

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. “S” DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN “ASMA BRONCHIALE”  
DI RUANG MELATI Lt II BLUD RS KONAWA  
TAHUN 2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**Oleh :**

**NURSAM  
NIM. P. 00320018187**

**RPL ANGKATAN II JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKES KEMENKES KENDARI  
2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. “S” DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN “ASMA BRONCHIALE”  
DI RUANG MELATI Lt II BLUD RS KONAWA  
TAHUN 2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan program studi  
Diploma III Keperawatan



**Oleh :**

**NURSAM  
NIM. P. 00320018187**

**RPL ANGKATAN II JURUSAN KEPERAWAATAN  
POLTEKES KEMENKES KENDARI  
2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. "S" DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN "ASMA BRONCHIAL"  
DI RUANG MELATI Lt II BLUD RS KONAWE  
2019**

Disusun dan diajukan oleh :

**NURSAM  
NIM. P. 00320018187**

Telah mendapatkan persetujuan tim pembimbing

Mrnyrtujui

Pembimbing :



1. Dewi Sartiyakini, M.Kep. Sp.KMB (.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan



  
**Ines Iono Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIP : 197003301995031001**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. "S" DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN "ASMA BRONCHIALE"  
DI RUANG MELATI Lt II BLUD RS KONawe  
2019**

Disusun dan diajukan oleh :

**NURSAM  
NIM. P. 00320018187**

Karya tulis ini telah dipertahankan pada Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah di depan  
TIM pengujian pada Hari Kamis, 8 Agustus 2019  
dan telah dinyatakan memenuhi syarat

**Tim Penguji :**

- |                                      |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Nurfantri, S.Kep, Ns., M.Sc       | (.....<br><i>[Signature]</i> .....) |
| 2. Sahmad, S.Kep, Ns., M.Kep         | (.....<br><i>[Signature]</i> .....) |
| 3. Rusna Tahir, S.Kep, Ns, M.Kep     | (.....<br><i>[Signature]</i> .....) |
| 4. Dewi Sartiya Rini, M.Kes., Sp.KMB | (.....<br><i>[Signature]</i> .....) |

**Mengetahui :**

Ketua Jurusan Keperawatan



**Indriono Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
NIP : 197003301995031001

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nursam

NIM : P. 00320018187

Institusi Pendidikan : Akademi Keperawatan Poltekes Kendari

Judul KTI :  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. “S”  
DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN “ASMA  
BRONCHIALE” DI RUANG MELATI Lt II BLUD RS  
KONAWA

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir saya ini adalah hasil tulisan atau pemikiran orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Unaaha, April 2019  
Yang Membuat Pernyataan,

Nursam

## RIWAYAT HIDUP



### I. IDENTITAS

1. NamaLengkap : Nursam
2. Tempat / TanggalLahir : Wonggeduku, 22 Desember 1967
3. JenisKelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku / Kebangsaan : Tolaki/Indonesia
6. Alamat : Ds. Waturai Kec. Wonggeduku Kab. Konawe
7. No. Tlp / Hp : 0853 - 9475 - 1260

### II. PENDIDIKAN

1. SD Negeri 1 Wonggeduku Tahun 1981
2. SMP Negeri 1 Wawotobi Tahun 1984
3. SPK Kendari Tahun 1987
4. Poltekes Kendari Sampai Sekarang

## ABSTRAK

**Nursam ( P. 00320018187 ) Asuhan Keperawatan pada Ny. “S” Dengan Gangguan Sistem Pernafasan “Asma Bronchiale” Di Ruang Melati Lt II BLUD RS Konawe Tahun 2019. Dibimbing oleh Ibu Dewi Sartiya Rini, M.Kep., Sp. KMB selaku pembimbing I.**

Asma bronchiale adalah suatu penyakit penyumbatan saluran pernafasan yang disebabkan oleh alergi bulu, debu dan tekanan psikologis. Gejala yang biasa terjadi pada penderita Asma bervariasi diantaranya batuk berlendir, sesak nafas, bunyi nafas wheezing, anoreksia, susah tidur.

Tujuan studi kasus ini adalah melaporkan kasus Asma Bronchiale dan mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif pada Ny. “S” dengan kasus asma Bronchiale di ruang Melati Lt II BLUD RS Konawe tahun 2019.

Diagnose keperawatan yang timbul pada Ny. “S” adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan gangguan istirahat tidur. Sementara dalam teori diagnose keperawatan yang lazim muncul yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas, ketidakefektifan pola nafas, gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan ansietas. Hal tersebut menunjukkan kesenjangan antara kasus dan teori. Sehingga terdapat perbedaan antara kasus dan teori, hal itu terjadi karena respon tubuh klien berbeda-beda.

Adapun saran yang diberikan oleh penulis bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan masih perlu ditingkatkan, sebagai bukti bahwa perawat telah memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang dirawat. Disamping itu, sebagai calon perawat perlu meningkatkan kompetensi yang dimiliki sehingga di dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dapat dipertanggung jawabkan.

**Kata Kunci : Sistem pernafasan, Asma bronchiale, Asuhan keperawatan.**

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. “S” Dengan Gangguan Sistem Pernafasan “Asma Bronchiale” Di Ruang Melati Lt II BLUD RS Konawe Tahun 2019 Studi kasus ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan program diploma III RPL Keperawatan Poltekes Kendari.

Penulis menyadari bahwa selama penyusunan studi kasus ini banyak mendapatkan bimbingan dari berbagai pihak khususnya pembimbing I **Dewi Sartiya Rini M.Kep., Sp. KMB** untuk itu penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada :

1. Ibu **Askrening, SKM., M.Kes** selaku direktur poltekes kendari
2. Bapak **Indriono Hadi, s.Kep.,Ns.,M.kes** selaku ketua program studi keperawatan
3. Direktur BLUD RS Konawe yang telah memberikan izin dalam kegiatan studi kasus
4. Pembimbing klinik Ruang Melati BLUD RS Konawe yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan pada saat pelaksanaan studi kasus.
5. Seluruh dosen Poltekes Kendari yang telah banyak memberikan bimbingan selama penulis menjalani perkuliahan.
6. Seluruh staf pengelola D III Keperawatan Poltekes Kendari yang selalu sabar dalam memberikan pelayanan sehingga proses perkuliahan dapat berjalan dengan baik.

7. Rekan – rekan angkatan 2018 yang telah bersama-sama menempuh pendidikan di Poltekes Kendari
8. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu memberikan limpahan rammat-Nya kepada kita semua dan memberikan balasan untuk amal perbuatan kita. Akhir kata tidak ada gading yang tak retak, penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan ini. Oleh karena itu saran dan kritik yang membangun, sangat penulis harapkan demi perbaikan karya tulis ini.

Unaaha, April 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
D. Metode Penulisan.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
1. Definisi.....	8
2. Anatomi Fisiologi.....	9
3. Etiologi.....	15
4. Patofisiologi.....	16
5. Manifestasi Klinis.....	18
6. Pemeriksaan Diagnostik.....	18

7. Komplikasi.....	20
8. Penatalaksanaan.....	21
9. <i>Pathway</i> .....	23
10. Fokus Pengkajian.....	24
11. Fokus Diagnosa Keperawatan.....	28
12. Fokus Intervensi Keperawatan.....	29
<b>BAB III LAPORAN KASUS</b>	
1. Pengkajian.....	37
2. Data Fokus.....	45
3. Perumusan Masalah Keperawatan.....	46
4. Diagnose Keperawatan.....	48
5. Rencana Keperawatan.....	50
6. Implementasi dan Evaluasi.....	54
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
1. Pengkajian.....	66
2. Diagnosa Keperawatan.....	67
3. Intervensi.....	69
4. Implementasi.....	71
5. Evaluasi.....	73
<b>BAB V PENUTUP</b>	
1. Kesimpulan.....	74
2. Saran.....	85
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Sistem Pernafasan pada manusia .....	9
Gambar 2.2. Sistem Pernafasan Atas .....	10
Gambar 2.3. Sistem Pernafasan Bawah.....	12
Gambar 2.4 Percabangan Bronkus .....	13
Gambar 2.5 Kantong Alveoli .....	15
Gambar 2.6 Skema Pathway Penyakit Asma Bronchiale .....	23
Gambar 3.1. Genogram Struktur Keluarga Ny. S .....	39

## DAFTAR TABEL

	Hal.
Table 3.1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	43
Tabel 3.1. Data Fokus Pengkajian.....	45
Table 3.2. Perumusan Masalah Keperawatan.....	46
Table 3.3. Rencana Tindakan Keperawatan.....	50
Table 3.4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	54

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Data Pengkajian Pasien Ny. S dengan Asma Bronchiale

Lampiran 2. Surat Pernyataan Benar Telah Melakukan Penelitian Studi Kasus

Lampiran 3. Materi Penyuluhan

Lampiran 4. Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 5. Media Penyuluhan Leaflet Asma Bronchiale

Lampiran 6. Dokumentasi Pelaksanaan Tindakan

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Asma merupakan penyakit jalan nafas obstruktif intermiten, *reversible* dimana trakea dan bronchial berespon secara hiperaktif terhadap stimulus tertentu. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) *Non Communicable Disease* di Asia Tenggara diperkirakan bahwa 1,4 juta orang meninggal dunia karena penyakit paru kronik dimana 86% disebabkan karena penyakit paru obstruktif kronik dan 7,8% disebabkan karena asma bronchiale. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2011, menyebutkan bahwa terdapat 235 juta orang menderita asma di dunia, 80% berada di negara dengan pendapatan rendah dan menengah termasuk Indonesia.

*World Health Organization* (WHO) memperkirakan, pada tahun 2020 penyakit tidak menular menyebabkan 73% kematian dan 60% kesakitan di dunia. Berdasarkan data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) di Indonesia didapatkan bahwa angka kematian akibat penyakit *asma bronchiale* adalah sebanyak 63.584 orang (Depkes, 2014). Dari data Riskesdas tahun 2013, penderita *asma bronchiale* di Indonesia paling banyak di derita oleh golongan menengah kebawah (tidak mampu), persentase untuk menengah kebawah sebanyak 4,7%. *National Center for Health Statistics* (NCHS) pada tahun 2011, mengatakan bahwa prevalensi *asma bronchiale* menurut usia sebesar 9,5% pada

anak dan 8,2% pada dewasa, sedangkan menurut jenis kelamin 7,2% laki-laki dan 9,7% perempuan.

Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 mendapatkan hasil prevalensi nasional untuk penyakit *asma bronchiale* pada semua umur adalah 4,5 %. Dengan prevalensi asma tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (7,8%), diikuti Nusa Tenggara Timur (7,3%), di Yogyakarta (6,9%), Sulawesi Selatan (6,7%) dan untuk provinsi Jawa Tengah memiliki prevalensi asma sebesar 4,3 %. Disampaikan pula bahwa prevalensi asma lebih tinggi terjadi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki. Asma banyak diderita oleh masyarakat, terutama pada anak-anak, penyakit ini berkaitan dengan faktor keturunan (Pratyahara, 2011).

Di BLUD RS Konawe Provinsi Sulawesi Tenggara terdapat jumlah seluruh penderita asma dari bulan Januari sampai bulan Desember tahun 2017 sebanyak 220 penderita dengan distribusi pasien lama sebanyak 185 penderita dan pasien baru sebanyak 35 penderita . Sedangkan pada Januari sampai bulan Desember tahun 2018 sebanyak 220 dengan distribusi pasien lama 156 penderita dan pasien baru sebanyak 64 penderita. Sementara berdasarkan penelitian yang penulis lakukan di ruangan melati mulai dari bulan Januari sampai bulan Desember tahun 2017 sebanyak 35 orang dan pada tahun 2018 bulan Januari sampai desember sebanyak 64 orang yang menderita penyakit *Asma Bronchiale*.

