya prevalensi asma pada orang dewasa lebih tinggi dari anak. Angka ini juga berbeda-beda antara satu kota dengan kota lain di negara yang sama. Di Indonesia prevalensi asma berkisar antara 5-7 % (Sukanto, 2014). Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2013 prevalensi penyakit asma di Indonesia sebesar 4,5% (Riskesdas, 2013). Prevalensi kasus asma di Jawa Tengah pada tahun 2012 sebesar 0,42% mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2011 sebesar 0,55% (DINKES PROVINSI JAWA TENGAH 2012). Jumlah penderita asma menurut data

dari Puskesmas dan Rumah Sakit di Kabupaten Pekalongan tahun 2008 sebanyak 19.480 penderita (Dinkes Jateng, 2008, dilihat 8 januari 2016)

Data prevalensi penyakit Asma dari Kabupaten Batang didapatkan data dari tahun 2013 sebanyak 1.327 penderita. Sedangkan, tahun 2014 prevalensi mengalami peningkatan menjadi 1.581 penderita. Hasil tersebut didapatkan dari laporan puskesmas-puskesmas dan rumah sakit di Kabupaten Batang (Dinkes kabupaten Batang, 2014).

Data prevalensi penyakit Asma dari RSUD Batang didapatkan dari Bulan Januari 2014 sebanyak 15 penderita, Bulan Februari sebanyak 25 penderita, Bulan Maret 18 penderita, Bulan April sebanyak 24 penderita, Bulan Mei sebanyak 13 penderita, Bulan Juni sebanyak 14 penderita, Bulan Juli sebanyak 25 penderita, Bulan Agustus sebanyak 20 penderita, Bulan September sebanyak 19 penderita, Bulan oktober sebanyak 30 penderita, Bulan November sebanyak 11 penderita, Bulan Desember sebanyak 12 penderita. Secara keseluruhan total dari Bulan Januari sampai Desember pada tahun 2014 sebanyak 226 penderita.

Sedangkan pada Bulan Januari tahun 2015 sebanyak 17 penderita, Bulan Februari sebanyak 11 penderita, Bulan Maret sebanyak 12 penderita, Bulan April sebanyak 3 penderita, Bulan Mei sebanyak 23 penderita, Bulan Juni 25, Bulan Agustus sebanyak 35 penderita, Bulan september sebanyak 34 penderita, Bulan Oktober sebanyak 53 penderita, Bulan November sebanyak 19 penderita, Bulan Desember sebanyak 21 penderita. Secara keseluruhan total dari Bulan Januari sampai Desember pada tahun 2015 sebanyak 297 penderita. Hal ini menunjukkan prevalensi mengalami penurunan sedikit, tetapi angka kejadianya masih tergolong tinggi (RSUD Batang, 2015)

Masih banyak masyarakat indonesia belum mengetahui penanganan asma jika kambuh, sehingga itu masih menjadi masalah kesehatan yang harus diperhatikan. Dalam pengobatan asma ini sangat penting bagi penderita, karena mencegah timbulnya jika asma itu kambuh lagi, asma sangat berbahaya bagi penderita yang mempunyai sifat yang

berasal dari allergen semisal cuaca, debu, makanan karena bisa menyerang secara mendadak jika allergen tersebut timbul, dapat kekurangan oksigen dan sesak nafas yang sifatnya dapat mematikan nyawa sebagai penderita asma.

Prevalensi penderita asma yang cukup tinggi. Hal ini dibuktikan dari hasil data prevalensi penderita asma di Kabupaten Batang yang meningkat dari 1.327 penderita pada tahun 2013 menjadi 1.561 penderita pada tahun 2014 dan prevalensi asma dari RSUD Batang pada tahun 2014 sebanyak 226 sedangkan tahun 2015 sebanyak 297 penderita. Selain karena prevalensi asma yang cukup tinggi sehingga penulis tertarik ingin mengetahui bagaimana asuhan keperawatan pada pasien asma dan bagaimana cara menanganinya. Oleh karena itu penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Ny. K dengan Asma di Ruang Melati RSUD Batang ”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis dengan judul asuhan keperawatan pada penderita asma adalah agar penulis dapat memahami dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada penderita dengan asma dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat mengkaji klien dengan kasus asma
- b. Dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan kasus asma.
- c. Dapat menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan asma.
- d. Dapat melaksanakan implementasi keperawatan pada klien asma.
- e. Dapat mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan asma.
- f. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan asma.

C. Manfaat

1. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Memberikan masukan untuk memperluas wawasan tentang asuhan keperawatan pada pasien asma.

2. Bagi Profesi Keperawatan

- a. Untuk meningkatkan dan menambah pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pada pasien asma.
- b. Untuk menambah keterampilan perawat dalam menerapkan manajemen keperawatan pada pasien asma

3. Bagi Penulis

Untuk menambah pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien asma sehingga dapat menambah pengetahuan dan wawasan serta sebagai penerapan ilmu yang didapat selama pendidikan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teoritis Asma

1. Pengertian

Asma adalah satu hiperreaksi dari bronkus dan trakea, sehingga mengakibatkan penyempitan saluran nafas yang bersifat reversible (S. Naga, 2012, h. 63). Menurut Smeltzer, Suzanne C, 2002 dikutip dalam Padila (2013, h. 611) Asma adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermiten, reversibel dimana trakea dan bronki berespon dalam secara hiperaktif terhadap stimulus tertentu.

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

Berdasarkan dari tiga definisi asma di atas dapat disimpulkan bahwa penyakit asma adalah suatu penyakit jalan nafas yang disebabkan oleh satu hiperreaksi dari bronkus dan trakea, sehingga mengakibatkan penyempitan saluran nafas yang bersifat reversible dan menyebabkan terjadinya gangguan pernafasan.

2. Etiologi

Etiologi asma dapat dibagi atas :

a. Asma ekstrinsik/alergi

Asma yang disebabkan oleh allergen yang diketahui masanya sudah terdapat semenjak anak-anak seperti alergi terhadap protein, serbuk sari, bulu halus, binatang dan debu.

b. Asma intrinsik/idiopatik

Asma yang tidak ditemukan faktor pencetus yang jelas, tetapi adanya faktor-faktor non spesifik seperti : flu, latihan fisik atau emosi sering memicu serangan asma. Asma ini sering muncul/timbul sesudah usia 40 tahun setelah menderita infeksi sinus/cabang trakeobronchial.

c. Asma campuran

Asma yang terjadi/timbul karena adanya komponen ekstrinsik(Andra & Yessie 2013, h. 188)

3. Patofisiologi

Naga (2012, h. 65-67) mengatakan patofisiologi pada Asma dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Asma Bronchial Ekstrinsik

Secara umum, asma ekstrinsik allergen menimbulkan reaksi yang hebat pada mukosa bronkus yang mengakibatkan konstriksi otot polos, hyperemia, serta sekresi lendir putih yang tebal.Mekanisme terjadinya reaksi ini telah diketahui dengan baik, tetapi sangat rumit. Penderitanya yang teslah disentisasi terhadap satu bentuk allergen yang spesifik, akan membuat antibodi terhadap allergen yang dihirup tersebut. Antibodi yang merupakan imunoglobulin jenis IgE ini kemudian melekat dipermukaan sel mast pada mukosa bronkus. Sel mast tersebut tidak lain adalah basofil yang kita gunakan pada saat menghitung jenis leukosit.

Bila satu molekul IgE yang terdapat pada permukaan sel mast menangkap satu permukaan allergen, maka sel mast tersebut akan memisahkan diri dan melepaskan sejumlah bahan yang menyebabkan konstriksi bronkus. Salah satu contohnya adalah histamine dan prostaglandin.Pada permukaan sel mast juga terdapat reseptor Beta-2 adrenergik, sedangkan pada jantung mempunyai reseptor Beta-1.

Apabila reseptor Beta-2 dirangsang dengan obat antiasma salbutamol, maka pelepasan histamin akan terhalang. Tidak hanya itu, aminofilin obat antiasma yang sudah terkenal, juga menghalangi

pembebasan histamin. Pada mukosa bronkus dan dalam darah tepi, terdapat banyak eosinofil. Adanya eosinofil dalam sputum dapat dengan mudah dilihat.

Pada mulanya, fungsi eosinofil di dalam sputum tidak dikenal, tetapi baru-baru ini diketahui bahwa dalam butir-butir granula eosinofil terdapat enzim yang dapat menghancurkan histamin, dan prostaglandin. Jadi, eosinofil ini berfungsi untuk memberikan perlindungan terhadap serangan asma.

b. Asma Bronchial Intriksi

Melihat bagaimana timbulnya penyakit ini, maka asma intrinsik sangat berbeda dengan asma ekstrinsik. Berikut beberapa sumber penyebab asma bronchial intrinsik :

- 1) Pada awalnya, mungkin asma hanya disebabkan adanya kepekaan yang berlebihan (hipersensitivitas) dari serabut-serabut nervus vagus, sehingga merangsang bahan-bahan iritan di dalam bronkus dan menimbulkan batuk serta sekresi lendir melalui satu reflek. Begitu hipersensitifnya serabut-serabut vagus ini, sehingga langsung menimbulkan refleksi konstiksi bronkus. Ada sebuah bahan yang kadang mampu menghambat vagus, yaitu atropine. Pada banyak kasus, bahan ini sering dijadikan penolong.
- 2) Adanya lendir sangat lengket yang akan disekresi. Bahkan, pada kasus-kasus berat, lendir ini dapat menghambat saluran nafas secara total, sehingga berakibat munculnya status asmatikus, kegagalan, pernafasan, dan akhirnya kehilangan nyawa.
- 3) Penyebab yang penting dari asma ini adalah adanya infeksi saluran pernafasan oleh flu, adenovirus, dan juga oleh bakteri seperti hemophilus influenza.
- 4) Asap merokok, asap industri, dan udara dingin juga dapat menjadi penyebab penyakit ini, karena gas iritatifnya telah mencemari udara.

Sindrom yang sangat khas pada penderita asma dan timbul pada usia lanjut adalah mengi dengan polip hidung, yang sangat peka terhadap aspirin. Sehingga, jangan sekali-kali mengonsumsi aspirin saat penyakit ini menyerang, sebab satu tablet aspirin mampu membuat penderita asma kehilangan nyawa seketika. Selain beberapa hal tersebut, ternyata emosi juga dapat menjadi salah satu penyebab penting munculnya semua jenis asma. Dalam banyak penyelidikan, telah ditemukan bahwa anak-anak yang menderita asma biasanya mereka hidup dikeluarga yang terlalu memberikan perhatian berlebih, sehingga menimbulkan kemanjaan pada diri anak. Hal ini menjadi satu penyebab terjadinya serangan yang hebat.

4. Gambaran Klinis Asma

Ada tiga gejala umum asma adalah dipnea, batuk dan mengi. Pada beberapa keadaan, batuk mungkin merupakan satu-satunya gejala. Serangan asma sering terjadi pada malam hari. Penyebabnya tidak dimengerti dengan jelas (Irman Soemantri, 2008)

Serangan asma dapat berlangsung dari 30 menit sampai beberapa jam dan dapat hilang secara spontan. Meski serangan asma jarang yang fatal, kadang terjadi reaksi kontinue yang lebih berat, yang disebut status asmatikus. Kondisi ini merupakan kondisi yang mengancam hidup.