Asma dimanifestasikan dengan penyempitan jalan napas, yang mengakibatkan batuk, dispnea dan *wheezing*. Tingkat penyempitan jalan napas dapat berubah baik secara spontan maupun karena terapi. Asma dapat terjadi pada semua golongan usia, sekitar setengah dari kasus terjadi pada anak-anak dan seperti lainnya terjadi sebelum usia 40 tahun (Smeltzer&Bare, 2002). Gejala-gejala seseorang terkena asma sangat khas terdiri atas trias asma yaitu *wheezing*, *hipersekreasi* dan *bronkospasme*. Trias gejala tersebut mungkin bisa dijumpai pada penderita asma tetapi gejala *wheezing* merupakan gejala pasti seseorang terserang *asma bronchiale*. Asma yang selalu disertai dengan *hipoksia*, meskipun sianosis baru terjadi pada tahap akhir dan merupakan tanda bahaya. Akibat dari penyakit Asma jika tidak ditangani akan menimbulkan komplikasi, seperti *pneumothorak*, *pneumomediastinum*, *atelektasis*, *aspergilosis*, gagal napas, *bronchitis*. Kematian penderita asma banyak disebabkan oleh *hipoksia* yang hebat, dan oksigen harus diberikan secepat mungkin (Mansjoer, 2008).

Dari uraian tersebut diatas penulis membuat laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pernafasan “Asma Bronchiale” di Ruang Melati Lantai II BLUD RS Konawe Tahun 2019”**

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan gangguan sistem pernapasan: *Asma Bronchiale* di Ruang Melati Lt. II BLUD RS. Konawe.

### **2. Tujuan Khusus**

2.1 Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S dengan *Asma bronchiale* di ruangan Melati Lantai II BLUD RS Konawe

2.2 Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan *Asma bronchiale* di ruangan Melati Lantai II BLUD RS Konawe

2.3 Penulis mampu menyusun rencana keperawatan pada Ny. S dengan *Asma bronchiale* di ruangan Melati Lantai II BLUD RS Konawe

2.4 Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. S dengan *Asma bronchiale* di ruangan Melati Lantai II BLUD RS Konawe

2.5 Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. S dengan *Asma bronchiale* di ruangan Melati Lantai II BLUD RS Konawe

## **C. Manfaat Penulisan**

### **1. Manfaat Bagi Penulis**

Diharapkan penulis dapat menambah pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dan upaya dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Asma bronchiale*.

## **2. Manfaat Praktis**

### **2.1 Bagi Masyarakat/Klien**

Memberikan pengetahuan bagi pasien dan keluarga tentang pemberian asuhan keperawatan dengan kasus *Asma bronchiale* termasuk pentingnya perawatan dengan masalah kesehatan.

### **2.2 Bagi Institusi/Pendidikan**

Menjadi referensi dan bahan masukan dalam proses belajar mengajar tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Asma bronchiale*

### **2.3 Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan dan menambah referensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan Asma bronchiale di Melati Lantai II BLUD RS Konawe.

## **D. Metode dan Teknik Penulisan**

### **1. Tempat dan Waktu Pelaksanaan Studi Kasus**

Studi kasus ini telah dilaksanakan di Ruang Melati Lantai II BLUD RS Konawe pada tanggal 25 – 28 April 2019.

### **2. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

2.1 Studi kepustakaan : mempelajari isi literatur – literatur yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah ini.

2.2 Studi kasus : menggunakan pendekatan proses keperawatan pada klien dan keluarga meliputi : pengkajian, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan dan penyusunan rencana tindakan serta evaluasi asuhan keperawatan.

Untuk melengkapi data/informasi dalam pengkajian menggunakan beberapa cara antara lain :

#### 2.2.1 Observasi

Mengadakan pengamatan langsung pada klien dengan cara melakukan pemeriksaan yang berkaitan dengan perkembangan dan keadaan klien.

#### 2.2.2 Wawancara/anamnesis

Mengadakan wawancara dengan klien dan keluarga, dengan mengadakan pengamatan langsung.

#### 2.2.3 Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan terhadap klien melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

#### 2.2.4 Studi dokumentasi

Penulis memperoleh data dari medical record dan hasil pemeriksaan laboratorium.

### 2.2.5 Metode diskusi

Diskusi dengan tenaga kesehatan yang terkait yaitu perawat yang bertugas di Ruang Melati Lantai II BLUD RS Konawe.

### 3. Teknik Penulisan

Sistematika penulisan pada karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

BAB I : Pendahuluan yang terdiri latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode dan teknik penulisan.

BAB II : Tinjauan teori yang mencakup konsep dasar medik terdiri dari pengertian, anatomi fisiologis, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, penatalaksanaan medik dan patway. Sedangkan konsep dasar keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB III : Tinjauan kasus yang memuat tentang pengamatan kasus yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV : Pembahasan kasus yang membandingkan antara teori dan kasus nyata.

BAB V : Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran

Diakhiri dengan daftar pustaka dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Medis

##### 1. Definisi

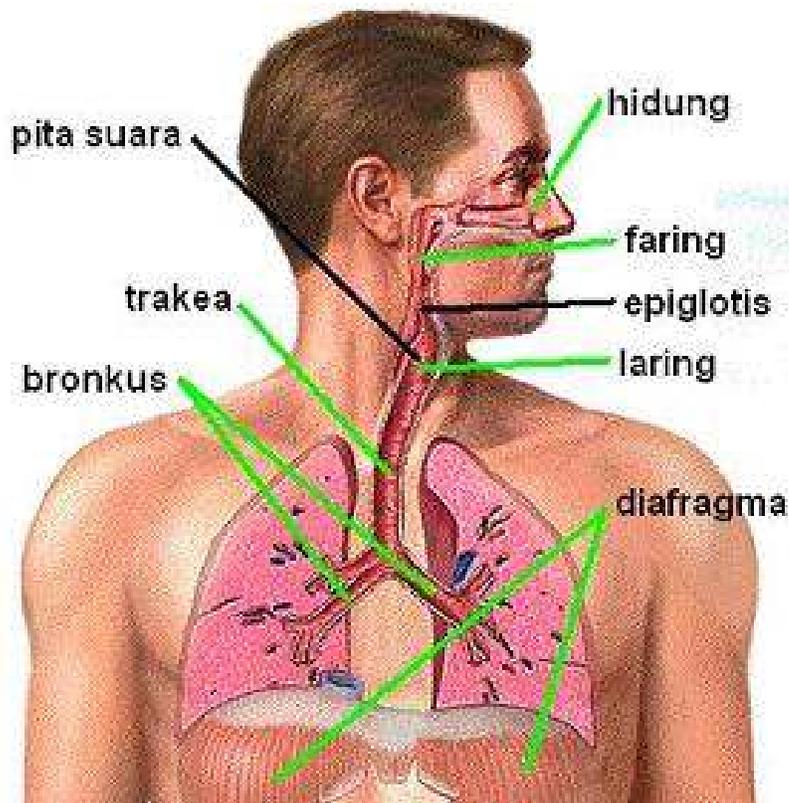
*Asma bronchiale* adalah penyakit obstruksi saluran pernafasan akibat penyempitan saluran nafas yang sifatnya *reversible* ( penyempitan dapat hilang dengan sendirinya ) yang di tandai oleh episode obstruksi pernafasan di antara 2 interval asimtomatik. (Djojodibroto, 2017).

*Asma bronchiale* adalah penyakit radang / inflamasi kronik pada paru, karena adanya penyumbatan saluran nafas ( obstruksi ) yang bersifat *reversible*, peradangan pada jalan nafas, dan peningkatan respon jalan nafas terhadap berbagai rangsangan *hiperresponsivitas*, obstruksi pada saluran nafas biasa di sebabkan oleh spasme / kontraksi otot polos *bronkus*, *oedema*, *mukosa bronkus* dan sekresi kelenjar *bronkus* meningkat ( Putri & Sumarno, 2014 ).

Asma adalah obstruksi jalan nafas yang bersifat *reversibel*, terjadi ketika *bronkus* mengalami inflamasi/peradangan dan *hiperresponsif*. Asma adalah suatu peradangan pada *bronkus* akibat reaksi hipersensitif mukosa *bronkus* terhadap bahan alergen (Riyadi, 2009).

## 2. Anatomi Fisiologi Sistem Pernafasan

Pernapasan adalah pertukaran gas, yaitu oksigen ( $O_2$ ) yang dibutuhkan tubuh untuk metabolisme sel dan karbondioksida ( $CO_2$ ) yang dari metabolisme tersebut dikeluarkan dari tubuh melalui paru .



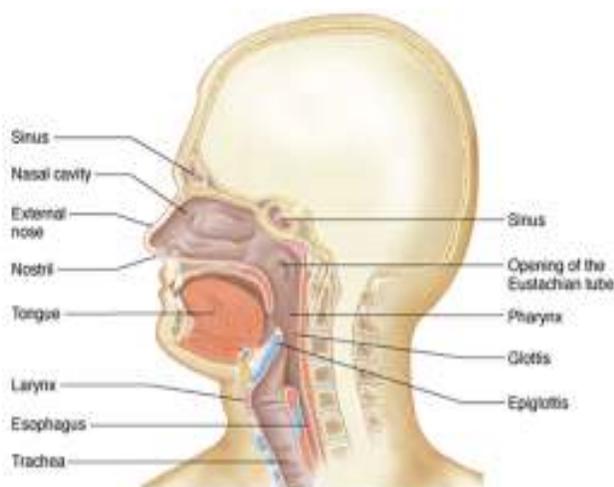
(Gambar 2.1 Anatomi sistem pernafasan pada manusia)

Fungsi sistem pernafasan adalah untuk mengambil Oksigen dari atmosfer kedalam sel-sel tubuh dan untuk mentranspor karbon dioksida yang dihasilkan sel-sel tubuh kembali ke atmosfer. Organ–organ respiratorik juga berfungsi dalam produksi bicara dan berperan dalam keseimbangan asam basa, pertahanan tubuh melawan benda asing, dan pengaturan hormonal tekanan

darah. Sistem pernapasan pada manusia mencakup dua hal, yakni saluran pernapasan dan mekanisme pernapasan. Urutan saluran pernapasan adalah sebagai berikut: rongga hidung, faring, laring, trakea, bronkus, paru-paru, bronkiolus dan alveolus (Setiadi, 2007).

Alat-alat pernafasan pada manusia dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu sebagai berikut :

## 2.1 Alat pernafasan atas



(Gambar 2.2 sistem pernafasan atas )

### 2.1.1 Rongga Hidung (Cavum Nasalis)

Udara dari luar akan masuk lewat rongga hidung (cavum nasalis). Rongga hidung berlapis selaput lendir, di dalamnya terdapat kelenjar minyak (kelenjar sebacea) dan kelenjar keringat (kelenjar sudorifera). Selaput lendir berfungsi menangkap benda asing yang masuk lewat saluran pernapasan. Selain itu, terdapat juga rambut pendek dan tebal yang

berfungsi menyaring partikel kotoran yang masuk bersama udara. Juga terdapat konka yang mempunyai banyak kapiler darah yang berfungsi menghangatkan udara yang masuk.

Di dalam rongga hidung terjadi penyesuaian suhu dan kelembapan udara sehingga udara yang masuk ke paru-paru tidak terlalu kering ataupun terlalu lembap. Udara bebas tidak hanya mengandung oksigen saja, namun juga gas-gas yang lain. Misalnya, karbon dioksida (CO<sub>2</sub>), belerang (S), dan nitrogen (N<sub>2</sub>). Selain sebagai organ pernapasan, hidung juga merupakan indra pembau yang sangat sensitif. Dengan kemampuan tersebut, manusia dapat terhindar dari menghirup gas-gas yang beracun atau berbau busuk yang mungkin mengandung bakteri dan bahan penyakit lainnya. Dari rongga hidung, udara selanjutnya akan mengalir ke faring.