Kemungkinan reaksi alergi lainnya yang dapat menyertai asma termasuk ekzema, ruam dan edema temporer. Serangan asmatik dapat terjadi secara periodik setelah pemajanan terhadap allergen spesifik, obat-obat tertentu, latihan fisik dan kegairahan emosional (Andra & Yessie. 2013, h. 190).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Klien Dengan Asma

1. Pengkajian Keperawatan
 - a. Pengkajian
 - 1) Identitas klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, ras dll

- 2) Informasi dan diagnosa medik yang penting
 - 3) Data riwayat kesehatan
 - 4) Riwayat kesehatan dahulu : pernah menderita penyakit asma sebelumnya, menderita kelelahan yang amat sangat dengan sianosis pada ujung jari.
 - 5) Riwayat kesehatan sekarang
 - a) Biasanya klien sesak nafas, batuk-batuk lesu tidak bergairah, pucat tidak ada nafsu makan, sakit pada dada dan jalan nafas
 - b) Sesak setelah melakukan aktivitas/menghadapi suatu krisis emosional
 - c) Sesak nafas karena perubahan udara dan debu
 - d) Batuk dan susah tidur karena nyeri dada
 - 6) Riwayat kesehatan keluarga
 - a) Riwayat keluarga (+) asma
 - b) Riwayat keluarga (+) menderita penyakit alergi, seperti rinitis alergi, sinusti, dermatitis, dan lain-lain (Andra & Yessie 2013, h. 193).
- b. Data dasar pengkajian klien
- 1) Aktivitas/istirahat

Gejala :

 - a) keletihan, kelelahan, malaise
 - b) ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernafas.
 - c) ketidakmampuan untuk tidur dalam posisi duduk tinggi
 - d) dispnea pada saat istirahat aktivitas dan hiburan
 - 2) Sirkulasi

Gejala : pembengkakan pada ekstremitas bawah
 - 3) Integritas ego

Gejala :

 - a) Peningkatan faktor resiko

- b) Perubahan pola hidup
- 4) Makanan dan cairan
 - Gejala :
 - a) Mual/muntah
 - b) Nafsu makan menurun
 - c) Ketidakmampuan untuk makan
- 5) Pernafasan
 - Gejala :
 - a) Nafas pendek, dada rasa tertekan dan ketidakmampuan untuk bernafas
 - b) Batuk dengan produksi sputum berwarna keputihan
 - Tanda :
 - a) Pernafasan biasanya cepat, fase ekspirasi biasanya memanjang
 - b) Penggunaan otot bantu pernafasan
 - c) Bunyi nafas mengi sepanjang area paru pada ekspirasi dan kemungkinan selama inspirasi berlanjut sampai penurunan/tidak adanya bunyi nafas
- 6) Keamanan
 - Gejala : Riwayat reaksi alergi/sensitif terhadap zat
- 7) Seksualitas
 - Penurunan libido (Andra & Yessie 2013, h. 194).

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, mukus dalam jumlah berlebihan, sekresi dalam bronkhi
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler, ventilasi-perfusi
- c. Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, gangguan musculoskeletal, kelelahan otot pernafasan
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas
- f. Ansietas berhubungan dengan status kesehatan, krisis situasional, stres (Heather 2012).

3. Intervensi Keperawatan

- a. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, mukus dalam jumlah berlebihan, sekresi dalam bronchi

1) Kriteria hasil :

Menunjukkan pembersihan jalan nafas yang efektif, yang dibuktikan oleh Pencegahan Aspirasi, Status Pernafasan : Kepatenan Jalan Nafas, dan Status Pernafasan : Ventilasi tidak terganggu,

Menunjukkan Status Pernafasan : Kepatenan Jalan Nafas, yang dibuktikan oleh indikator gangguan sebagai berikut (sebutkan 1-5 : gangguan ekstrem, berat, sedang, ringan, atau tidak ada gangguan): kemudahan bernafas, frekuensi dan irama pernafasan, pergerakan sputum keluar dari jalan nafas, pergerakan sumbatan keluar dari jalan nafas

2) Rencana tindakan keperawatan

- a) Manajemen jalan nafas

Rasional: Memfasilitasi kepatenan jalan nafas

- b) Penghisapan jalan nafas

Rasional: Mengeluarkan sekret dari jalan nafas dengan memasukan sebuah kateter penghisap kedalam jalan nafas oral dan/atau trakea

- c) Kewaspadaan aspirasi

Rasional: Mencegah atau meminimalkan faktor risiko pada pasien yang berisiko mengalami aspirasi

- d) Manajemen asma

Rasional: Mengidentifikasi, menangani dan mencegah reaksi inflamasi/konstriksi didalam jalan nafas

e) Peningkatan batuk

Rasional: Meningkatkan inhalasi dalam pada pasien yang memiliki riwayat keturunan mengalami tekanan intratoraksik dan kompresi parenkim paru yang mendasari untuk penggerakan tenaga dalam menghembuskan udara

f) Pengaturan posisi

Rasional: Mengubah posisi pasien atau bagian tubuh pasien secara sengaja untuk memfasilitasi kesejahteraan fisiologis dan psikologis

g) Pemantauan pernafasan

Rasional: Mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan pertukaran gas yang adekuat

h) Bantuan ventilasi

Rasional: Meningkatkan pola nafas spontan yang optimal, yang memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam paru

b. Diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler, ventilasi-perfusi

1) Kriteria hasil :

Gangguan pertukaran gas akan berkurang yang dibuktikan oleh tidak terganggunya Respons Alergi : sistemik, keseimbangan elektrolit dan asam basa, respons ventilasi mekanis, orang dewasa, status pernafasan : pertukaran gas, status pernafasan : ventilasi, perfusi jaringan paru, dan tanda-tanda vital.

2) Rencana tindakan keperawatan

a) Manajemen asam-basa

Rasional: Meningkatkan keseimbangan asam-basa dan mencegah komplikasi akibat ketidakseimbangan asam-basa

b) Manajemen asam-basa

Rasional: Meningkatkan keseimbangan asam-basa dan mencegah komplikasi akibat kadar $p\text{CO}_2$ serum yang lebih tinggi dari yang diharapkan

c) Manajemen asam- basa

Rasional: Meningkatkan keseimbangan asam-basa dan mencegah komplikasi akibat kadar $p\text{CO}_2$ serum yang lebih mudah dari dari yang diharapkan

d) Manajemen jalan nafas

Rasional: Memfasilitas kepatenan jalan nafas

e) Manajemen anafilaksi

Rasional: Meningkatkan keadekuatan ventilasi dan perfusi jaringan untuk individu yang mengalami reaksi alergi (antigen-antibodi) berat

f) Manajemen asma

Rasional: Mengidentifikasi, mengatasi, dan mencegah reaksi terhadap inflamasi/konstriksi di jalan nafas

g) Manajemen elektrolit

Rasional: Meningkatkan keseimbangan elektrolit dan mencegah komplikasi akibat kadar elektrolit serum yang tidak normal atau diluar harapan

h) Perawatan emboli

Rasional: Membatasi komplikasi pada pasien yang mengalami, atau berisiko terhadap oklusi sirkulasi paru

i) Pengaturan hemodinamik

Rasional: Mengoptimalkan frekuensi jantung, *preload*, *afterload*, dan kontraktilitas jantung

j) Interpretasi data laboratorium

Rasional: Menganalisis secara kritis data laboratorium pasien untuk membantu pengambilan keputusan klinis

k) Ventilasi mekanis

Rasional: Penggunaan alat buatan untuk membantu pasien bernafas

l) Terapi oksigen

Rasional: Memberikan oksigen dan memantau efektivitasnya

m) Pemantauan pernafasan

Rasional: Mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan adekuatnya pertukaran gas

n) Bantuan ventilasi

Rasional: Meningkatkan pola pernafasan spontan yang optimal dalam memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbondioksida didalam paru

o) Pemantauan tanda-tanda vital

Rasional: Mengumpulkan dan menganalisis data kardiovaskuler, pernafasan, dan suhu tubuh untuk menentukan dan mencegah komplikasi

c. Diagnosa keperawatan Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, gangguan musculoskeletal, kelelahan otot pernafasan

1) Kriteria hasil :

Menunjukkan pola pernafasan efektif, yang dibuktikan oleh status pernafasan : status ventilasi dan pernafasan yang tidak terganggu : kepatenan jalan nafas, dan tidak ada penyimpangan tanda vital dari rentang normal

2) Rencana tindakan keperawatan

a) Manajemen jalan nafas

Rasional: Memfasilitasi kepatenan jalan nafas

b) Pengisapan jalan nafas

Rasional: Mengeluarkan sekret jalan nafas dengan cara memasukan kateter penghisap kedalam jalan nafas oral atau trakea pasien

c) Manajemen anafilaksis

- d) Rasional: Meningkatkan ventilasi dari perfusi jaringan yang adekuat untuk individu yang mengalami reaksi alergi berat (antigen-antibodi)
 - e) Manajemen jalan nafas buatan
Rasional: Memilih selang endotrakea dan selang trakeostomi serta mencegah komplikasi yang berhubungan dengan penggunaannya
 - f) Manajemen asma
Rasional: Mengidentifikasi, mengobati, dan mencegah reaksi inflamasi/konstriksi di jalan nafas
 - g) Ventilasi mekanis
Rasional: Menggunakan alat bantuan untuk memantau pasien pernafasan
 - h) Penyapihan ventilator mekanis
Rasional: Membantu pasien untuk bernafas tanpa bantuan ventilator mekanis
 - i) Pemantauan pernafasan
Rasional: Mengumpulkan dan menganalisa data pasien untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan pertukaran yang adekuat
 - j) Bantuan ventilasi
Rasional: Meningkatkan pola pernafasan spontan yang optimal sehingga memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbondioksida didalam paru
 - k) Pemantauan tanda vital
Rasional: Mengumpulkan dan menganalisa data kardiovaskular, pernafasan, dan suhu tubuh pasien untuk menentukan dan mencegah komplikasi
- d. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 1) Kriteria hasil :

Menoleransi aktivitas yang biasa dilakukan, dibuktikan oleh toleransi aktivitas, ketahanan, penghematan energi, kebugaran fisik, energi psikomotorik dan perawatan diri

2) Rencana tindakan keperawatan

a) Terapi aktivitas

Rasional: Memberi anjuran tentang dan bantuan dalam aktivitas fisik, kognitif, sosial dan spiritual yang spesifik untuk meningkatkan rentang, frekuensi, atau durasi aktivitas individu (satu kelompok)

b) Manajemen energi

Rasional: Mengatur penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi

c) Manajemen lingkungan

Rasional: Memanipulasikan lingkungan sekitar pasien untuk memperoleh manfaat terapeutik, stimulasi sensorik dan kesejahteraan psikologis

d) Terapi latihan fisik : mobilitas sendi

Rasional: Menggunakan gerakan tubuh aktif atau pasif untuk mempertahankan atau memperbaiki fleksibilitas sendi

e) Terapi latihan fisik : pengendalian otot

Rasional: Menggunakan aktivitas atau protokol latihan yang spesifik untuk meningkatkan atau memulihkan gerakan tubuh yang terkontrol

f) Promosi latihan fisik : latihan kekuatan

Rasional: Memfasilitas latihan otot resistif secara rutin untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot

g) Bantuan pemeliharaan rumah

Rasional: Membantu rasa keamanan, stabilitas, pemulihan dan pemeliharaan pasien yang mengalami disfungsi alam perasaan baik depresi maupun peningkatan alam perasaan

h) Bantuan perawatan-diri

Rasional: Membantu individu untuk melakukan AKS

i) Bantuan perawatan-diri : AKSI

Rasional: Membantu dan mengarahkan individu untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari instrumental (AKSI) yang diperlukan untuk berfungsi di rumah atau di komunitas

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas

1) Kriteria hasil :

Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari, jumlah jam tidur tidak terganggu, Tidak ada masalah dengan pola, kualitas dan rutinitas tidur/istirahat.

2) Rencana tindakan keperawatan

a) Kaji masalah gangguan tidur

Rasional : untuk mengetahui gangguan pola tidur dan masalah istirahat tidur klien

b) Posisikan sesuai dengan kenyamanan klien

Rasional : posisi yang nyaman akan membuat klien nyaman, dan dapat memenuhi istirahat tidur

c) Berikan penyuluhan tentang pentingnya istirahat tidur

Rasional : untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang pentingnya istirahat tidur bagi tubuh

d) Berikan lingkungan yang nyaman dengan posisi semi fowler

Rasional : tempat tidur yang nyaman akan membantu klien istirahat yang baik

f. Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan status kesehatan, krisis situasional, stress

1) Kriteria hasil :

Ansietas berkurang, dibuktikan oleh tingkat ansietas hanya ringan sampai sedang, dan selalu menunjukkan pengendalian diri terhadap ansietas, konsentrasi, dan koping

2) Rencana tindakan keperawatan

a) Bimbingan antisipasi

Rasional: Mempersiapkan pasien menghadapi kemungkinan krisis perkembangan dan atau situasional

b) Penurunan ansietas

Rasional: Meminimalkan kekhawatiran, ketakutan, prasangka, perasaan tidak tenang yang berhubungan dengan sumber bahaya yang diantisipasi dan tidak jelas

c) Teknik menenangkan diri

Rasional: Meredakan kecemasan pada pasien yang mengalami distres akut

d) Peningkatan koping

Rasional: Membantu pasien untuk beradaptasi dengan persepsi stressor, perubahan atau ancaman yang menghambat pemenuhan tuntutan dan peran hidup

e) Dukungan emosi

Rasional: Memberikan penenangan, penerimaan dan bantuan atau dukungan selama masa stress (Wilkinson 2012).

BAB III

RINGKASAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 17 Mei 2016 pada pukul 10.30 WIB di Ruang Melati RSUD Batang meliputi :

1. Identitas

Nama klien adalah Ny. K seorang wanita berumur 48 tahun yang bekerja sebagai buruh. Klien seorang muslim yang bertempat tinggal di Landung sari Pekalongan. Identitas penanggung jawab klien yaitu Tn. T yang bekerja sebagai buruh, Tn. T merupakan suami klien yang berumur 50 tahun.

2. Riwayat Keperawatan

Pada tanggal 17 Mei 2016 jam 10.00 WIB klien dibawa ke rumah sakit oleh keluarga dengan keluhan batuk berlendir putih kental, dan lemas. Keluhan ini dirasakan klien sejak 2 minggu yang lalu, sebelumnya klien periksa ke puskesmas, tetapi selama 2 minggu tidak ada perubahan, klien dianjurkan keluarga untuk periksa ke rumah sakit. Klien menderita penyakit asma sejak mempunyai anak yang ke dua pada usia 38 tahun. Sebelumnya klien belum pernah dirawat ke rumah sakit. Dalam keluarga klien tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien.

3. Pengkajian Fokus

Pada saat pengkajian dan pemeriksaan fisik pada tanggal 17 Mei 2016 ditemukan data yaitu klien mengeluh batuk berlendir putih kental, dan lemas. Keluhan yang paling dirasakan klien adalah sesak nafas. Aktivitas klien yang berat dapat menimbulkan keluhan sesak penggunaan otot bantu pernafasan menggunakan oksigenasi tambahan 2liter/menit dengan nasal canule. Suara nafas klien terdengar mengi. Klien menghabiskan makan 1 porsi yang disediakan dirumah sakit.

Klien makan 3 kali/hari habis 1 porsi dan minum 2 liter dalam sehari. Klien BAK 3 kali sehari dengan warna kuning jernih. Klien BAB sekali dalam sehari dengan konsistensi lunak, tidak ada lendir maupun darah. Pernafasan klien 30 kali/menit, klien mengalami sesak nafas. Hasil pemeriksaan fisik TD 150/90 mmHg. Nadi 97 kali/menit, suhu 36,5°C klien tampak lemas, mata kemerahan, klien tidak bisa tidur ketika malam hari dan sering terbangun karena sesak nafas, terdapat lingkaran gelap dibawah kelopak mata, nafas cuping hidung, terpasang oksigen 2 liter/menit.

Hasil pemeriksaan laboratorium WBC 7.0 [$10^3/UL$], RBC 4.0 [$10^3/UL$], HGB 11.0 [g/dL], HCT 40.0 [%], PLT 250 [$10^3/UL$], GDS 135.

Terapi injeksi dexametasone 3x125mg, antibiotik cefotaxime 2x1gr, aminophylin 240mg, drip RL 20tpm, ranitidin 2x50mg. Terapi nebulizer 2x1 : fentolin 2,5mg, NaCl 2cc

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang sudah dilakukan pada tanggal 17 Mei 2016, penulis merumuskan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, mukus dalam jumlah berlebih, ditandai dengan DS; Pasien mengatakan batuk berlendir putih kental dan sesak nafas. DO; Terdapat lendir kental, auskultasi terdengar suara mengi.
2. Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot pernafasan, ditandai dengan DS : Pasien mengatakan sesak nafas. DO; RR: 30x/mnt, nafas cuping hidung, Nadi: 97x/mnt, terpasang O₂ 2 liter/mnt.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas, ditandai dengan DS; Pasien mengatakan tidak bisa istirahat tidur ketika malam hari dan sering terbangun karena sesak nafas. DO; Tampak lingkaran

gelap dibawah kelopak mata dan mata kemerahan, RR: 30 x/mnt, TD: 150/90 mmHg.

C. Rencana Keperawatan

Berdasarkan masalah yang ditemukan pada saat pengkajian tanggal 17 Mei 2016, penulis dapat menyusun intervensi sabagai berikut :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, lender kental, mukus dalam jumlah berlebih, ditandai dengan DS; Pasien mengatakan batuk berlendir kental dan sesak nafas. DO; Terdapat lendir kental berwarna putih, auskultasi terdengar suara mengi.

Tujuan pasien mengatakan sesak nafas berkurang, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam bersihan jalan nafas kembali efektif. Kriteria hasil yang diharapkan bunyi nafas bersih, tidak ada tanda distress pernafasan, dapat mendemonstrasikan batuk efektif, dapat menyatakan strategi untuk menurunkan kekentalan sekret.

Intervensi auskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas, dengan rasional untuk mengetahui terjadinya sumbatan dijalan nafas. Kaji atau pantau frekuensi pernafasan dengan rasional untuk mengetahui Takipneu. Kaji pasien untuk posisi yang nyaman misal peninggian kepala tempat tidur dengan sudut 45 derajat, duduk pada sandaran tempat tidur dengan rasional memudahkan untuk bernafas. Dorong/bantu latihan relaksasi nafas dalam dengan rasional untuk memberikan cara kepada pasien untuk mengontrol dan mengatasi dispnea. Lakukan tindakan fisioterapi dada dengan rasional untuk mengeluarkan sekret dijalan nafas. Kolaborasi obat sesuai advis dokter untuk pemberian obat.

2. Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot pernafasan, ditandai dengan DS; Pasien mengatakan sesak nafas.

DO; RR: 30x/mnt, nafas cuping hidung, Nadi: 97 x/mnt, terpasang O₂ 2 liter/mnt.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Gangguan pola nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil menunjukkan pola yang dibuktikan oleh status ventilasi dan pernafasan yang tidak terganggu atau kepatenan jalan nafas, TTV dalam batas normal, dada tidak ada gangguan pengembangan, pernafasan menjadi normal 18 sampai 24 x permenit.

Intervensi monitor frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan dengan rasional untuk dispnea dan terjadi peningkatan kerja nafas, kedalaman pernafasan. Tinggikan kepala tempat tidur dan bantu mengubah posisi dengan rasional untuk memudahkan pernafasan. Observasi pola batuk dan karakter sekret dengan rasional untuk mengetahui batuk kering atau basah. Bantu klien latihan nafas dalam atau batuk efektif dengan rasional untuk dapat mengeluarkan sekret dalam ketidaknyamanan bernafas. Berikan oksigen tambahan dengan rasional untuk memaksimalkan bernafas dan menurunkan kerja nafas. Bantu fisioterapi dada dengan rasional untuk memudahkan upaya bernafas dalam dan meningkatkan draenase sekret. Berikan terapi nebulizer : fentolin 2,5mg, NaCl 2cc dengan rasional untuk memudahkan jalan nafas kembali efektif.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas, ditandai dengan DS; Pasien mengatakan tidak bisa istirahat tidur ketika malam hari dan sering terbangun karena sesak. DO; Tampak lingkaran gelap dibawah kelopak mata dan mata kemerahan, RR; 30 x/mnt. TD: 150/90 mmHg.

Tujuannya untuk kebutuhan istirahat tidur terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil jumlah jam tidur tidak terganggu, tidak ada masalah pola aktivitas dan rutinitas tidur atau istirahat.

Intervensi kaji masalah gangguan pola tidur dengan rasional untuk mengetahui gangguan pola tidur dan masalah istirahat tidur klien. Posisikan sesuai dengan kenyamanan klien dengan rasional untuk posisi yang nyaman akan membuat klien nyaman dan dapat memenuhi istirahat tidur. Berikan penyuluhan tentang pentingnya istirahat tidur dengan rasional untuk meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya istirahat tidur bagi tubuh. Berikan lingkungan yang nyaman (posisi semifowler) dengan rasional untuk tempat tidur yang nyaman akan membantu klien istirahat dengan baik.