### 2.1.2 Faring

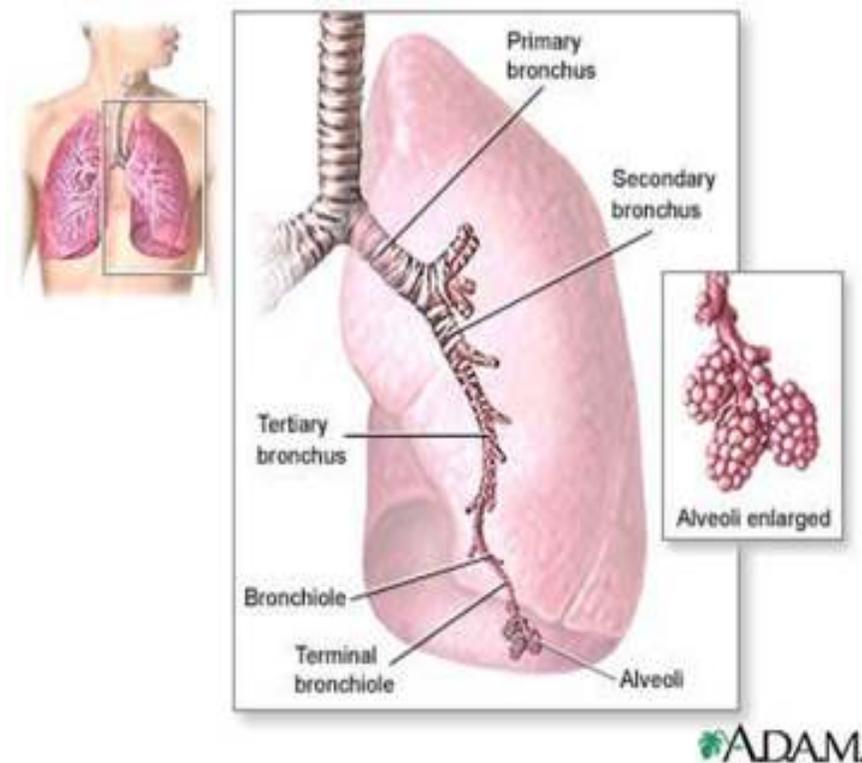
Udara dari rongga hidung masuk ke faring. Faring merupakan percabangan 2 saluran, yaitu saluran pernapasan (nasofarings) pada bagian depan dan saluran pencernaan (orofarings) pada bagian belakang. Pada bagian belakang faring (posterior) terdapat laring (tekak) tempat terletaknya pita suara (pita vocalis). Masuknya udara melalui faring akan menyebabkan pita suara bergetar dan terdengar sebagai suara. Makan sambil berbicara dapat mengakibatkan makanan masuk ke saluran pernapasan karena saluran pernapasan pada saat tersebut sedang terbuka. Walaupun demikian, saraf kita akan mengatur agar peristiwa menelan,

bernapas dan berbicara tidak terjadi bersamaan sehingga mengakibatkan gangguan kesehatan.

### 2.1.3 Laring

laring (tekak) adalah tempat terletaknya pita suara (pita vocalis). Masuknya udara melalui faring akan menyebabkan pita suara bergetar dan terdengar sebagai suara. Laring berperan untuk pembentukan suara dan untuk melindungi jalan nafas terhadap masuknya makanan dan cairan. Laring dapat tersumbat, antara lain oleh benda asing, gumpalan makanan dan infeksi ( misalnya infeksi dan tumor).

## 2.2 Alat pernafasan bawah



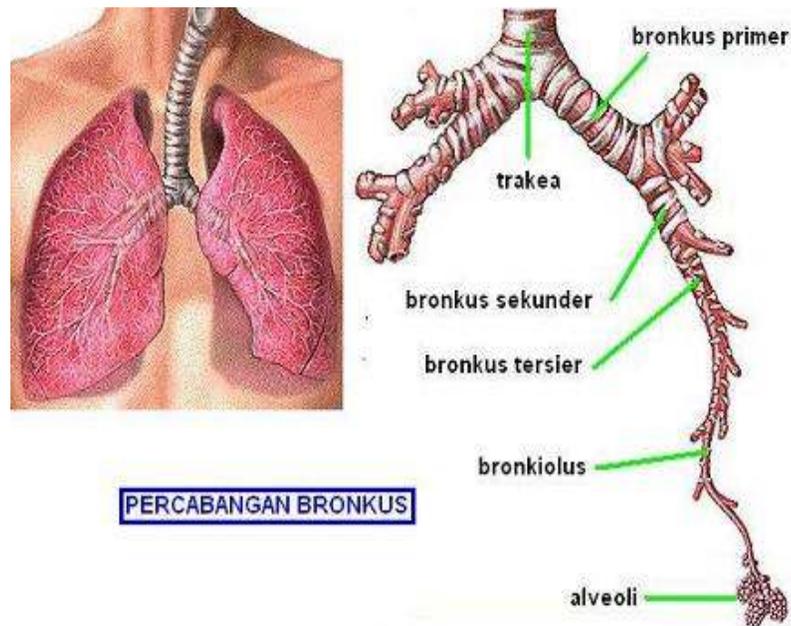
(Gambar 2.3 sistem pernafasan bawah)

### 2.2.1 Trakea

Tenggorokan berupa pipa yang panjangnya  $\pm$  10 cm, terletak sebagian di leher dan sebagian di rongga dada (torak). Dinding tenggorokan tipis dan kaku, dikelilingi oleh cincin tulang rawan, dan pada bagian dalam rongga bersilia. Silia-silia ini berfungsi menyaring benda-benda asing yang masuk ke saluran pernapasan.

### 2.2.2 Bronkus

Tenggorokan (trakea) bercabang menjadi dua bagian, yaitu bronkus kanan dan bronkus kiri. Struktur lapisan mukosa bronkus sama dengan trakea, hanya tulang rawan bronkus bentuknya tidak teratur dan pada bagian bronkus yang lebih besar cincin tulang rawannya melingkari lumen dengan sempurna. Bronkus bercabang-cabang lagi menjadi bronkiolus.



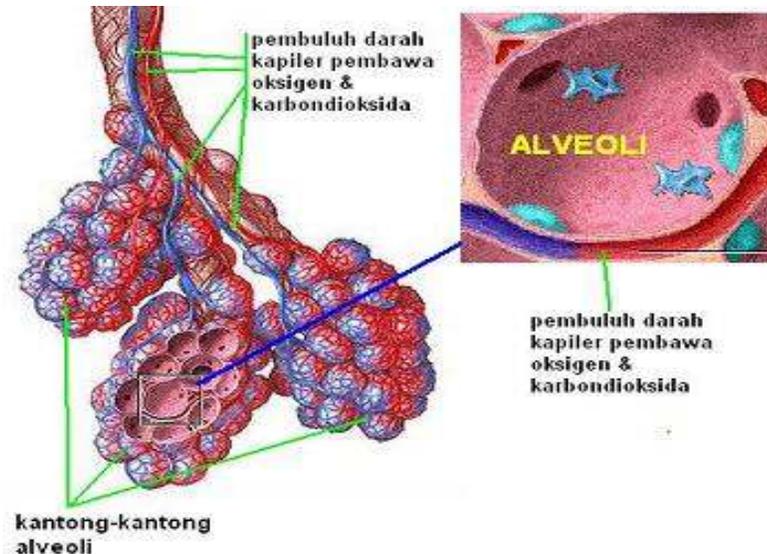
(Gambar 2.4. percabangan bronkus)

### 2.2.3 Paru-paru

Paru-paru terletak di dalam rongga dada bagian atas, di bagian samping dibatasi oleh otot dan rusuk dan di bagian bawah dibatasi oleh diafragma yang berotot kuat. Paru-paru ada dua bagian yaitu paru-paru kanan (*pulmo dekster*) yang terdiri atas 3 lobus dan paru-paru kiri (*pulmo sinister*) yang terdiri atas 2 lobus.

Paru-paru dibungkus oleh dua selaput yang tipis, disebut pleura. Selaput bagian dalam yang langsung menyelaputi paru-paru disebut pleura dalam (*pleura visceralis*) dan selaput yang menyelaputi rongga dada yang bersebelahan dengan tulang rusuk disebut pleura luar (*pleura parietalis*). Antara selaput luar dan selaput dalam terdapat rongga berisi cairan pleura yang berfungsi sebagai pelumas paru-paru. Cairan pleura berasal dari plasma darah yang masuk secara eksudasi. Dinding rongga pleura bersifat permeabel terhadap air dan zat-zat lain. Di dalam paru-paru, bronkiolus bercabang-cabang halus dengan diameter  $\pm 1$  mm, dindingnya makin menipis jika dibanding dengan bronkus. Bronkiolus ini memiliki gelembung-gelembung halus yang disebut alveolus. Bronkiolus memiliki dinding yang tipis, tidak bertulang rawan, dan tidak bersilia. Bronkiolus tidak mempunyai tulang rawan, tetapi rongganya masih mempunyai silia dan di bagian ujung mempunyai epitelium berbentuk kubus bersilia. Pada bagian distal

kemungkinan tidak bersilia. Bronkiolus berakhir pada gugus kantung udara (alveolus).



(Gambar 2.5. kantong Alveoli)

Alveolus terdapat pada ujung akhir bronkiolus berupa kantong kecil yang salah satu sisinya terbuka sehingga menyerupai busa atau mirip sarang tawon. Oleh karena alveolus berselaput tipis dan di situ banyak bermuara kapiler darah maka memungkinkan terjadinya difusi gas pernapasan (Setiadi, 2007).

### 3. Etiologi

Menurut berbagai penelitian patologi dan etiologi belum diketahui dengan pasti penyebabnya, akan tetapi hanya menunjukkan dasar gejala asma bronchiale yaitu inflamasi dan respon saluran nafas yang berlebihan ditandai dengan adanya kalor (panas karena vasodilatasi), tumor (esudasi plasma dan edema), dolor (rasa sakit karena rangsangan sensori) dan fungsi yang

terganggu. Sebagai pemicu timbulnya suatu serangan dapat berupa infeksi, iklim (perubahan mendadak suhu, tekanan udara), inhalan (debu, bulu binatang, asap, uap cat), makanan, obat (aspirin), kegiatan fisik (olahraga, kecapean) serta emosional (stress) (Sudoyo, dkk, 2009).

Factor penyebab asma bronchiale menurut Wijaya & Putri ( 2013 ) adalah sebagai berikut :

- 3.1 Allergen : bila tingkat hiperaktifitas bronkus tinggi di perlukan allergen yang sedikit untuk menimbulkan serangan asma
- 3.2 Infeksi saluran pernafasan : biasanya di sebabkan oleh virus *respiratory synchyhal virus* ( RSV ) dan virus para influenza.
- 3.3 Iritasi : dapat di sebabkan oleh hairspray, minyak wangi, asap rokok, bau asam dari cat, dan polutan udara, air dingin dan udara dingin.
- 3.4 Reflex gastro esophagus : iritasi trakea bronchiale karena isi lambung dapat memperberat penyakit asma.
- 3.5 Psikologis : hal ini dapat memicu stress yang akan menurunkan respon tubuh sehingga mudah terjadi inflamasi pada bronkus yang akan menimbulkan asma bronchiale ( Muttaqin, 2008 ).

#### **4. Patofisiologi**

Pencetus asma bronchiale dapat disebabkan oleh sejumlah faktor, antara lain allergen, virus dan iritan yang dapat menginduksi respon inflamasi akut. Asma terjadi melalui dua jalur yaitu jalur imunologis dan saraf otonom. Jalur imunologis di dominasi oleh antibody IgE, merupakan hasil hipersensitivitas

tipe I (tipe alergi), terdiri dari fase cepat dan fase lambat. Reaksi alergi timbul pada orang dengan kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibody IgE abnormal dalam jumlah besar, golongan ini disebut atopi. Pada asma alergi, antibody IgE terutama melekat pada permukaan sel mast pada interstisial paru yang selalu

berhubungan erat dengan bronkiolus dan bronkus kecil. Bila seseorang menghirup allergen , terjadi fase sensitivitas, antibody IgE orang tersebut meningkat. Allergen kemudian berikatan dengan antibody IgE yang melekat pada sel mast dan akan mengeluarkan berbagai macam mediator. Beberapa mediator yang dikeluarkan adalah histamine, leukotrien, factor kemotaktik eosinofil dan bradikinin. Hal itu akan menimbulkan efek edema lokal pada dinding bronkiolus kecil, sekresi mukus yang berlebihan dalam lumen bronkiolus dan spasme otot polos bronkiolus, sehingga menyebabkan inflamasi saluran nafas. Pada reaksi alergi fase cepat, obstruksi jalan nafas terjadi segera yaitu 10-15 menit setelah pajanan alergi. Spasme bronkus yang terjadi merupakan respon terhadap mediator sel mast terutama histamine yang bekerja langsung pada otot polos bronkus. Pada fase lambat, reaksi terjadi setelah 6-8 jam pajanan allergen dan bertahan selama 16-24 jam, bahkan kadang-kadang sampai beberapa minggu. Sel-sel inflamasi seperti eosinofil, sel T, sel mast dan Antigen Presenting Cell (APC) merupakan sel-sel kunci dalam pathogenesis asma (Rengganis, 2008).