D. Implementasi

Diagnosa pertama menjadi prioritas adalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, lendir kental, mukus dalam jumlah berlebih, Implementasi yang dilakukan adalah mengkaji keadaan umum klien dan memantau frekuensi pernafasan, mengauskultasi bunyi nafas, mengajarkan klien batuk efektif, memberikan Dexametasone 3x125mg IV, antibiotik: cefotaxime 2x1 1gram IV, ranitidin 2x1 50mg IV. Intervensi dan implementasi diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu memantau frekuensi pernafasan, mengauskultasi bunyi nafas, mengajarkan klien batuk efektif, menganjurkan klien batuk efektif untuk mengeluarkan sekret.

Diagnosa kedua muncul Gangguan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi, keletihan otot pernafasan yaitu memberikan alat bantu nafas oksigen tambahan 2liter/menit, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memantau TTV, memberikan antiasma; salbutamol 3x2mg. sendok makan sesudah makan. Intervensi dan implementasi diagnosa Gangguan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi, keletihan otot pernafasan yaitu memberikan alat bantu nafas oksigen tambahan 2liter/menit, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, menganjurkan klien teknik relaksasi nafas dalam supaya jalan nafas kembali efektif.

Diagnosa yang ketiga adalah Gangguan pola tidur pada Ny. K berhubungan dengan sesak nafas yaitu memposisikan yang nyaman dengan peninggian kepala tempat tidur lebih tinggi, mengkondisikan suasana tenang, memantau TTV; RR: 30x/menit, Nadi: 97x/menit. Intervensi dan implementasi menganjurkan klien untuk posisi nyaman dengan peninggian kepala tempat tidur lebih tinggi dan mengkondisikan suasana yang tenang.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada Ny. K dengan asma, selanjutnya penulis melakukan evaluasi selama proses keperawatan tersebut. Untuk diagnosa keperawatan yang pertama yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, lendir kental, mukus dalam jumlah berlebih. Setelah dilakukan proses keperawatan pada Ny. K dengan asma selama 3x24 jam yaitu pada tanggal 19 Mei 2016 jam 15.00 WIB data yang penulis temukan pada klien yaitu Subjektif; klien mengatakan sesak nafas berkurang dan sudah tidak batuk berlendir putih kental. Objektif; suara nafas vesikuler, mukus dalam jumlah sedikit, RR : 24 x/menit, Nadi : 84 x/menit. Assesment ; masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas klien teratasi. Planning ; Pertahankan intervensi, pertahankan penggunaan alat bantu O₂ 2 liter/mnt, memantau TTV dan mengajarkan batuk efektif.

Diagnosa yang kedua yaitu Gangguan pola nafas pada Ny. K berhubungan dengan Hiperventilasi, kelelahan otot pernafasan. Setelah dilakukan proses keperawatan pada Ny. K dengan asma selama 3x24 jam, pada tanggal 19 Mei 2016 jam 15.20 WIB ditemukan data pada klien yaitu Subjektif; klien mengatakan sesak nafas berkurang, Objektif; RR : 24 x/menit, Nadi : 84 x/menit. Assesment ; masalah ketidakefektifan pola nafas teratasi. Planning ; Pertahankan intervensi, pertahankan penggunaan alat bantu O₂ 2 liter/mnt, memantau TTV dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Diagnosa yang ketiga yaitu Gangguan pola tidur pada Ny. K berhubungan dengan sesak nafas. Setelah dilakukan proses keperawatan pada Ny. K dengan asma selama 3x24 jam, pada tanggal 19 Mei 2016 pukul 15.35 WIB ditemukan data pada klien yaitu Subjektif; klien mengatakan sudah bisa istirahat tidur di malam hari, Objektif; klien tampak tidur, tidak ada lingkaran gelap dibawah kelopak mata, mata klien tampak tidak kemerahan, TD : 130/80 mmHg, RR : 24 x/menit, Nadi : 84 x/menit. Assesment ; masalah gangguan pola tidur teratasi. Planning ; Pertahankan intervensi, berikan posisi yang nyaman dan kondisikan suasana yang tenang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Ny. K dengan asma di RSUD Batang Kabupaten Batang. Masalah keperawatan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. K sesuai dengan prioritas masalah keperawatan adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, lendir putih kental, mukus dalam jumlah berlebih, Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot pernafasan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas, dibawah ini adalah pembahasan dari diagnosa di atas :

A. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian dengan menggunakan format yang telah ada pada format pengkajian asuhan keperawatan ilmu penyakit dalam. Selama proses pengkajian penulis tidak menemukan hambatan, pasien dan keluarga kooperatif sehingga mempermudah penulis untuk mengumpulkan data. Penulis mengkaji dari semua aspek meliputi: bio-psiko-sosial-kultural-spiritual. Dari pengkajian pada tanggal 17 Mei 2016 pada pukul 10.00 WIB didapatkan data dari pengkajian data bio: data subjektif hasil dari pengkajian yang saya lakukan adalah pasien mengatakan batuk keluar lendir dan sesak nafas, pasien mengatakan tidak bisa istirahat tidur ketika malam hari dan sering terbangun karena sesak nafas. data objektif yang saya temukan dari Ny. K adalah terdapat lendir kental berwarna putih saat pasien batuk, auskultasi terdengar suara mengi, TD ; 150/90 mmHg, RR : 30 x/mnt, nafas cuping hidung, Nadi : 97 x/mnt, terpasang oksigen 2liter/mnt, terpasang infus RL 20tpm drip Aminophilin 240mg.

Hasil pengkajian yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian tanggal 17 Mei 2016 sudah sesuai dengan apa yang ada di teori, sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

B. Diagnosa

Berdasarkan data pengkajian yang didapat, penulis menegakkan diagnosa sebagai berikut: ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, lendir putih kental, mukus dalam jumlah berlebih, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, keletihan otot pernafasan, gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas.

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, lendir putih kental, mukus dalam jumlah berlebih.
 - a. Menurut Nanda (2012, h 537) ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau penyumbatan dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas.
 - b. Alasan diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan data, data subjektif : Pasien mengatakan batuk keluar lendir dan sesak nafas. Data objektif : Terdapat lendir kental berwarna putih saat pasien batuk, auskultasi terdengar suara mengi.
 - c. Cara memprioritaskan masalah
Diagnosa ini diangkat sebagai prioritas utama pada kasus ini karena berdasarkan teori Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan oksigenasi merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). Diagnosa ini diangkat sebagai prioritas utama pada kasus ini karena bila jalan nafas tidak efektif maka oksigen tidak akan masuk ke dalam tubuh. Kekurangan oksigen akan menimbulkan dampak yang bermakna bagi tubuh, salah satunya kematian (Mubarak & Chayatin, 2008 H 159).
2. Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, keletihan otot pernafasan.
 - a. Menurut Nanda (2012, h 317) ketidakefektifan pola nafas yaitu inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat.

b. Alasan diagnosa ini ditegakkan

Diagnose ditegakkan karena pada klien ditemukan data, data subjektif : klien mengatakan sesak nafas. Data objektif: klien terpasang oksigen 2liter/menit, RR: 30x/menit, N:97x/menit.

c. Cara pemprioritaskan masalah

Diagnosa ini diangkat sebagai prioritas kedua pada kasus ini karena berdasarkan teori Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan oksigenasi merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus ini karena bila jalan nafas tidak efektif maka oksigen tidak akan masuk ke dalam tubuh. Kekurangan oksigen akan menimbulkan dampak yang bermakna bagi tubuh, salah satunya kematian (Mubarak & Chayatin, 2008 H 159).

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas.

a. Menurut Nanda (2012, h 300) gangguan pola tidur yaitu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat eksternal.

b. Alasan diagnosa ini ditegakkan

Diagnose ditegakkan Masalah gangguan pola tidur muncul pada klien karena ditemukan Data Subjektif : klien mengatakan tidak bisa tidur ketika malam hari dan sering terbangun karena sesak nafas. Data Objektif : terdapat lingkaran gelap dibawah kelopak mata, mata kemerahan, RR : 30x/menit, N : 97x/menit.

d. Cara pemprioritaskan masalah

Diagnosa ini diangkat sebagai prioritas ketiga pada kasus ini karena berdasarkan teori Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan istirahat tidur termasuk dalam kebutuhan fisiologis, dimana jika istirahat tidur tidak tercukupi maka klien kenyamanan klien terganggu (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). Diagnosa ini ditegakkan sesuai dengan Nanda (2012, h 300) karena gangguan pola tidur muncul jika perubahan pola tidur

normal, menyatakan tidak merasa cukup istirahat dan ketidakpuasan tidur.

C. Intervensi

Tujuan serta kriteria hasil yang akan dicapai penulis dan intervensi untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu: pasien mengatakan sesak nafas berkurang, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam bersihan jalan nafas kembali efektif. Kriteria hasil yang diharapkan bunyi nafas bersih, tidak ada tanda distress pernafasan, dapat mendemonstrasikan batuk efektif, dapat menyatakan strategi untuk menurunkan kekentalan sekret. Intervensinya : auskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas misal mengi, krekels, ronchi. Rasionalnya : untuk mengetahui beberapa derajat spasma bronkus terjadi sumbatan di jalan nafas ketidaknormalan bunyi nafas menunjukkan adanya masalah pada sistem pernapasannya. Intervensi : kaji atau pantau frekuensi pernafasan. Rasionalnya : jalan nafas yang tersumbat akan mengakibatkan oksigen tidak dapat masuk ke dalam tubuh. Intervensinya : kaji pasien untuk posisi yang nyaman misal peninggian kepala tempat tidur, duduk pada sandaran tempat tidur. Rasionalnya : peninggian kepala memudahkan untuk bernafas, posisi semifowler memungkinkan pengembangan dada secara maksimal. Intervensinya : dorong atau bantu latihan nafas abdomen atau bibir (relaksasi nafas dalam. Rasionalnya : memberikan cara kepada pasien untuk mengontrol dan mengatasi sekret, yang menrelaksasikan pernafasan. Intervensinya : observasi karakteristik batuk misal menetap batuk pendek, basah. Rasionalnya : batuk pendek, basah biasanya sekret ikut keluar bersama batuk untuk mempermudah mengeluarkan dahak. Intervensinya : lakukan tindakan fisioterapi. Rasionalnya : untuk mengeluarkan atau mengangkat sekret dari jalan nafas. Intervensinya ; kolaborasi obat dexametasone 3x125mg,

antibiotik cefotaxime 2x1gr, aminophylin 240mg, drip RL 20tpm, ranitidin 2x50mg, terapi nebulizer 2x1: fentolin 2,5mg, NaCl 2cc. Rasionalnya : untuk pemberian obat sesuai indikasi untuk mengurangi sesak nafas

Tujuan serta kriteria hasil yang akan dicapai penulis dan intervensi untuk diagnosa Gangguan pola nafas yaitu: pasien mengatakan sesak nafas berkurang, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Gangguan pola nafas kembali efektif. Kriteria hasil yang diharapkan pola nafas kembali efektif, TTV dalam batas normal, dada tidak ada gangguan pengembangan, pernafasan menjadi normal 18 sampai 24x/menit. dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam. Intervensinya : monitor frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan. Rasionalnya : dispnea dan terjadi peningkatan kerja nafas, kedalaman pernafasan bervariasi, Mengetahui adakah sumbatan pada jalan nafas, jalan nafas yang tersumbat akan mengakibatkan oksigen tidak dapat masuk ke dalam tubuh, dan ketidaknormalan bunyi nafas menunjukkan adanya masalah pada sistem pernapasannya. Intervensi : tinggikan kepala tempat tidur dan posisikan klien duduk. Rasionalnya : Memperlancar pernafasan, posisi fowler memungkinkan pengembangan dada secara maksimal. Ajarkan batuk efektif, rasionalnya: dapat meningkatkan dimana ada gangguan ventilasi, yang mempermudah pasien mengeluarkan dahak. Berikan oksigen tambahan 2 liter/menit menggunakan nasal kanul. Rasionalnya : Memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh, tubuh kekurangan oksigen yang disebabkan oleh jalan nafas yang tersumbat.

Tujuan serta kriteria hasil yang akan dicapai penulis dan intervensi untuk diagnosa gangguan pola tidur yaitu: Tujuan pasien mengatakan sudah bisa tidur. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam gangguan pola tidur. Kriteria hasil yang diharapkan jumlah jam tidur tidak terganggu, tidak ada masalah dengan pola, kualitas dan rutinitas tidur/istirahat. Intervensinya : kaji masalah

gangguan pola tidur. Rasionalnya : untuk mengetahui gangguan pola, dan masalah istirahat tidur yang mengganggu kenyamanan klien karena sesak nafas, jalan nafas yang tersumbat mengakibatkan kekurangan oksigen dalam tubuh. Intervensi : posisikan dengan kenyamanan klien. Rasionalnya : posisi yang nyaman akan membuat klien nyaman dan memenuhi istirahat tidur. Intervensi : berikan penyuluhan tentang pentingnya istirahat tidur. Rasional : untuk meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya istirahat tidur bagi tubuh. Intervensi : berikan lingkungan yang nyaman (posisi semifowler). Rasional : posisi semifowler dapat memperlancar pernafasan, posisi fowler memungkinkan pengembangan dada secara maksimal.

D. Implementasi

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah diangosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang dilakukan dari tanggal 17 Mei 2016 sampai tanggal 19 Mei 2016 penulis melakukan tindakan : mengkaji keadaan umum atau memantau frekuensi pernafasan, respon data subjektif : klien mengatakan batuk mengeluarkan lendir , dan klien mengatakan sesak nafas, data objektif : terdapat lendir kental berwarna putih. Mengauskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas, respon data subjektif : klien mengatakan sesak nafas, data objektif : auskultasi terdengar suara nafas mengi. Memposisikan klien yang nyaman dengan peninggian kepala tempat tidur, respon data subjektif : klien merasa lebih nyaman, data objektif: bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45°, mengajarkan batuk efektif, respon data subjektif: klien bersedia diajari batuk efektif, data objektif : klien mempraktekan apa yang telah diajarkan, mengkolaborasi pemberian oksigen 2 liter/menit menggunakan nasal kanul, respon data subjektif: klien mau memakai oksigen, data objektif: RR; 30x/menit, Nadi; 97x/menit, terpasang nasal kanul oksigen 2 liter/menit. Kekuatan selama melakukan

implementasi keperawatan pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah klien dan keluarga kooperatif, mau mengikuti saran dan mempraktekan apa yang telah diajarkan perawat sehingga tidak ada hambatan selama melakukan tindakan keperawatan.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah diagnosa yang kedua Gangguan pola nafas yang dilakukan dari tanggal 17 Mei 2016 sampai tanggal 19 Mei 2016 penulis melakukan tindakan yaitu mengkaji frekuensi pernafasan, dengan respon data subjektif: klien mengatakan sesak nafas, data objektif: RR: 30x/menit, N:97x/menit, klien terpasang oksigen 2liter/menit menggunakan nasal kanul, melakukan relaksasi nafas dalam, dengan respon data subjektif; -, data objektif; klien tampak rileks setelah dilakukan relaksasi nafas dalam. Kekuatan selama melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa Gangguan pola nafas adalah klien dan keluarga kooperatif, mau mengikuti saran dan mempraktekan apa yang telah diajarkan perawat sehingga tidak ada hambatan selama melakukan tindakan keperawatan.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah diagnosa gangguan pola tidur yang dilakukan dari tanggal 17 Mei 2016 sampai tanggal 19 Mei 2016 penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu: mengkaji gangguan pola tidur, dengan respon data subjektif; klien tidak bisa tidur ketika malam hari sering terbangun karena sesak nafas, data objektif; RR: 30x/menit, Nadi 97x/menit, lingkaran gelap dibawah kelopak mata, mata kemerahan, memposisikan yang nyaman dan kondisi lingkungan yang tenang dengan respon data subjek; -, data objektif; klien tampak nyaman dengan posisi semifowler. Kekuatan selama melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan pola tidur adalah klien dan keluarga kooperatif, mau mengikuti saran dan mempraktekan apa yang telah diajarkan perawat sehingga tidak ada hambatan selama melakukan tindakan keperawatan.

E. Evaluasi

1. ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, lendir putih kental, mukus dalam jumlah berlebih.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 19 Mei 2016 melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: tanda-tanda vital dalam batas normal, pernapasan tidak sesak, istirahat tidur tercukupi, penulis masih menemukan klien pada hari ketiga, masih sesak dan batuk tetapi sudah berkurang di temukan data adalah Subjektif ; klien mengatakan sesak nafas berkurang dan sudah tidak batuk berlendir kental putih. Objektif ; suara nafas vesikuler, mukus dalam jumlah sedikit, RR: 24 x/menit, Nadi : 84 x/menit. Assesment ; masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas klien teratasi. Planning ; Pertahankan intervensi, pertahankan penggunaan alat bantu O₂ 2liter/mnt, memantau TTV dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

2. Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot pernafasan.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 19 Mei 2016 melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: tanda-tanda vital dalam batas normal, pernapasan tidak sesak, istirahat tidur tercukupi, penulis masih menemukan klien pada hari ketiga, masih sesak dan batuk tetapi sudah berkurang di temukan data adalah Subjektif ; klien mengatakan sesak nafas berkurang. Objektif : tidak terpasang oksigen tambahan 2liter/menit menggunakan nasal kanul, RR: 24x/menit, N: 84x/menit. Assesment ; masalah ketidakefektifan pola nafas klien teratasi. Planning ; Pertahankan intervensi, pertahankan penggunaan alat bantu O₂ 2 liter/mnt, memantau TTV dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 19 Mei 2016 adalah Subjektif ; klien mengatakan sudah bisa tidur di malam hari karena sesak nafas berkurang. Objektif : tidak terlihat lingkaran gelap dibawah kelopak mata, mata tidak kemerahan, RR: 24x/menit, N: 84x/menit. Assesment ; masalah gangguan pola tidur klien teratasi. Planning ; Pertahankan intervensi, posisi yang nyaman dengan peninggian kepala tempat tidur dan kondisi suasana tenang.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang dicapai yaitu: tanda-tanda vital dalam batas normal, batuk berlendir berkurang, sesak nafas berkurang, istirahat tidur tercukupi klien tidak lemas, pasien dapat beraktivitas secara mandiri, pada hari tanggal 19 Mei 2016 ditemukan data: S: klien batuk berlendir berkurang, O: lendir berkurang, A: masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi, P: pertahankan kondisi.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: tanda-tanda vital dalam batas normal, sesak nafas berkurang, istirahat tidur tercukupi pada tanggal 19 Mei 2016 ditemukan data: S: sesak nafas berkurang, O: suara nafas vesikuler, RR; 24x/menit, Nadi 84x/menit, A: masalah ketidakefektifan pola nafas teratasi, P: pertahankan kondisi.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: tanda-tanda vital dalam batas normal, sesak nafas berkurang, istirahat tidur tercukupi pada tanggal 19 Mei 2016 ditemukan data: S: klien mengatakan istirahat cukup, sesak nafas berkurang, O: tidak terdapat lingkaran gelap dibawah kelopak mata, mata tidak kemerahan, RR; 24x/menit, Nadi 84x/menit, A: masalah gangguan pola tidur teratasi, P: pertahankan kondisi.

BAB V

PENUTUP

Pelaksanaan Asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan pada Ny. K dengan asma di RSUD Batang Kabupaten Batang pada tanggal 17 Mei 2016 sampai 19 Mei 2016. maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran yang berguna bagi peningkatan asuhan keperawatan pada umumnya dan khususnya pada klien dengan asma.

A. Simpulan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada Ny. K pada tanggal 17 Mei 2016 didapatkan data: data subjektif hasil dari pengkajian yang saya lakukan adalah pasien mengatakan batuk keluar lendir dan sesak nafas, pasien mengatakan tidak bisa istirahat tidur ketika malam hari dan sering terbangun karena sesak nafas. Sedangkan data objektif yang saya temukan dari Ny. K adalah terdapat lendir kental berwarna putih saat pasien batuk, auskultasi terdengar suara mengi, TD; 150/90mmHg, RR; 30x/mnt, nafas cuping hidung, Nadi; 97x/mnt, terpasang O₂ 2 liter/mnt.

Diagnosa keperawatan yang biasanya ditemukan pada klien dengan asma tidak semua penulis dapatkan pada Ny. K Penulis hanya mendapatkan tiga diagnosa yaitu : ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, lendir putih kental, mukus dalam jumlah berlebih, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi, kelelahan otot pernafasan dan Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas.

Perencanaan dilakukan berdasarkan prioritas masalah sesuai kondisi klien yang ditemukan pada saat pengkajian. Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Ny. K penulis telah berusaha melaksanakan tindakan

keperawatan sesuai rencana perawatan ditunjukkan untuk memecahkan masalah yang dialami klien. Ada tindakan keperawatan yang tidak dilakukan, hal itu karena keterbatasan penulis. Evaluasi yang dilakukan menggunakan SOAP. Dari tiga diagnosa keperawatan yang muncul sudah teratasi.

B. Saran

Dengan di laksanakan nya asuhan keperawatan pada klien dengan asma yang telah penulis lakukan, saran yang dapat diberikan yaitu:

1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan bagi perawat agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang asma, cara pertolongan pertama pada penderita asma dan Asuhan Keperawatan Asma.

2. Bagi Lahan Praktek

Meningkatkan pemberian informasi kepada klien terutama cara mengatasi kekambuhan asma di rumah, misalnya dengan mengajarkan inhalasi uap sederhana yang dapat dipraktikan klien di rumah bila klien sesak.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Memperbanyak sumber pembelajaran berupa peningkatan jumlah buku asuhan keperawatan pada asma baik dalam buku penyakit dalam maupun kegawat darurat dalam menangani pasien asma.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra & Yessie. 2013. *KMB 1 Keperawatan Medikal Bekah (Keperawatan Dewasa)*. Jakarta: EGC
- Arief Brahman, 2009. *Asma Data Prevalensi*. Jakarta : EGC
- Cissy, B.Kartasmita, 2008. <<http://www.ilmu penyakit dalam.ac.id>>.
- Dinkes Jateng. 2008. Asma. <http://www.dinkesjatengprov.go.id/> . dilihat 22 Januari 2015.
- Gina Putri. 2006. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Heather.2012-2014. *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Helmi Sutardjo. 2009. *Asma Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : EGC
- Mubarak, Wahid Iqbal dan Nurul Chayatin. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC
- Murwani. 2011. *Perawatan Penyakit Pasien Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Penerbit Gosyen Publishing
- Naga Soleh. 2012. *Buku Paduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: DIVA Press(Anggota IKAPI)
- Nurarif, Huda, Amin & Kusuma Hardhi, 2015, *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa dan NANDA NIC NOC*, Jilid 3, Mediacion, Jogjakarta.