Pada jalur otonom, inhalasi allergen akan mengaktifkan sel mast intralumen, makrofag alveolar, nervus vagus dan juga mungkin epitel saluran nafas. Peregangan vagal menyebabkan reflex bronkus, sedangkan mediator inflamasi yang disebabkan oleh sel mast dan makrofag akan membuat epitel jalan napas lebih permeabel dan memudahkan allergen masuk kedalam submukosa, sehingga meningkatkan reaksi yang terjadi.

Kerusakan epitel bronkus oleh mediator yang dilepaskan oleh beberapa keadaan reaksi asma dapat terjadi tanpa melibatkan sel mast misalnya pada hiperventilasi, inhalasi udara dingin, asap dan abut. Pada keadaan tersebut reaksi asma terjadi melalui reflex saraf. Ujung saraf eferen vagal mukosa yang terangsang menyebabkan dilepaskannya neuropeptida sensorik senyawa P, neurokinin A, dan Calcitonin Gene Related Peptide (CGRP). Neuro peptide itulah yang menyebabkan terjadinya bronkonstriksi, edema bronkus, eksudasi plasma, hipersekresi lendir dan aktivasi sel-sel inflamasi (Rengganis, 2008).

## **5. Manifestasi Klinis**

Menurut Putri & Sumarno, 2013 manifestasi klinis untuk asma bronchiale adalah sesak nafas mendadak di sertai inspirasi yang lebih pendek di bandingkan dengan fase ekspirasi dan di ikuti oleh bunyi mengi ( whizzing, batuk yang di sertai serangan sesak nafas yang kumat – kumatan.

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

### 6.1 Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan sputum dilakukan untuk melihat adanya:

- 6.1.1 Kristal-kristal charcot leyden yang merupakan degranulasi dari kristal eosinopil.
- 6.1.2 Spiral curshmann, yakni yang merupakan cast cell (sel cetakan) dari cabang bronkus.
- 6.1.3 Creole yang merupakan fragmen dari epitel bronkus.
- 6.1.4 Netrofil dan eosinopil yang terdapat pada sputum, umumnya bersifat mukoid dengan viskositas yang tinggi dan kadang terdapat mucus plug.

### 6.2 Pemeriksaan darah

- 6.2.1 Analisa gas darah pada umumnya normal akan tetapi dapat pula terjadi hipoksemia, hiperkapnia, atau asidosis.
- 6.2.2 Kadang pada darah terdapat peningkatan dari SGOT dan LDH.
- 6.2.3 Hiponatremia dan kadar leukosit kadang-kadang di atas 15.000/mm<sup>3</sup> dimana menandakan terdapatnya suatu infeksi.
- 6.2.4 Pada pemeriksaan faktor-faktor alergi terjadi peningkatan dari Ig E pada waktu serangan dan menurun pada waktu bebas dari serangan.

### 6.3 Pemeriksaan radiologi

Gambaran radiologi pada asma pada umumnya normal. Pada waktu

serangan menunjukkan gambaran hiperinflamasi pada paru-paru yakni radiolusen yang bertambah dan peleburan rongga intercostalis, serta diafragma yang menurun.

#### 6.4 Elektrokardiografi

Gambaran elektrokardiografi yang terjadi selama serangan dapat dibagi menjadi 2 bagian, dan disesuaikan dengan gambaran yang terjadi pada emfisema paru yaitu :

6.4.1 Perubahan aksis jantung, yakni pada umumnya terjadi right axis deviasi dan clock wise rotation.

6.4.2 Terdapatnya tanda-tanda hipertropi otot jantung, yakni terdapatnya Right Bundle Branch Block (RBBB).

#### 6.5 Scanning paru

Dengan scanning paru melalui inhalasi dapat dipelajari bahwa redistribusi udara selama serangan asma tidak menyeluruh pada paru-paru.

#### 6.6 Spirometri

Untuk menunjukkan adanya obstruksi jalan nafas reversible, cara yang paling cepat dan sederhana diagnosis asma adalah melihat respon pengobatan dengan bronkodilator. Pemeriksaan spirometri dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilator aerosol (inhaler atau nebulizer) golongan adrenergik. spirometri tidak saja penting untuk menegakkan diagnosis tetapi juga penting untuk menilai berat obstruksi

dan efek pengobatan. Banyak penderita tanpa keluhan tetapi pemeriksaan spirometrinya menunjukkan obstruksi.

## **7. Komplikasi**

Berbagai komplikasi yang mungkin timbul akibat dari asma bronchiale antara lain sebagai berikut :

- 7.1 Status asmatikus adalah setiap serangan asma berat atau yang kemudian menjadi berat dan tidak memberikan respon (refrakter) adrenalin dan atau aminofilin suntikan dapat digolongkan pada status asmatikus. Penderita harus dirawat dengan terapi yang intensif.
- 7.2 Atelektasis adalah pengerutan sebagian atau seluruh paru-paru akibat penyumbatan saluran udara (bronkus maupun bronkiolus) atau akibat pernafasan yang sangat dangkal.
- 7.3 Hipoksemia adalah tubuh kekurangan suplai oksigen sehingga akan menimbulkan sianosis pada bagian-bagian tubuh.
- 7.4 Pneumotoraks adalah terdapatnya udara pada rongga pleura yang menyebabkan kolapsnya paru.
- 7.5 Emfisema, penyakit yang gejala utamanya adalah obstruksi saluran nafas karena kantung udara di paru menggelembung secara berlebihan.

## **8. Penatalaksanaan**

Tujuan utama penatalaksanaan asma adalah meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup agar penderita asma dapat hidup normal

tampa hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2003).

#### 8.1 Penatalaksanaan asma Akut (saat serangan)

Penatalaksanaan asma sebaiknya dilakukan oleh pasien di rumah dan apabila tidak ada perbaikan segera di bawah kefasilitas pelayanan kesehatan. Penanganan harus cepat dan sesuaikan dengan derajat serangan. Pada serangan asma, obat-obat yang biasa digunakan adalah brongkodilator ( $\beta_2$  agonis kerja cepat dan ipratopriun bromide) dan kostikoteroid sistemik. Pada serangan ringan obat yang digunakan hanya  $\beta_2$  agonis kerja cepat tang sebaiknya diberikan melalui inhalasi. Bila tidak memungkinkan maka diberikan secara sistemik. Pada orang dewasa dapat diberikan kombinasi dengan teofilin/aminofilin oral.

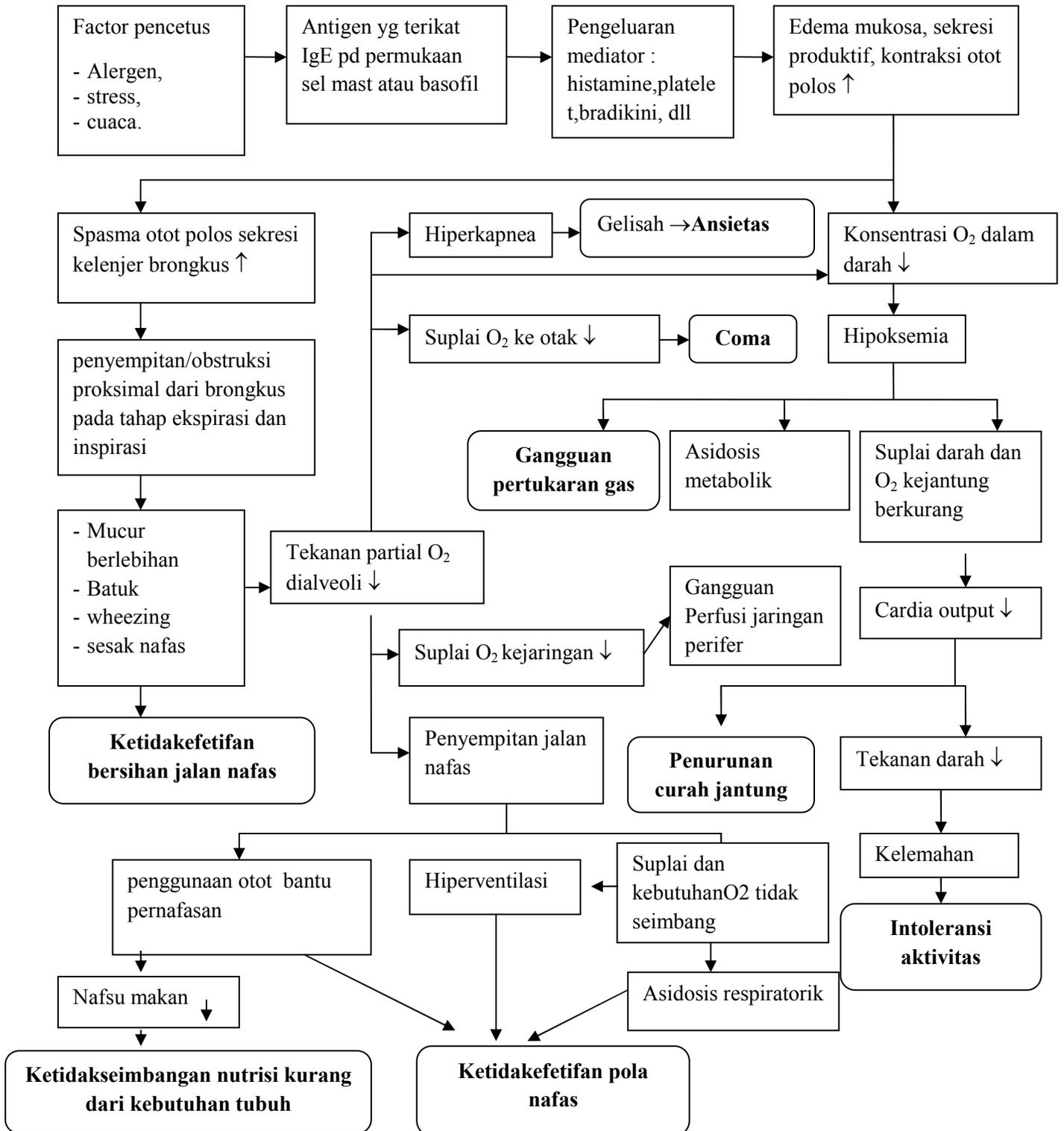
Pada keadaan tertentu (ada riwayat terkena serangan asma berat) kostikoteroid oral (metilprednisolon) dapat diberikan dalam waktu singkat 3-5 hari. Pada serangan sedang diberikan  $\beta_2$  agonis kerja cepat dan kortikosteroid oral. Pada orang dewasa dapat ditambahkan dengan ipratropium bromide inhalasi, aminovilin/IV (bolus/drips). Pada anak belum diberikan ipratropium bromide inhalasi maupun aminofilin IV. Bila perlu diberikan terapi oksigen dan cairan IV sesuai kebutuhan klien.

#### 8.2 Penatalaksanaan asma jangka panjang

Penatalaksanaan asma jangka panjang bertujuan untuk mengontrol asma dan mencegah terjadinya serangan. Pengobatan asma jangka panjang

disesuaikan dengan klasifikasi beratnya asma. Obat asma terdiri dari obat pelega dan pengontrol. Obat pelega diberikan pada saat serangan asma, sedangkan obat pengontrol ditujukan untuk pencegahan serangan asma dan diberikan dalam jangka waktu yang panjang serta terus-menerus. Untuk mengontrol asma digunakan anti inflamasi (kortikosteroid inhalasi). Pada anak control lingkungan mutlak dilakukan sebelum diberikan kortikosteroid dan disis diturunkan apabila 2-3 bulan kondisi sudah terkontrol. Obat asma yang digunakan sebagai pengontrol lain adalah inhalasi kortikosteroid,  $\beta$ 2 agonis kerja panjang, antileukotrien dan teofilin lepas lambat.

## 9. Pathway Asma Bronchiale



(Sumber : Amin Huda & Hardhi Kusuma, 2015 )

## **B. Proses Keperawatan**

### **1. Fokus Pengkajian**

Data dasar pengkajian pasien dengan Asma Bronchiale menurut Doenges (2000), yaitu:

1.1 Identitas Klien, meliputi: Pengkajian meliputi nama, umur dan jenis kelamin perlu dilakukan pada klien dengan asma bronchiale. Serangan asma bronchiale pada usia dini memberikan implikasi bahwa sangat mungkin terdapat status atopik. Serangan pada usia dewasa dimungkinkan adanya faktor non-atopik. Tempat tinggal yang menggambarkan kondisi tempat klien berada. Berdasarkan tempat alamat tersebut, dapat diketahui pula faktor yang memungkinkan menjadi pencetus serangan asma. Status perkawinan dan gangguan emosional yang timbul dalam keluarga atau lingkungan merupakan faktor pencetus serangan asma. Pekerjaan serta suku bangsa juga dapat dikaji untuk mengetahui adanya pemaparan bahan allergen. Hal ini yang perlu dikaji dari identitas klien ini adalah tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor rekam medis, asuransi kesehatan dan diagnosis medis.

1.2 Riwayat kesehatan, meliputi:

1.2.1 Keluhan utama : biasanya pada pasien Asma brongchial meliputi sesak nafas, bernafas terasa berat pada dada, adanya keluhan sulit untuk bernafas, batuk berlendir, nafsu makan menurun serta kecemasan

- 1.2.2 Riwayat penyakit dahulu : apakah pasien sebelumnya pernah menderita penyakit Asma bronchiale, apakah tidak pernah dan apakah pernah menderita penyakit lain.
- 1.2.3 Riwayat penyakit sekarang : pada umumnya keluhan pada pasien asma bronchiale biasanya mengalami batuk berlendir, sesak nafas, anoreksia, gangguan tidur, kecemasan, bunyi nafas wheezing, kelemahan, gelisah, frekuensi pernafasan meningkat, pernafasan cuping hidung.
- 1.2.4 Riwayat kesehatan keluarga : apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit asma bronchial atau sakit lainnya.

### 1.3 Pola fungsi kesehatan

- 1.3.1 Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : adanya pola hidup dan kebiasaan yang tidak sehat, dan tidak mengetahui pemeliharaan dan penanganan kesehatan, kebiasaan menggunakan obat-obat aspirin, pemajatan asap atau debu serta bulu binatang (kucing).
- 1.3.2 Pola nutrisi dan metabolisme : penurunan nafsu makan selama sakit, sering batuk dan sesak waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi tubuh. Biasanya terjadi penurunan berat badan pada pasien yang menderita asma bronchial.

1.4 Pola aktifitas dan latihan : pola aktivitas dan olahraga yang berat akan memicu timbulnya serangan asma bronchial, dimana aktivitas yang berat atau olahraga secara berlebihan adalah salah satu faktor penyebab terjadinya serangan asma.

- 1.5 Pola istirahat dan tidur : Pola istirahat tidur pada pasien yang menderita asma bronchiale biasanya mengalami gangguan (sering terbangun) jika batuk ataupun serangan asma datang .
- 1.6 Pola persepsi sensori kognitif : pada penderita asma bronchial sering dijumpai adanya rasa nyeri yang dirasakan pada dada, kadang terjadi penurunan kesadaran hingga sampai koma.
- 1.7 Pola hubungan dengan orang lain : adanya kondisi kesehatan mempengaruhi terhadap hubungan interpersonal dan peran serta mengalami tambahan dalam menjalankan peranya selama sakit.
- 1.8 Persepsi diri dan konsep diri : adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, tampak sakit terhadap diri, kontak mata, asertif atau pasif, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tidak berdaya serta gugup.
- 1.9 Pola mekanisme koping : stres timbul apabila seorang pasien tidak efektif dalam mengatasi masalah penyakitnya.
- 1.10 Pola nilai kepercayaan atau keyakinan : timbulnya distress dalam spiritual pada pasien, maka pasien akan menjadi cemas dan takut akan kematian, serta kebiasaan ibadahnya akan terganggu.

## **2. Pemeriksaan fisik**

- 2.1 Keadaan Umum dan Tanda-tanda Vital : biasanya pada klien asma bronchiale mengalami penurunan kesadaran, badan lemah, pernafasan meningkat ( $>24$  x/menit), tekanan darah mengalami penurunan, dan peningkatan frekuensi nadi

2.2 Kepala dan leher : biasanya pada pasien asma sering dijumpai lendir yang keluar dari mulut, pernafasan cuping hidung, suara napas tambahan berupa wheezing serta dada biasanya didapatkan adanya nyeri tekan.

2.3 Sistem integument : biasa terjadi sianosis akibat kurangnya suplai oksigen dalam darah.

### **3. Pemeriksaan penunjang**

#### 3.1 Pemeriksaan Radiologi

##### 3.1.1 Foto thorak

Pada foto thorak akan tampak corakan paru yang meningkat, hiperinflasi terdapat pada serangan akut dan pada asma kronik, atelektasis juga ditemukan pada anak-anak  $\leq 6$  tahun.

##### 3.1.2 Foto sinus paranasalis

Diperlukan jika asma sulit terkontrol untuk melihat adanya sinusitis.

#### 3.2 Pemeriksaan darah

Hasilnya akan terdapat eosinofilia pada darah tepi dan sekret hidung, bila tidak eosinofilia kemungkinan bukan asma.

#### 3.3 Uji faal paru

Dilakukan untuk menentukan derajat obstruksi, menilai hasil provokasi bronkus, menilai hasil pengobatan dan mengikuti perjalanan penyakit. Alat yang digunakan untuk uji faal paru adalah peak flow meter, caranya anak disuruh meniup flow meter beberapa kali

(sebelumnya menarik nafas dalam melalui mulut kemudian menghebuskan dengan kuat).

### 3.4 Uji kulit alergi dan imunologi

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara goresan atau tusuk. Alergen yang digunakan adalah alergen yang banyak didapat di daerahnya

## 4. Fokus Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul merujuk pada Nanda (2015), antara lain :

4.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme.

4.2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan keletihan otot pernafasan dan deformitas dinding dada

4.3 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan retensi karbon dioksida

4.4 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas dan volume sekuncup jantung

4.5 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (hipoksemia) kelemahan

4.6 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan laju metabolik, dispnea saat makan, kelemahan otot pengunyah.

4.7 Ansietas berhubungan dengan keadaan penyakit yang diderita.

## 5. Fokus Intervensi

Fokus intervensi keperawatan dan rasional merujuk pada Nanda (2015) antara lain:

5.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme.

❖ NOC :

### **Respiratory Status : Airway Patensi**

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan lendir dapat keluar dan sesak nafas berkurang dengan Kriteria hasil :

- ✓ Menunjukkan jalan nafas paten ( klien merasa tidak merasa tercekik irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal ).

❖ NIC :

### **Airway Management :**

1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan.
3. Berikan bronkodilator bila perlu
4. Anjurkan pasien minum air hangat

5.2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan dan deformitas dinding dada

❖ NOC :

- **Vital Sign Status**
- **Respiratory Status : Airway Patensi**

Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan lendir dapat keluar dan sesak nafas berkurang dengan

Kriteria hasil :

- ✓ TTV dalam rentang normal
- ✓ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea ( mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada purse lips ).

❖ NIC :

**Airway Management :**

1. Buka jalan nafas, gunakan tehnik chin lift atau jaw thrust bila perlu.
  2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
  3. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan
  4. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
- 5.3 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan retensi karbon dioksida

❖ NOC :

- **Respiratory status : gas exchange**
- **Respiratory status : ventilation**
- **Vital sign status**

Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dapat mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat dengan

Kriteria hasil :

- ✓ Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat.
- ✓ Memelihara kebersihan paru – paru dan bebas dari tanda – tanda di stress pernafasan
- ✓ TTV dalam rentang normal.

❖ NIC :

**Airway Management :**

1. Buka jalan nafas, gunakan tehnik chin lift atau jawtrust bila perlu.
2. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.
3. Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>.

**Respiratory Monitoring :**

1. Monitor rata – rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi
2. Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot bantu tambahan, retraksi otot supra klafikula dan interkostal.
3. Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara nafas tambahan.

5.4 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontakbilitas dan volume sekuncup jantung.

❖ NOC :

- **Cardiac pump effectiveness**
- **Circulation status**
- **Vital sign status**

Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan curah jantung kembali normal, dengan

Kriteria hasil :

- ✓ TTV dalam rentang normal
- ✓ Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
- ✓ Tidak ada edema paru dan asites.

❖ NIC :

**Cardiac care :**

1. Evaluasi adanya nyeri dada ( intensitas, lokasi, durasi )
2. Catat adanya distritmia jantung
3. Monitor belens cairan
4. Monitor toleransi aktivitas pasien

**Vital sign monitor :**

1. Monitor TTV
2. Monitor bunyi jantung

5.5 Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ( hipoksemia ) kelemahan.

❖ NOC :

- **Energy conservation**
- **Aktifity toleransy**
- **Self care :ADLs.**

Setelah di lakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam klien dapat melakukan aktifitas sesuai kebutuhan dengan

Kriteria hasil :

- ✓ Mampu melakukan aktivitas sehari – hari secara mandiri
- ✓ Level kelemahan
- ✓ Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan.

❖ NIC :

• **Activyti therapy :**

1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang bisa di lakukan
2. Monitor respon fisik, emosi, social, dan spiritual.
3. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda
4. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medic.
5. Bantu pasien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang

5.6 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan laju metabolic, dyspnea saat makan, kelemahan otot pengunya.

❖ NOC :

- **Nutritional status**
- **Nutritional status : food and fluid**
- **Weight control**
- **Intake**

Setelah di lakukan askep 3 x 24 jam pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi dengan

Kriteria hasil :

- ✓ Adanya peningkatan BB
- ✓ Tidak ada tanda – tanda malnutrisi
- ✓ Tidak terjadi penurunan BB
- ✓ BB ideal sesuai dengan tinggi badan
- ❖ NIC :

**Nutrition Management :**

1. Kaji adanya alergi makanan
2. Kolaborasi dengan ahli gizi
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe.
4. Monitor jumlah nutrisidan kandungan kalori
5. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi

**Nutrition Monitoring :**

1. BB dalam batas normal
2. Monitor adanya penurunan BB
3. Monitor lingkungan selama makan

## 5.7 Ansietas berhubungan dengan keadaan penyakit yang di derita

❖ NOC :

- **Anxiety self – control**
- **Anxiety level**
- **Coping**

Setelah di lakukan askep 3 x 24 jam klien tidak mengalami kecemasan karena penyakitnya, dengan

Kriteria hasil :

- ✓ Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejalacemas
- ✓ Vital sign dalam batas normal
- ✓ Mengidentifikasi mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.

❖ NIC :

**Anxiety reduction ( penurunan kecemasan ) :**

1. Gunakan pendekatan yang menenangkan
2. Dorong keluarga untuk menemani anak
3. Dengarkan dengan penuh perhatian
4. Bantu pasien untuk mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
5. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan.

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS**

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien Ny. “S” dengan gangguan sistem pernafasan “*Asma bronchiale*” yang dilaksanakan pada tanggal 25-28 April 2019. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengkajian ini dilakukan dengan metode Auto Anamnesa dan Allo Anamnesa, pengamatan, observasi langsung serta pemeriksaan fisik dan kesimpulan dari hasil laboratorium terkait penyakit yang diderita oleh klien.