Padila. 2013. *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.

PDPI, 2006. *Etiologi Asma Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : EGC

DINKES PROVINSI JAWA TENGAH 2012, <http://www.dinkesjatengprov.go.id/>

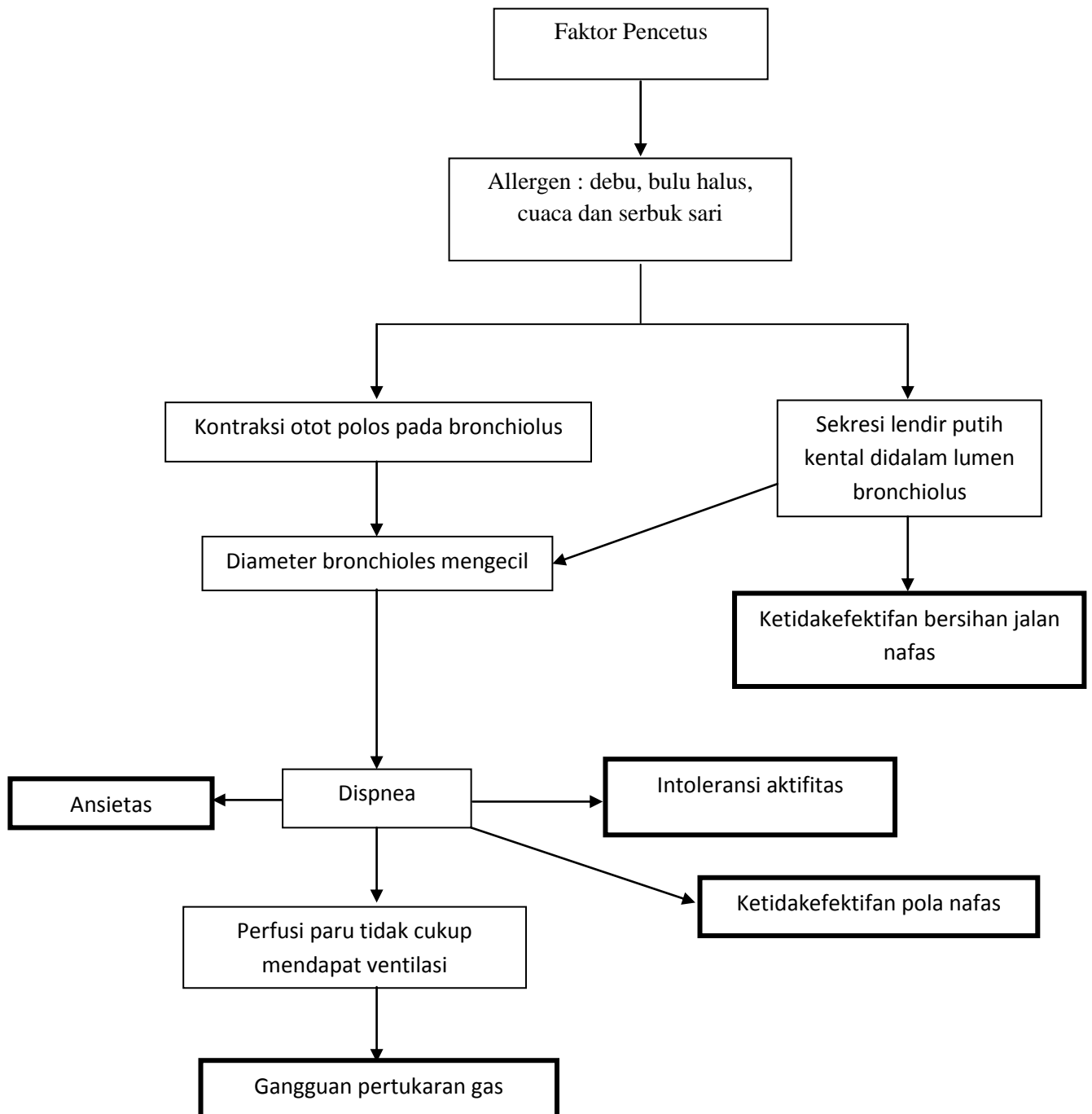
Suprpto Imam. 2014. *Patologi & Patofisiologi Penyakit*. Yogyakarta : Nuha Medika

Wilkinson & Ahern.2011. *Buku saku diagnosis keperawatan edisi 9*. Jakarta: EGC

World Health Organization. Facts about Asthma (2010). Available from [http://www.who.int/mediacentre / factsheets / fs307 / en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html)
Diunduh pada 20 Januari 2016.

Lampiran

Pathways



ASUHAN KEPERAWATAN ASMADA NY. K DIRUANG MELATI

RSUD BATANG KABUPATEN PEKALONGAN

PENGKAJIAN

Riwayat keperawatan

Tanggal masuk : 17 Mei 2016
Jam masuk : 10.00 WIB
No RM : 349157
Ruang / Kamar : Melati A.1
Tanggal pengkajian : 17 Mei 2016
Jam pengkajian : 10.30
Diagnosa medis : ASMA

A. BIODATA

1. Biodata Klien

Nama : Ny. K
Umur : 48 tahun
Agama : Islam
Status : Menikah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Buruh
Alamat : Landungsari Pekalongan

2. Biodata Penanggung Jawab

Nama : Tn. S
Umur : 50 tahun
Agama : Islam
Status : Menikah
Pekerjaan : Buruh
Hubungan dg klien : Suami

B. Riwayat Kesehatan Fungsional Gordon

1. Riwayat penyakit sekarang

DS; Sebelum klien masuk ke RSUD batang, klien berobat di puskesmas selama 2 minggu tetapi tidak ada perubahan, lalu keluarga klien menyarankan untuk dibawa ke rumah sakit.

Klien datang di RSUD Batang pada tanggal 17 Mei 2016 jam 10.00 WIB dengan keluhan sesak nafas, batuk berlendir kental berwarna putih dan badan terasa lemas. Pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data: Data Subjektif : klien mengatakan sesak nafas, batuk berlendir kental berwarna putih selama seminggu dan pada saat klien melakukan aktivitas yang berlebih menimbulkan sesaknya kambuh. Data Objektif : terdengar suara nafas mengi, klien tampak batuk, klien terasa lemas dengan hasil monitor TTV = TD: 150/90mmHg, N: 97x/menit, RR: 30x/menit, S: 36,5 °C, terpasang oksigen 2 liter/menit.

2. Keluhan Utama

DS; Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk

3. Riwayat Kesehatan

DS; klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada riwayat penyakit menular dan keturunan seperti DM dan Hipertensi.

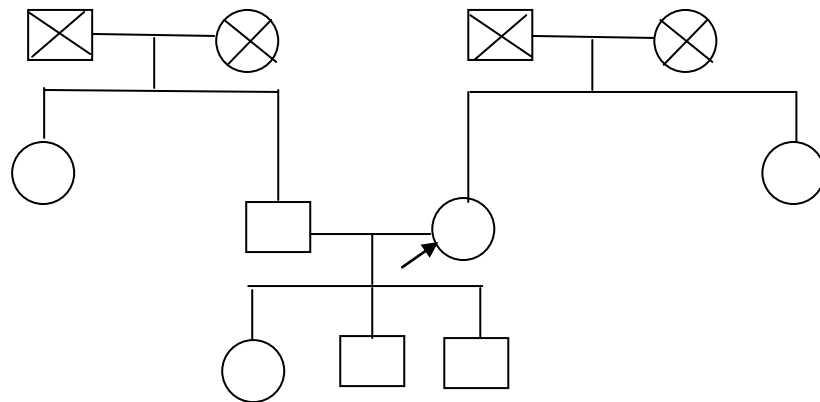
4. Riwayat Penyakit Dahulu

DS; Klien mengatakan sudah sekitar 10 tahun yang lalu menderita penyakit asma sejak mempunyai anak yang kedua pada umur 38th.

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

DS; menurut keluarga pasien keadaan lingkungan nya rumah cukup bersih terdapat jendela di rumah dibuka setiap pagi hari, terdapat kamar mandi bersih, wc, lantai keramik, sumber air dari pam dan sampah dibakar dibelakang rumah

6. Genogram



Keterangan:

[] : laki-laki

[] : perempuan

[] — [] : menikah

↗ : pasien

DS ; Klien mengatakan didalam kesehatan keluarga tidak mempunyai riwayat keturunan dan menular seperti DM dan Hipertensi.

7. Prosedur bedah

DS; klien belum pernah di operasi.

8. Riwayat penyakit masa kanak-kanak

DS; klien pada waktu waktu anak-anak klien hanya sakit batuk dan pilek.

9. Imunisasi

DS; klien mengatakan pada waktu anak-anak imunisasi lengkap.

10. Alergi

DS; klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi.

11. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

DS; klien mengatakan sering kecapen karena bekerja terlalu keras

12. Riwayat sosial

DS; klien didalam masyarakat biasanya mengikuti kegiatan pengajian
seminggu sekali.

13. Personal hygiene

| | | |
|---------------|---------------|---------------|
| Ds; | sebelum sakit | selama sakit |
| Mandi | 2x/ sehari | 2x/sehari |
| Gosok gigi | 2x/sehari | belum pernah |
| Cuci rambut | 3x/seminggu | belum keramas |
| Ganti pakaian | 1x/sehari | 1x/sehari |
| Potong kuku | kadang kadang | belum pernah |

14. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi-metabolik

| | | |
|-------------|---------------|-----------------|
| Ds; | sebelum sakit | selama sakit |
| Makan pagi | habis 1 porsi | habis 1/2 porsi |
| Makan siang | habis 1 porsi | habis 1/2 porsi |
| Makan malam | habis 1 porsi | habis 1/2 porsi |

| | | |
|---------|---------------|---------------|
| | sebelum sakit | selama sakit |
| Kudapan | roti dan buah | roti dan buah |
| Minum | ±8gelas/hari | ±8gelas/hari |

15. Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi

| | | |
|--------------|-------------------|-------------------|
| DS; | sebelum sakit | selama sakit |
| BAB | | |
| Frekuensi | 1x/hari | 1x/sehari |
| Jumlah feses | - | - |
| Warna | kuning kecoklatan | kuning kecoklatan |
| Konsistensi | lunak | lunak |
| Masalah | tidak ada keluhan | tidak ada keluhan |
| BAK | | |
| Frekuensi | 3x/hari | 3x/hari |
| Jumlah urin | - | - |
| Warna | kuning jernih | kuning jernih |

| | | |
|---------|-------------------|-------------------|
| Bau | Khas urine | khas urine |
| Masalah | tidak ada keluhan | tidak ada keluhan |

16. Pola aktifitas dan latihan

DS; Klien mengatakan sebelum sakit dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berpakaian, mandi, makan dan minum dilakukan secara mandiri. Namun selama sakit klien beraktivitas sehari-hari di bantu oleh keluarga sepertimakan karena klien sedang menjalani pemulihan.

17. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat tidur

| | | |
|-------------------|-------------------|--------------|
| DS; sebelum sakit | | selama sakit |
| Tidur siang | ± 2 jam | ± 1 jam |
| Tidur malam | ± 8 jam | ± 4 jam |
| Keluhan | tidak ada keluhan | ada keluhan |

DO;

- Ada lingkaran gelap dibawah kelopak mata
- Mata kemerahan, RR 30x/menit

18. Riwayat keperawatan untuk pola kognitif perseptual

DS; klien mengatakan tidak mengetahui penyebab dari penyakitnya
Klien hanya merasakan sesak nafas, batuk berlendir putih kental dan badan terasa lemas.

DO; klien tampak sesak, klien tampak batuk, klien tampak lemas, TD: 150/90mmHg, N: 97x/menit, RR: 30x/menit, S: 36,5°C, klien tampak terpasang O₂ 2Lpm, suara nafas mengi.

19. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi konsep diri

| | |
|-------------------------------|--|
| Sikap pasien terhadap dirinya | : baik |
| Dampak sakit terhadap diri | : tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri |
| Keinginan untuk mengubah diri | : ada |
| Postur tubuh | : sedang |
| Kontak mata | : ada |
| Ekspresi wajah | : lemas |

20. Riwayat keperawatan pola peran dan tanggung jawab
DS; pasien bekerja sebagai buruh. Hubungan pasien dengan perawat baik. Karena sakit dan dirawat di RS klien tidak dapat menjalankan perannya.
21. Riwayat keperawatan pola seksual reproduksi
DS; Pasien mengatakan bahagia karena telah dikaruniai 3 orang anak dengan 1 anak perempuan dan 2 anak laki-laki dari pernikahannya.
22. Riwayat keperawatan pola koping dan toleransi stress
Stressor : -
Metode koping yang bisa digunakan : berdoa
Sistem pendukung : keluarga
Efek penyakit terhadap tingkat stres : -
Ekspresi : lemas
23. Riwayat keperawatan untuk nilai/kepercayaan
Agama : islam
Kegiatan keadaan : selama sakit dan dirawat di RS pasien belum pernah sholat, klien hanya berdoa dan berdzikir agar cepat sembuh.

C. Pemeriksaan fisik

1. Penampilan umum
Kesadaran : compos menthis
DO : pasien tampak lemah
2. Vital sign
TD : 150/90 mmHg
N : 97x/menit
S : 36,5⁰C
RR : 30x/menit

BB sebelum sakit : 55 kg

BB selama sakit : 55 kg

TB : 150 cm

3. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Inspeksi : bentuk kepala mesocephal, rambut beruban, tidak rontok, distribusi rambut rata.

Palpasi : tidak ada luka, tidak ada benjolan.

b. Mata

Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, ada lingkaran gelap dibawah kelopak mata, mata terlihat kemerahan,

Penglihatan : penglihatan masih normal

c. Hidung

Inspeksi : bentuk hidung simetris, terdapat cuping hidung

Palpasi : tidak ada polip, tidak terdapat luka

Penciuman : penciuman masih normal

d. Telinga

Inspeksi : bersih, tidak ada serumen yang keluar

Pendengaran : pendengaran masih normal

e. Mulut

Inspeksi : bentuk normal, mukosa bibir lembab

Perasa : perasa baik

f. Leher

Inspeksi : tidak terlihat pembesaran kelenjar tiroid

Palpasi : tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid

g. Paru

Inspeksi : Simetris, tidak ada pembesaran paru.

Palpasi : taktil fremitus 77 getaran sama kanan kiri

Perkusi : resonan

Auskultasi : suara nafas mengi

h. Jantung

- Inspeksi : tidak ada luka, ictus cordis tidak tampak
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : pekak
- Auskultasi : bunyi jantung 1 dan 2, lupdup
- i. Abdomen
- Inspeksi : tidak ada bekas luka
- Auskultasi : terdengar normal, bising usus 12x/menit
- Perkusi : timpani
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada luka
- j. Ekstremitas
- Atas : terpasang infus RL 20tpm ditangan kiri, tidak oedem
- Bawah : tidak ada oedem

D. Prosedur Diagnostik dan Laboratorium

1. Terapi

| Nama Obat | Tanggal Terapi | Komposisi | Indikasi dan tujuan | Respon pasien |
|-----------|----------------|--|---|--|
| Infus RL | 26-1-2015 | Larutan Nacl, kcl, cacl dan natrium laktat | Untuk mengembalikan keseimbangan cairan elektrolit pada dehidrasi | Klien tidak mengalami efek samping terhadap infus RL |

2. Obat-obatan

| Nama obat | Tgl | Cara dosis dan frekuensi | Cara kerja obat fungsi dan klasifikasi | Respon klien |
|-------------------------|----------------|--------------------------|---|--------------|
| Ranitidine 2x50mg | 17 Mei 2016 | 50mg intravena | menghambat reseptor H2 sehingga mengurangi produksi asam lambung | - |
| Dexametasone 3x125mg | | 125mg intravena | obat anti inflamasi dan alergi, bekerja dengan menurunkan respon imun terhadap stimulasi rangsang | - |
| Cefotaxime 2x1gr | | 1gr intravena | antibiotik yang bekerja dengan menghambat sintesis dinding bakteri | - |

3. Laboratorium

Tanggal : 18 Mei 2016

Jam : 15.00 WIB

| Parameter | Hasil | Satuan | Normal | |
|-----------|-------|--------------------|-----------|-----------|
| | | | Perempuan | Laki-laki |
| WBC | 7.0 | $10^3/\mu\text{L}$ | 4.8-10.8 | 4.8-10.8 |
| RBC | 4.0 | $10^3/\mu\text{L}$ | 4.7-6.3 | 4.7-5.4 |
| HGB | 11 | g/dl | 14-18 | 12-16 |
| HCT | 40.0 | % | 42-52 | 37-47 |
| PLT | 250 | $10^3/\mu\text{L}$ | 150 | 450 |

E. Asuhan Keperawatan

1. Pengelompokan Data

DS: klien mengatakan sesak nafas dan saat batuk mengeluarkan lendir putih kental, klien mengatakan tidak bisa tidur karena sesak nafas, terutama saat malam hari sering terbangun.

DO: klien tampak terdapat lingkaran gelap dibawah kelopak mata, Mata klien tampak kemerahan, TD 150/90 mmHg, sesak nafas, RR 30x/menit, nadi 97x/menit

2. Analisa Data

| No | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|---|---------------------------------------|---|
| 1 | DS;klien mengatakan kalau batuk mengeluarkan lendir, klien mengatakan sesak nafas DO;terdapat lendir kental berwarna putih, auskultasi terdengar nafas mengi Rr: 30x/menit Terpasang O ₂ 2Lpm | Ketidakefektifan bersihan jalan nafas | Spasme jalan nafas, mukus dalam jumlah berlebih |
| 2 | DS;klien mengatakan sesak nafas DO;RR 30x/menit, nafas cuping hidung, takikardi, nadi 97x/menit, terpasang O ₂ 2Lpm | Gangguan pola nafas | Hiperventilasi, keletihan otot pernafasan |
| 3 | DS; klien mengatakan tidak bisa tidur ketika malam hari dan sering terbangun karena sesak DO;klien tampak terdapat | Gangguan pola tidur | Sesak nafas |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | lingkar gelap dibawah kelopak mata, klien tampak kemerahan pada mata, TD 150/90 mmHg, sesak nafas, RR 30x/menit, nadi 97x/menit. | | |
|--|--|--|--|

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan spasme jalan nafas, mukus dalam jumlah berlebih
- b. Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot pernafasan
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas

4. Rencana Keperawatan

| Hari/tg 1 | No. DX | TUJUAN | INTERVENSI | RASIONAL |
|----------------|-----------|--|--|--|
| 17 Mei 2016 | 1 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan bersihan jalan nafas kembali efektif dengan Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Bunyi nafas berih - Tidak ada tanda distres pernafasan - Dapat mendemonstrasikan batuk efektif - Dapat menyatakan strategi untuk | <ol style="list-style-type: none"> 1. Auskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas 2. Kaji atau pantau frekuensi pernafasan 3. Kaji pasien untuk posisi yang nyaman misal peninggian kepala tempat tidur, duduk pada sandaran tempat tidur 4. Dorong atau bantu latihan cara batuk efektif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui terjadi sumbatan dijalan nafas 2. Untuk mengetahui takipnea 3. Memudahkan untuk bernafas 4. Memberikan cara untuk |

| | | | | |
|----------------|---|--|---|---|
| | | menurunkan kekentalan sekret | 5. Kolaborasi obat sesuai advis dokter | mengeluarkan sekret 5. Untuk pemberian obat |
| 17 Mei 2016 | 2 | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola nafas dapat teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan pola yang dibuktikan oleh status pernafasan (status ventilasi dan pernafasan yang tidak terganggu atau kepatenan jalan nafas - TTV dalam batas normal - Dada tidak ada pengembangan - Pernafasan menjadi normal 18-24x/menit - | <p>1. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan</p> <p>2. Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi</p> <p>3. Berikan klien latihan teknik relaksasi nafas dalam/batuk efektif</p> <p>4. Berikan oksigenasi tambahan 2liter/menit, menggunakan nasal canul</p> <p>5. Berikan nebulizer (Fentolin 2,5mg : NaCl 2cc)</p> | <p>1. Dispnea dan terjadi peningkatan kerja nafas, kedalaman pernafasan.</p> <p>2. untuk memudahkan pernafasan</p> <p>3. Untuk mengeluarkan sekret, ketidaknyaman bernafas</p> <p>4. Membantu bernafas dan Meringankan kerja nafas</p> <p>5. Untuk memudahkan jalan nafas kembali efektif</p> |
| 17 MeiMe | 3 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 | 1. Kaji masalah gangguan tidur | 1. Untuk mengetahui |

| | | | | |
|-------|--|---|---|---|
| i2016 | | jam diharapkan kebutuhan istirahat tidur terpenuhi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah jam tidur tidak terganggu - Tidak ada masalah dengan pola, kualitas dan rutinitas tidur/istirahat | 2. Posisikan sesuai dengan kenyamanan klien 3. Berikan penyuluhan tentang pentingnya istirahat tidur 4. Berikan lingkungan yang nyaman dengan posisi semifowler | gangguan pola tidur dan masalah istirahat tidur klien 2. Posisi yang nyaman akan membuat klien nyaman dan dapat memenuhi istirahat tidur 3. Untuk meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya istirahat tidur bagi tubuh 4. Tempat tidur yang nyaman akan membantu klien istirahat dengan baik |
|-------|--|---|---|---|