#### **1. Pengkajian**

##### **1.1 Identitas Klien**

Klien bernama Ny. “S” yang berumur 54 tahun berjenis kelamin perempuan, suku klien adalah suku Tolaki, klien beragama Islam dan tempat tinggalnya di kel. Inolobu kec. Wawotobi kab. Konawe. Pekerjaan klien adalah sebagai ibu rumah tangga dan pendidikan terakhirnya adalah SLTP.. Nomor register saat masuk rumah sakit adalah 078094. Penanggung jawab kepada klien adalah Tn. “L” yang berumur 60 tahun, dan Tn. “L” sudah tidak bekerja karena sudah pensiun. Pendidikan terakhir Tn. “L” adalah S1, alamat Tn. “L” adalah kel. Inolobu kec. Wawotobi kab. Konawe. Pasien dirawat di ruangan Melati Lantai II BLUD RS Konawe. Biaya penanggung pasien yaitu ditanggung oleh BPJS. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 24 April 2019 dengan diagnose medis Asma Bronchiale.

## 1.2 Anamnesis

Pengkajian pada Ny. "S" dilakukan pada tanggal 25 April 2019 pukul 10.00 WITA. Selama penulis melakukan pengkajian Klien mengatakan bahwa keluhan Utama saat masuk Rumah Sakit yaitu klien mengatakan Sesak nafas sejak satu minggu yang lalu.

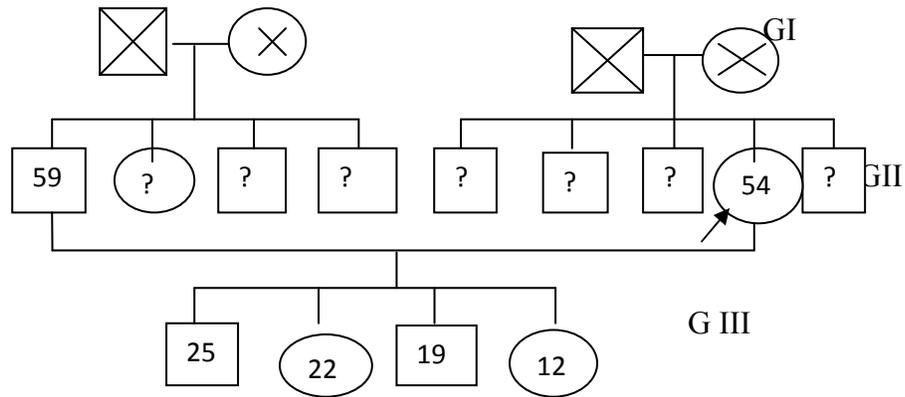
Riwayat kesehatan sekarang , keluhan utama yang dirasakan klien saat pengkajian adalah klien mengatakan batuk berlendir.

- Factor pencetus dari keluhan itu adalah mukus berlebihan
- Sifat keluhan yang dirasakan oleh pasien yaitu hilang timbul
- Lokasinya yaitu saluran pernafasan (tenggorokan)
- Waktu terjadinya batuk yang dialami oleh pasien biasanya setelah selesai makan dan lamanya keluhan yang dirasakan 10-15 menit

Adapun keluhan yang menyertai saat pengkajian yaitu klien mengatakan masih sering sesak, klien mengatakan tidak ada nafsu makan dan klien mengatakan sering mengalami gangguan tidur sejak pertama masuk rumah sakit.

Riwayat kesehatan masa lalu, klien dan keluarga klien mengatakan sebelumnya pasien tidak pernah menderita penyakit berat lainnya. Klien sebelumnya tidak pernah mengalami operasi, cedera maupun riwayat alergi terhadap makanan dan minuman serta obat-obatan. Klien dan keluarga klien mengatakan bahwa di keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit yang sama di alami oleh klien serta tidak ada penyakit-penyakit menular yang dialami oleh klien dan keluarganya.

Genogram :



Gambar 3.1. Genogram Struktur Keluarga

- Keterangan :
- : laki-laki
  - : perempuan
  - X : meninggal
  - ⊥ : kawin
  - (dashed) : satu rumah
  - ? : tidak diketahui
  - ↗ : klien

Interpretasi :

Generasi I : Orang tua pasien sudah meninggal dan tidak ada penyakit asma bronkiale

Generasi II : Dari 5 bersaudara tidak ada yang mengalami penyakit yang sama dengan pasien

Generasi III : Anak – anak dari pasien, tidak ada penyakit yang sama dengan ibu .

### 1.3 Pemeriksaan Fisik

Pada saat melakukan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 25 April 2019 didapatkan keadaan umum pasien sedang, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital yaitu Tekanan Darah : 110/70 mmHg, nadi teraba : 88 x/menit, suhu : 36,5<sup>0</sup>C dan pernafasan 28 x/menit. Berat badan pasien mengalami penurunan selama sakit, dimana berat badan sebelum sakit 53 Kg dan selama sakit Berat badan klien mengalami penurunan menjadi 47 Kg tinggi badan 155 cm.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada sistem pernafasan, secara inspeksi pada hidung terlihat simetris, tidak ada polip atau secret pada hidung. Sedangkan pada dada klien secara inspeksi yaitu dada klien simetris, saat melakukan palpasi yang dilakukan pada dada klien yaitu tidak ada nyeri tekan pada dada, saat melakukan perkusi hasil yang didapatkan dari pemeriksaan tersebut adalah bunyi redup serta pada saat melakukan auskultasi ditemukan suara nafas (wheezing) pada lokasi lapang paru saat melakukan inspirasi.

Pada sistem cardio vaskuler secara inspeksi tidak ada tanda-tanda pembesaran jantung, dan ketika melakukan perabaan tidak ada nyeri tekan serta pada saat melakukan auskultasi tidak ada suara tambahan atau suara abnormal dari jantung klien.

Pada sistem persyarafan didapatkan nilai total Glasgow Coma Scale (GCS) yaitu 15, masing respon membuka mata (E) bernilai 4, respon verbal (V) bernilai 5 serta respon motorik (M) bernilai 6. Keadaan umum kepala bentuk mesosephal, bersih, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, rambut

lurus dan sedikit sudah beruban. Pada wajah terlihat simetris, serta tidak ada bekas luka dan nyeri tekan. Pada mata nampak sclera putih, konjungtiva merah muda, kedua pupil isokor, kelopak mata membuka spontan serta tidak ada masalah pada penglihatan klien. Keadaan umum telinga bersih tidak ada serumen ataupun secret. Sementara itu pada leher tidak didapatkan pembesaran kelenjer tiroid serta nadi karotis teraba. Pada pemeriksaan reflex sensori seperti penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecapan tidak ada masalah serta pada status mental dalam keadaan terorientasi dimana klien dapat mengenal waktu (pagi, siang, malam), orang-orang disekitarnya termasuk perawat yang memberikan tindakan keperawatan dan mengenal tempat dimana klien dirawat.

Pada sistem perkemihan hasil produksi urine klien dalam satu hari yaitu  $\pm$  600 cc, frekuensi berkemih klien sebanyak 3-4 x/hari dengan warna kuning jernih dan bau amoniak dan tidak dipasang kateter.

Pada sistem pencernaan hasilnya terjadi penurunan nafsu makan pada klien yang di sebabkan karena sesak nafas dan tidak terbiasa makan dilingkungan rumah sakit, porsi makan klien nampak tidak dihabiskan ( $\frac{1}{2}$  piring). Selain itu, didapatkan nampak ada lendir yang keluar dari mulut klien pada saat batuk dengan warna putih dan konsistensi kental, selain itu tidak ada masalah pada mulut pasien. Pada tenggorokan tidak ada pembesaran serta peradangan pada tonsil serta tidak ada nyeri tekan. Pada abdomen secara inspeksi tidak ada bekas luka, tidak ada tanda pembesaran pada hepar, tidak

ada nyeri tekan pada abdomen dan peristaltic usus terdengar 6 x/menit. Pada daerah rectum tidak dilakukan pemeriksaan fisik.

Pada sistem muskuloskeletal, otot dan integument, pergerakan otot-otot dan bebas tanpa ada hambatan, kekuatan otot 5, terpasang infuse ditangan kanan jenis RL 18 Tetes per menit, ekstermitas atas dan bawah tidak ada masalah dalam pergerakan, tidak ada edema serta tidak ada nyeri tekan. Pada sistem endokrin tidak ada terapi hormone, tidak ada pembesaran linfe, kelenjer tiroid teraba serta tidak ada pembesaran kelenjer tiroid. Pada sistem reproduksi, tidak dilakukan pemeriksaan fisik.

Pola aktivitas klien selama dirawat di Rumah sakit mengacu pada pola aktivitas yang biasa dilakukan sebelum dan selama sakit. Sebelum sakit frekuensi makan klien yaitu 3<sup>x</sup>/hari dengan jenis menu makanan yang bervariasi (nasi, ikan, sayur,) dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, nafsu makan klien sebelum sakit baik serta tidak ada pantangan dan alergi makanan pada klien. Selama sakit, klien mengalami penurunan nafsu makan, dimana klien tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, jenis makanan yang biasa dimakan di rumah sakit yaitu bubur, ikan, sayur, serta buah-buahan (apel, pisang, rambutan). Pola minum klien sebelum dan selama sakit tidak ada perubahan yaitu dengan frekuensi 4-5<sup>x</sup>/hari dengan meminum air putih. Pola istirahat tidur siang klien sebelum sakit yaitu biasa mulai pada pukul 13.00 sampai dengan 14.30 (lamanya 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> jam) sementara tidur malam klien mulai dari pukul 21.00 sampai dengan pukul 05.00 (lamanya 8 jam). Berdasarkan hasil wawancara langsung dengan klien, penulis mendapatkan

keluhan dari klien bahwa klien mengatakan susah tidur dan gelisah ketika akan tidur siang, klien mengatakan tidurnya kadang-kadang terbangun karena batuk dan sesak nafas, klien kelihatan gelisah menjelang tidur serta klien nampak mudah terbangun ketika banyak keluarga atau teman klien yang membesuknya.

Kebiasaan klien selama dirumah sakit berbeda dengan kebiasaan klien sebelum sakit. Sebelum sakit klien mandi dua kali sehari, sikat gigi dua kali sehari, keramas rambut serta memotong kuku sekali dalam seminggu. Pada saat sakit klien hanya bisa mencuci muka, sikat gigi tetap seperti biasa, belum pernah keramas dan tetap memotong kuku seperti biasanya.

Sebelum dan selama sakit, hubungan klien dengan keluarganya, saudara-saudaranya, tetangga-tetangganya, hubungan klien dengan perawat, keluarga klien dengan perawat serta lingkungan social sekitarnya sangat harmoni. Selama sakit kegiatan beribadah klien sedikit berkurang dari biasanya diakibatkan karena kelemahan yang dialami oleh klien.

#### 1.4 Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 3.1. hasil pemeriksaan laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Rujukan
Kimia Darah		
- Albumin	4.6	3.5 – 5.5 gr/dl
- Ureum	19	10 -50 Mg/dl
- Creatinin	0,9	0.9 – 1.9 Mg/dl

## **1.5 Terapi**

Terapi yang telah diberikan kepada klien selama sakit adalah IVFD RL 18 Tetes per menit, pemberian inhalasi menggunakan nebulizer dengan obat Combivent dicampur dengan cairan Nacl, pemberian obat tablet salbutamol 3 kali sehari (diberikan tiap 8 jam), cefadroxil 2 kali sehari (diberikan tiap 12 jam), ambroxol 3 kali sehari (diberikan tiap 8 jam), injeksi ceftiaxone 1 ampul tiap 12 jam melalui intravena dan pemberian dexametason 1 ampul tiap 12 jam melalui intravena.

## 2. Data Fokus

Nama Pasien : Ny. S                      Nama Mahasiswa : Nursam  
No. RM : 07 80 94                      NIM : P. 00320018187  
Ruang Rawat : Melati Lt II BLUD RS Konawe

Tabel 3.2. Data Fokus Pengkajian

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<ul style="list-style-type: none"><li>- klien mengatakan batuk berlendir</li><li>- klien mengatakan masih sering mengalami sesak nafas</li><li>- klien mengatakan tidak ada nafsu makan kerana sesak nafas</li><li>- <math>IMT = BB / TB(m)^2</math> BB = 47 Kg, TB = 155 cm (1,55 m) <math>47 / 1,55 \times 1,55 = 31,87</math></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- keadaan umum pasien sedang</li><li>- TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 88 x/m, S : 36,5, P : 28 x/m</li><li>- Berat badan klien mengalami penurunan, sebelum sakit 53 Kg dan sesudah sakit 47 Kg</li><li>- IMT = 31,87</li><li>- Terdengar adanya suara nafas tambahan yaitu wheezing</li><li>- Ada lendir yang keluar dari mulut pasien saat batuk</li><li>- Lendir yang berwarna putih dengan konsistensi kental</li><li>- Porsi makan dihabiskan 1/2</li></ul>

### 3. Perumusan Masalah

Nama Pasien : Ny. S                      Nama Mahasiswa : Nursam  
 No. RM : 07 80 94                      NIM : P. 00320018187  
 Ruang Rawat : Melati Lantai II BLUD RS Konawe

Tabel 3.3. Perumusan Masalah Keperawatan

No	Data	Penyebab	Masalah
1	DS : - klien mengatakan batuk berlendir - klien mengatakan masih sering mengalami sesak nafas  DO : - keadaan umum pasien sedang - TTV : TD : 110/70 mmHg N : 88 x/menit S : 36,5 °C P : 28 x/menit - Terdengar adanya suara nafas tambahan yaitu	Faktor pencetus (allergen, stress, cuaca) ↓ Antigen yang terikat IgE pada permukaan sel mast/basofil ↓ Pengeluaran mediator : histamine, bradikinin, dll ↓ Permeabilitas kapiler meningkat ↓ Spasma otot polos sirkulasi kelenjer bronhcus meningkat ↓ Penyempitan/ obstruksi proksimal	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

	<p>wheezing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlihat ada lendir yang keluar dari mulut pasien saat batuk</li> <li>- Warna lendir yang keluar saat batuk yaitu berwarna putih dengan konsistensi kental</li> </ul>	<p>dari bronchus</p> <p>meningkat</p> <p>↓</p> <p>Pembentukan mukus, yang berlebihan</p> <p>↓</p> <p>Menimbulkan batuk, sesak dan wheezing</p> <p>↓</p> <p><b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</b></p>	
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak ada nafsu makan karena sesak nafas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berat badan klien mengalami penurunan, sebelum sakit 53 Kg dan sesudah sakit 47 Kg</li> <li>- IMT = 31,87</li> <li>- Porsi makan klien nampak tidak dihabiskan. (<math>\frac{1}{2}</math>)</li> </ul>	<p>Penyempitan jalan nafas</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan kerja otot pernafasan</p> <p>↓</p> <p>Sesak nafas</p> <p>↓</p> <p>Kurang nafsu makan (anoreksia)</p> <p>↓</p> <p><b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b></p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>

#### 4. Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnose keperawatan yang timbul pada kasus Ny. S adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi atau penumpukan secret dalam saluran pernafasan, ditandai dengan :

Ds :

- klien mengatakan batuk berlendir
- klien mengatakan masih sering mengalami sesak nafas

Do :

- Keadaan umum pasien sedang
- TTV :

TD : 110/70 mmHg

N : 88 x/menit

S : 36,5 °C

P : 28 x/menit

- Terdengar adanya suara nafas tambahan yaitu wheezing
- Ada lendir yang keluar dari mulut pasien saat batuk
- Lendir berwarna putih dengan konsistensi kental

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ditandai dengan :

Ds :

- klien mengatakan tidak ada nafsu makan kerana sesak

Do :

- Berat badan klien mengalami penurunan, sebelum sakit 53 Kg dan sesudah sakit 47 Kg
- $IMT = 31,87$
- Porsi makan klien nampak tidak dihabiskan ( $\frac{1}{2}$ )

## 5. Rencana Tindakan Keperawatan

Nama Pasien : Ny. S                      Nama Mahasiswa : Nursam  
 No. RM : 07 80 94                      NIM : P. 00320018187  
 Ruang Rawat : Melati Lt II BLUD RS Konawe

Tabel 3.4. Rencana Tindakan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	RENCANA KEPERAWATAN		
		NOC	NIC	Rasional
1.	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi atau penumpukan secret dalam saluran pernafasan, ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan batuk berlendir</li> <li>- klien mengatakan masih sering</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiratory status : Ventilation</li> <li>- Respiratory status : Airway patensi</li> <li>- Kriteria hasil :</li> </ul>	<p><b>Airway management :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi tanda – tanda vital</li> <li>2. Beri posisi semi fowler pada pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>3. Keluarkan secret dengan batuk efektif</li> </ol>	<p><b>Airway management :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui status pasien</li> <li>2. Untuk mempermudah pengeluaran lender / memaksimalkan ventilasi</li> <li>3. Dengan batuk efektif dapat mempermudah pengeluaran secret</li> </ol>

	<p>mengalami sesak nafas</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien sedang</li> <li>- TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 110/70 mmHg</li> <li>N : 88 x/menit</li> <li>S : 36,5 °C</li> <li>P : 28 x/menit</li> </ul> </li> <li>- Terdengar adanya suara nafas tambahan yaitu wheezing</li> <li>- Ada lendir yang keluar dari mulut pasien saat batuk</li> <li>- Lendir berwarna putih dengan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan jalan nafas yang paten ( tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal.</li> <li>• Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih,tidak ada sianosis dan dyspnea, ( mampu mengeluarkan sputum,</li> </ul>	<p>4. Auskultasi suara nafas tambahan</p> <p><b>Airway suction :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pasien untuk istirahat.</li> <li>2. Kolaborasi dalam pemberian terapi.</li> </ol>	<p>4. Untuk mengetahui perkembangan ada tidaknya suara nafas tambahan</p> <p><b>Airway suction :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istirahat yang cukup dapat memberikan kenyamanan bagi pasien</li> <li>2. Untuk memberikan terapi yang dapat mengeluarkan dahak atau lendir.</li> </ol>
--	--	---	---	---

	konsistensi kental	mampu bernapas dengan mudah, tidak ada purse lips.		
2.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak ada nafsu makan karena sesak nafas</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berat badan klien mengalami penurunan, sebelum sakit 53 Kg</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi, maka :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutritional status : food and fluid</li> <li>• Intake.</li> <li>• Weight control.</li> <li>• Criteria hasil :</li> </ul>	<p><b>Nutrition Management :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi pada makanan</li> <li>2. Monitor jumlah intake nutrisi</li> <li>3. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> </ol> <p><b>Nutrition monitoring :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbang berat badan</li> </ol>	<p><b>Nutrition Management :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui makanan apa yang tidak cocok pada pasien agar dapat member diet pada pasien dengan tepat</li> <li>2. Untuk mengetahui masukan nutrisi yang adekuat pada pasien</li> </ol>

	<p>dan sesudah sakit 47 Kg</p> <p>- Porsi makan klien nampak tidak dihabiskan (<math>1/2</math>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya peningkatan berat badan</li> <li>• Tidak ada tanda – tanda malnutrisi</li> <li>• Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.</li> </ul>	<p>pasien</p> <p>2. Kolaborasi pemberian vitamin untuk nafsu makan.</p>	<p>selama sakit</p> <p>3. Dengan memberi informasi mengenai pentingnya kebutuhan nutrisi pasien dapat termotivasi</p> <p><b>Nutrition monitoring :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui perkembangan berat badan pasien</li> <li>2. Memberi nafsu makan klien</li> </ol>
--	--	---	---	--

## 6. Implementasi dan Evaluasi

Nama Pasien : Ny. S                      Nama Mahasiswa : Nursam

No. RM : 07 80 94                      NIM : P. 00320018187

Ruang Rawat : Melati Lt II BLUD RS Konawe

Tabel 3.5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl /Jam	Implementasi	Hari/Tgl /Jam	Evaluasi SOAP	Paraf CI
<b>Hari I</b>	<b>Kamis, 25 April 2019</b>		<b>Jumat, 26 April 2019</b>		
1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi atau penumpukan secret dalam saluran pernafasan, ditandai dengan :	<b>11.00</b>	<b>Airway Management :</b> 1. Mengobservasi TTV  H : Td : 110 / 70 mmHg  N : 88 x/ m  S : 36,5 <sup>0</sup> C  P : 30 x/m	<b>10.00</b>	S :  - Klien mengatakan masih batuk berlendir  - Klien mengatakan masih sering sesak	

<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan batuk berlendir</li> <li>- klien mengatakan masih sering mengalami sesak nafas</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien sedang</li> <li>- TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 110/70 mmHg</li> <li>N : 88 x/menit</li> <li>S : 36,5 °C</li> <li>P : 28 x/menit</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>11.05</b></p> <p><b>11.10</b></p> <p><b>11.15</b></p> <p><b>11.20</b></p>	<p>2. Memberi posisi semi fowler pada pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>H : posisi klien semi fowler</p> <p>3. Mengeluarkan secret dengan batuk efektif</p> <p>H : Klien mampu melakukan</p> <p>4. Mengauskultasi suara nafas tambahan.</p> <p>H . Whiizing</p> <p><b>Airway Suction :</b></p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk istirahat</p> <p>H : pasien Nampak sedang istirahat</p>		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak batuk</li> <li>- Nampak ada lendir yang keluar saat batuk</li> <li>- Warna lendir putih, konsistensi kental</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p>	
--	---	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdengar adanya suara nafas tambahan yaitu wheezing</li> <li>- Ada lendir yang keluar dari mulut pasien saat batuk</li> <li>- Lendir berwarna putih dengan konsistensi kental</li> </ul>	<b>11.30</b>	<p>6. Mengkolaborasi dalam pemberian terapi.</p> <p>H : Pemberian obat combivent di campur dengan NaCl 2 cc melalui dengan inhalasi atau nebulizer.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi 1,2,3,4 dan 6 dilanjutkan</li> </ul>	
<p>2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak ada nafsu makan karena sesak</li> </ul>	<b>11.35</b>	<p><b>Nutrition Management :</b></p> <p>1. Mengkaji adanya alergi makanan terhadap pasien.</p> <p>H : pasien tidak ada alergi pada makanan</p>	<b>10.00</b>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih belum ada nafsu makan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan</li> </ul>	
	<b>11.40</b>	<p>2. Memonitor jumlah intake nutrisi</p> <p>H : porsi yang diberikan diit</p>			

<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berat badan klien mengalami penurunan, sebelum sakit 53 Kg dan sesudah sakit 47 Kg</li> <li>- Porsi makan klien nampak tidak dihabiskan (<math>\frac{1}{2}</math> piring)</li> </ul>	<p><b>11.45</b></p> <p><b>11.50</b></p> <p><b>11.55</b></p>	<p>rumah sakit tidak di habiskan (<math>\frac{1}{2}</math>)</p> <p>3. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>H : pasien mau mendengarkan informasi yang di berikan</p> <p><b>Nutrition Monitoring :</b></p> <p>4. Menimbang berat badan pasien</p> <p>H : BB pasien 47 kg</p> <p>5. Mengkolaborasi pemberian vitamin untuk nafsu makan</p> <p>H : pemberian vitamin penambah nafsu makan terpenuhi.</p>		<p>belum dihabiskan (hanya <math>\frac{1}{2}</math> piring)</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	
<b>Hari II</b>	<b>Jumat, 26 April 2019</b>		<b>Sabtu, 27 April 2019</b>		
1. Ketidakefektifan bersihan		<b>Airway Management :</b>	<b>10.00</b>	S :	