5. Implementasi

| Hari/tgl/ jam | No DX | Tindakan Keperawatan | Respon pasien | Paraf |
|------------------------------------|-----------|---|--|-------|
| Selasa, 17 Mei 2016 12.30 | 1,2 ,3 | Mengkaji keadaan umum klien dan memantau frekuensi pernafasan | S;klien mengatakan kalau batuk mengeluarkan lendir, klien mengatakan | |

| | | | | |
|--|-----------|---|---|--|
| | | | <p>sesak nafas</p> <p>O; terdapat lendir kental berwarna putih, auskultasi terdengar nafas mengi, RR: 30x/menit, Nadi 97x/menit</p> | |
| | 1 | Mengauskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas | <p>S;klien mengatakan batuk dan sesak nafas</p> <p>O;suara nafas mengi</p> | |
| | 2 | Memposisikan klien yang nyaman dengan peninggian kepala | <p>S; klien mengatakan posisi nyaman</p> <p>O;klien tampak rileks</p> | |
| | 1,2 | Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam | <p>S;klien mengatakan mau diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O;klien tampak rileks</p> | |
| | 1,2 ,3 | Memberikan alat bantu nafas oksigen tambahan 2 Lpm | <p>S;klien mengatakan sesak nafas</p> <p>O;terpasang oksigen 2liter/menit</p> | |
| | 1,2 ,3 | Memonitor TTV | <p>S;klien mengatakan lemas</p> <p>O; TD: 150/90mmhg, Nadi: 97x/menit, RR: 30x/menit, Suhu: 36,5</p> | |

| | | | | |
|-------------------------|-----|--|--|--|
| | 2 | Memberikan terapi nebulizer | <p>C°</p> <p>S;klien mengatakan mau diberikan terapi nebulizer(ventolin, NaCl 2cc)</p> <p>O;klien terlihat menghisap uap, klien tampak rileks</p> | |
| | 3 | Mengkaji gangguan pola tidur | <p>S;klien mengatakan tidak bisa tidur ketika malam hari dan sering terbangun karena sesak nafas</p> <p>O;tampak lingkaran gelap dibawah kelopak mata, mata kemerahan, RR: 30x/menit, TD: 150/90mmHg</p> | |
| | 3 | Memposisikan setengah duduk (Semi fowler) | <p>S; klien mengatakan nyaman diberikan posisi setengah duduk</p> <p>O; posisi klien setengah duduk</p> | |
| Rabu, 18 Mei 2016 | 1,2 | Memantau frekuensi pernafasan | S; klien mengatakan masih sesak nafas dan batuk berlendir kental | |

| | | | | |
|--|-------|---|---|--|
| | | | <p>berwarna putih</p> <p>O; RR: 28x/menit, klien tampak batuk berlendir putih kental</p> | |
| | 1 | Mengauskultasi bunyi nafas | <p>S; klien mengatakan batuk dan sesak nafas</p> <p>O; suara nafas mengi</p> | |
| | 1,2,3 | Memposisikan klien yang nyaman (peninggian kepala tempat tidur) | <p>S; klien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O; klien tampak rileks</p> | |
| | 1 | Melatih batuk efektif | <p>S; klien mengatakan mau melakukan batuk efektif</p> <p>O; sekret keluar, klien tampak rileks</p> | |
| | 1,2 | Memberikan alat bantu oksigen | <p>S; klien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O; terpasang oksigen 2Lpm, menggunakan nasal canule</p> | |
| | 1,2,3 | Memberikan terapi injeksi; Dexametasone 3x125mg, cefotaxim 2x1 gr, infus RL drip aminophyline 1 amp, ranitidine 2x150mg | <p>S; klien menerima obat injeksi</p> <p>O; obat masuk tidak ada alergi</p> | |
| | 1,2,3 | Monitor TTV | <p>S; -</p> <p>O; TD: 140/90 mmHg, N: 88x/menit,</p> | |

| | | | | |
|-----------------|-----------|--|---|--|
| | | | RR: 28x/menit, S: 36,5°C | |
| | 1 | Memberikan terapi nebulizer | S; klien mengatakan mau diberikan terapi nebulizer(ventolin, NaCl 2cc) | |
| | 3 | Memantau pola tidur dan mengidentifikasi faktor yang menyebabkan kurang tidur | O; klien tampak rileks S; klien mengatakan tidak bisa tidur pada malam hari dan terbangun karena sesak nafas O; lingkaran gelap di bawah kelopak mata, TD: 140/90mmHg, RR: 28x/menit. | |
| | 3 | Memberikan suasana lingkungan yang tenang dan mempertahankan rutinitas waktu tidur | S; klien mengatakan sesak nafas O; kondisi lingkungan kurang tenang | |
| | 3 | Memposisikan semi fowler | S; klien mengatakan nyaman di berikan posisi setengah duduk O; posisi klien setengah duduk | |
| Kamis 19 Mei | 1,2 ,3 | Mengobservasi keadaan umum klien dan memantau | S; klien mengatakan sesak nafas berkurang | |

| | | | | |
|------|-------|--|--|--|
| 2016 | | frekuensi pernafasan | dan batuk berkurang O; RR: 26x/menit, batuk berlendir berkurang | |
| | 1 | Mengauskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas | S; klien mengatakan sesak nafas berkurang O; suara nafas mengi | |
| | 3 | Memposisikan klien yang nyaman | S; klien mengatakan nyaman, sesak nafas berkurang O; klien tampak rileks | |
| | 2 | Melatih teknik relaksasi nafas dalam | S; klien mengatakan mau dilatih teknik relaksasi nafas dalam O; klien tampak rileks | |
| | 1,2 | Memberikan alat bantu nafas oksigen | S; klien mengatakan sesak nafas berkurang O; terpasang oksigen 2Lpm, menggunakan nasal canule | |
| | 1,2,3 | Memonitor TTV | S; - O; TD: 130/80mmHg, RR: 24x/menit, N: 84x/menit, S: 36°C | |
| | 1 | Memberikan terapi nebulizer | S; klien mengatakan mau di nebulizer(ventolin, | |

| | | | | |
|--|-----------|--|--|--|
| | | | NaCl 2cc) O; klien tampak rileks | |
| | 1,2 ,3 | Memberikan terapi injeksi; Ranitidine 2x50 mg, dexametasone 3x125mg, cefotaxime 2x1 gr, infus RL 20tpm (drip aminophyline240mg) | S; klien mengatakan tangan yang disuntik sedikit pegal setelah disuntik O; obat masuk , tidak ada alergi | |
| | 1,2 ,3 | Memberikan terapi oral; Salbutamol 3x2,41mg, sesudah makan | S; klien mengatakan akan minumnya O; klien mengerti aturan minumnya | |
| | 3 | Memantau pola tidur dan mengidentifikasi faktor yang menyebabkan kurang tidur | S; klien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari karena sesak berkurang O; RR: 26x/menit, TD: 130/80x/menit | |

6. Evaluasi

| Tgl/ jam | Dx | Catatan Perkembangan | Paraf |
|------------------------|----|---|-------|
| Selasa, 17 Mei 2016 | 1 | S: Klien mengatakan sesak nafas dan batuk berlendir kental berwarna putih O: Tampak batuk berlendir kental berwarna putih,RR:30x/menit, Nadi 97x/menit, suara nafas mengi, | |

| | | | |
|-------------------|---|---|--|
| Rabu, 18 Mei 2016 | | <p>terpasang O₂ 2Lpm menggunakan nasal canule</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi; penggunaan alat bantu O₂ 2Lpm, memantau TTV, melakukan teknik nafas dalam dan fisioterapi dada, memberikan obat sesuai advis dokter.</p> | |
| | 2 | <p>S: Klien mengatakan sesak nafas</p> <p>O: RR: 30x/menit, nafas cuping hidung, takikardi, nadi: 97x/menit, terpasang O₂ 2Lpm</p> <p>A: Masalah Gangguan pola nafas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi; penggunaan alat bantu O₂ 2Lpm, memantau TTV, melakukan batuk efektif dan relaksasi nafas dalam, memberikan terapi nebulizer, memberikan terapi obat sesuai advis dokter</p> | |
| | 3 | <p>S: Klien mengatakan tidak bisa tidur pada malam hari dan sering terbangun karena sesak</p> <p>O: Terdapat lingkaran gelap hitam dibawah kelopak mata, klien tampak kemerahan pada mata, TD : 150/90mmHg, RR: 30x/menit, nadi 97x/menit</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi; memberikan posisi yang nyaman (peninggian kepala tempat tidur)</p> | |
| | 1 | <p>S: Klien mengatakan sesak nafas dan batuk berlendir kental berwarna putih berkurang</p> <p>O: RR: 28x/menit, nadi: x/menit, batuk berlendir kental berwarna putih berkurang mukusnya, suara nafas mengi, terpasang O₂ 2Lpm menggunakan nasal canule</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum</p> | |

| | | | |
|-------------------|---|---|--|
| | | <p>teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi; penggunaan alat bantu O₂ 2Lpm, memantau TTV, melakukan teknik nafas dalam dan fisioterapi dada, memberikan obat sesuai advis dokter.</p> | |
| | 2 | <p>S: Klien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O: RR: 28x/menit, nadi:90x/menit, terpasang O₂ 2Lpm menggunakan nasal canule</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan pola nafas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi; penggunaan alat bantu O₂ 2Lpm, memantau TTV, melakukan batuk efektif dan relaksasi nafas dalam, memberikan terapi nebulizer, memberikan terapi obat sesuai advis dokter</p> | |
| | 3 | <p>S: Klien mengatakan bisa tidur dimalam hari karena sesak nafas berkurang</p> <p>O: RR: 26x/menit, nadi: 88x/menit, TD: 140/90 mmHg, lingkaran gelap dibawah kelopak mata berkurang, mata tidak kemerahan, peninggian kepala tempat tidur</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi; memberikan posisi yang nyaman(peninggian kepala tempat tidur)</p> | |
| Kamis 19 Mei 2016 | 1 | <p>S: Klien mengatakan sesak nafas berkurang dan tidak batuk berlendir kental putih</p> <p>O: RR: 26x/menit, nadi: 84x/menit, mukus dalam jumlah sedikit, suara nafas vesikuler</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi; memantau TTV, melakukan teknik nafas dalam, memberikan obat sesuai advis</p> | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | dokter. | |
| | 2 | <p>S: Klien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O: RR: 26x/menit, nadi:84x/menit</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan pola nafas teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi; memantau TTV, melakukan teknik nafas dalam, memberikan obat sesuai advis dokter.</p> | |
| | 3 | <p>S: Klien mengatakan sudah bisa istirahat dimalam hari</p> <p>O: Klien tampak tidur, tidak ada lingkaran gelap dibawah kelopak mata, mata klien sudah tidak kemerahan, TD: 130/80mmHg, nadi: 88x/menit, RR: 24x/menit</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi; berikan posisi nyaman, kondisikan suasana tenang</p> | |