<p>jalan nafas berhubungan dengan akumulasi atau penumpukan secret dalam saluran pernafasan,ditandai dengan :</p>	<p><b>11.00</b></p>	<p>1. Mengobservasi TTV H : td : 110 / 80 mmHg N : 86 x/m P : 27 x/m S : 26,5 °C</p>		<p>- Klien mengatakan batuknya sudah berkurang</p>	
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan batuk berlendir</li> </ul>	<p><b>11.05</b></p>	<p>2. Memberi posisi nyaman untuk memaksimalkan ventilasi H : posisi klien semi fowler</p>		<p>- Klien mengatakan lendir yang keluar sudah berkurang</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan masih sering mengalami sesak nafas</li> </ul>	<p><b>11.10</b></p>	<p>3. Mengeluarkan secret dengan batuk efektif H : klien mampu melakukan</p>		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nampak sedikit lendir yang keluar saat batuk</li> </ul>	
<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien sedang</li> </ul>	<p><b>11.15</b></p>	<p>4. Mengauskultasi suara nafas tambahan H : suara whizzing berkurang</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna lendir putih, konsistensi kental</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV :  TD : 110/70 mmHg  N : 88 x/menit  S : 36,5 °C  P : 28 x/menit</li> <li>- Terdengar adanya suara nafas tambahan yaitu wheezing</li> <li>- Ada lendir yang keluar dari mulut pasien saat batuk</li> <li>- Lendir berwarna putih dengan konsistensi kental</li> </ul>	<b>11.30</b>	<p style="text-align: center;"><b>Airway Suction :</b></p> <p>6. Mengkolaborasi dalam pemberian terapi</p> <p>H : Combivent di campur NaCl 2 cc dengan rute inhalasi.</p>		<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	
<p>2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<b>11.35</b>	<p style="text-align: center;"><b>Nutrition Management :</b></p> <p>1. Memonitor jumlah intake nutrisi</p>	<b>10.00</b>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan</li> </ul>	

<p>berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak ada nafsu makan karena sesak</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berat badan klien mengalami penurunan, sebelum sakit 53 Kg dan sesudah sakit 47 Kg</li> <li>- Porsi makan klien nampak tidak dihabiskan (<sup>1</sup>/<sub>2</sub>)</li> </ul>	<p><b>11.40</b></p> <p><b>11.45</b></p> <p><b>11.50</b></p>	<p>H : pasien makan 3 x sehari dengan porsi makan sudah hamper di habiskan</p> <p>2. Memberikan atau mengingatkan kembali tentang pentingnya kebutuhan nutrisi bagi tubuh</p> <p>H : Pasien mengerti dan paham tentang pentingnya nutrisi</p> <p><b>Nutrition Monitoring :</b></p> <p>3. Menimbang BB pasien</p> <p>H : 48 kg</p> <p>4. Kolaborasi pemberian terapi vitamin makan di lanjutkan.</p>		<p>sudah mulai ada nafsu makannya tetapi porsi makan belum dihabiskan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan belum dihabiskan</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi 1 dan 3</li> </ul>	
---	---	---	--	---	--

				dilanjutkan	
<b>Hari III</b>	<b>Sabtu, 27 April 2019</b>		<b>Minggu, 28 April 2019</b>		
<p>1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi atau penumpukan secret dalam saluran pernafasan, ditandai dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan batuk berlendir</li> <li>- klien mengatakan masih sering mengalami sesak nafas</li> </ul> <p>Do :</p>	<p><b>11.00</b></p> <p><b>11.05</b></p>	<p><b>Airway Management :</b></p> <p>1. Mengobservasi TTV :</p> <p>H : Td : 110 / 70 mmHg</p> <p>N : 87 x / m</p> <p>P : 24 x / m</p> <p>S : 36,8<sup>0</sup> C</p> <p>2. Mengauskultasi suara nafas tambahan</p> <p>H : suara whizzing hilang</p>	<p><b>10.00</b></p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak batuk lagi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada lendir yang keluar saat klien melakukan batuk efektif</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah teratasi</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien sedang</li> <li>- TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 110/70 mmHg</li> <li>N : 88 x/menit</li> <li>S : 36,5 °C</li> <li>P : 28 x/menit</li> </ul> </li> <li>- Adanya suara nafas tambahan yaitu wheezing</li> <li>- Terlihat ada lendir yang keluar dari mulut pasien saat batuk</li> <li>- Lendir berwarna putih dengan konsistensi kental</li> </ul>				<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan (pasien pulang)</li> </ul>	
---	--	--	--	--	--

<p><b>2.</b> Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak ada nafsu makan karena sesak</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berat badan klien mengalami penurunan, sebelum sakit 53 Kg dan sesudah sakit 43 Kg</li> <li>- Porsi makan klien nampak tidak dihabiskan (<sup>1</sup>/<sub>2</sub>)</li> </ul>	<p><b>11.15</b></p> <p><b>11.20</b></p> <p><b>11.25</b></p>	<p><b>Nutrition Management :</b></p> <p>1. Monitor jumlah intake nutrisi</p> <p>H : porsi makan di habiskan</p> <p><b>Nutrition Monitoring :</b></p> <p>2. Menimbang BB pasien</p> <p>H : 48,7 kg secara signifikan BB pasien mulai membaik dengan adanya perkembangan berat badan.</p> <p>3. Kolaborasi pemberian terapi.</p> <p>H : vitamin makan di lanjutkan untuk di bawah ke rumah.</p>	<p><b>10.00</b></p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah ada nafsu makan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan dihabiskan</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan (pasien</li> </ul>	
---	---	---	---------------------	--	--

				pulang)	
--	--	--	--	---------	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membandingkan dan menganalisa antara teori dengan kasus yang telah dibahas pada bab III mengenai asuhan keperawatan pada klien Ny. S dengan Asma bronchiale. Tapi sebelumnya, ada beberapa fakta yang membuktikan bahwa dari tahun ketahun yang menderita penyakit asma bronchiale mengalami penurunan khususnya di BLUD RS Konawe. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis, penulis mendapatkan hasil bahwa Di BLUD RS Konawe Provinsi Sulawesi Tenggara terdapat jumlah seluruh penderita asma pada tahun 2017 (Januari sampai Desember) sebanyak jumlah penderita Asma Bronchiale sebanyak 220 penderita dengan distribusi pasien lama sebanyak 185 penderita dan pasien baru sebanyak 35 penderita. Sedangkan pada tahun 2018 (Januari sampai Desember) jumlah penderita Asma bronchiale sebanyak 220 penderita dengan distribusi pasien lama sebanyak 156 dan pasien baru sebanyak 64 penderita. Sementara berdasarkan penelitian yang penulis lakukan di ruangan Melati pada tahun 2019 (Januari sampai April ) sebanyak 20 orang penderita penyakit Asma bronchiale. Terjadi penurunan kasus yang menderita penyakit asma disebabkan karena adanya upaya kerja sama yang dilakukan oleh masyarakat dan petugas pelayanan kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan dilingkungan masyarakat ataupun rumah sakit serta upaya pencegahan dan pengobatan yang dilakukan oleh msyarakat dan pihak rumah sakit sangat berhasil dan efektif.

Proses keperawatan secara umum diartikan sebagai pendekatan dalam pemecahan masalah yang sistematis untuk memberikan asuhan keperawatan terhadap setiap orang. Proses keperawatan itu sendiri menyangkut pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pada bagian ini akan dibahas mengenai kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada saat kegiatan studi kasus berlangsung yang dilaksanakan di Ruang Melati Lt II BLUD RS Konawe pada tanggal 25 April 2019 hingga 28 April 2019. Hal tersebut akan diuraikan secara terperinci mulai dari pengkajian sampai pada tahap evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.

Pada teori ditemukan, asma bronchiale dikarakteristikan dengan penyebab yang bervariasi dan tidak dapat diperkirakan. Gejala umum yang sering terjadi adalah wheezing (mengi), sulit bernafas, dada sesak dan batuk, biasanya terjadi pada malam hari dan pagi hari yang merupakan tipe dari asma. Serangan asma biasanya terjadi hanya dalam beberapa menit sampa beberapa jam. Pada saat tidak terjadi serangan, fungsi paru penderita tampak normal (Lewis, et, al., 2007).

Pola aktifitas dan latihan; pasien akan terganggu aktifitasnya akibat adanya kelemahan fisik serta pasien akan mengalami keterbatasan gerak akibat penyakitnya. Pola istirahat dan tidur; kebiasaan tidur pasien akan terganggu karena sesak dan batuk, sehingga pasien merasa gelisah pada saat tidur. Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum dan tanda-tanda vital; biasanya pada klien asma mengalami kelemahan, frekuensi pernafasan meningkat ( $>24$  x/menit), terdengar suara nafas tambahan (wheezing) dan irama pernafasan tidak teratur.

Sedangkan data yang ditemukan saat melakukan pengkajian pada Ny. S tanggal 25 April 2019 di ruangan Melati Lt II BLUD RS Konawe, didapatkan keluhan utama yang dirasakan oleh pasien adalah batuk berlendir. Adapun keluhan yang menyertai adalah sesak nafas, tidak ada nafsu makan serta klien mengalami gangguan istirahat tidur.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil dimana perawat bertanggungjawab.

Menurut teori, ada beberapa diagnose keperawatan yang timbul pada pasien dengan Asma bronchiale dalam buku Nanda (2015), yaitu :

- 2.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme.

- 2.2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan keletihan otot pernafasan dan deformitas dinding dada
- 2.3 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan retensi karbon dioksida
- 2.4 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontakbilitas dan volume sekuncup jantung
- 2.5 Inteleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (hipoksemia) kelemahan
- 2.6 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan laju metabolic, dispnea saat makan, kelemahan otot pengunyah.
- 2.7 Ansietas berhubungan dengan keadaan penyakit yang diderita.

Sementara itu, diagnose keperawatan yang ditemukan pada saat pengkajian studi kasus ada beberapa diantaranya sebagai berikut :

- ✓ Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi atau penumpukan secret dalam saluran pernafasan.
- ✓ Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

Sementara dalam kasus Ny. N terdapat diagnosa yang tidak ditemukan dalam teori yaitu :

- ✓ Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan proses penyakit (batuk dan sesak nafas).

Diagnose keperawatan yang ditemukan pada teori dan kasus terdapat kesenjangan atau perbedaan. Hal ini disebabkan karena keluhan yang

ditemukan pada klien saat pengkajian juga berbeda mengingat respon klien terhadap suatu penyakit tidak sama antara individu yang satu dengan yang lainnya. Karena dalam menegakkan diagnose harus sesuai dengan batasan karakteristik dan data penunjang baik data subjektif maupun data objektif. Sehingga masalah keperawatan yang timbul pada penderita Asma Bronchial juga berbeda-beda antara pasien yang satu dengan pasien yang lain.

### **3. Intervensi**

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan. Dalam teori intervensi dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan *Nursing Intervention Clasification (NIC)* dan *Nursing Outcome Clasification (NOC)*.

Intervensi keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan spesifik, measurable, achievable, rasional and time (SMART) selanjutnya akan diuraikan rencana keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan (Nanda, 2015).

Setelah masalah keperawatan dapat diterapkan, maka perlu penetapan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut. Kegiatan perencanaan ini meliputi: memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan.

Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan yang begitu berarti antara teori dan kasus dalam memprioritaskan masalah, merumuskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan. Penulis berusaha memprioritaskan berdasarkan kebutuhan menurut Maslow yaitu mulai dari kebutuhan paling mendasar yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, dicintai dan mencintai, dihargai, serta aktualisasi diri.

Pembuatan rencana pada Ny. S disesuaikan dengan tujuan dan kriteria hasil, perencanaan ini dibuat berdasarkan keluhan, data subjektif dan data objektif yang ada, karena data ini sangat mendukung dalam memberikan asuhan keperawatan.

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, dimana tujuan yang diharapkan bersihan jalan nafas klien kembali efektif sehingga harus direncanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien diantaranya , Airway management : (Observasi tanda-tanda vital, beri posisi semi fowler pada pasien untuk memaksimalkan ventilasi, keluarkan sekret dengan batuk efektif, auskultasi suara nafas tambahan), airway suction : (Anjurkan pasien untuk istirahat, dan kolaborasi dalam pemberian terapi).

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dimana tujuan yang diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi sehingga harus direncanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan diantaranya, Nutrition managemen , (kaji adanya alergi pada makanan, monitor jumlah intake nutrisi, berikan

informasi tentang kebutuhan nutrisi), Nutrition monitoring : (timbang berat badan pasien, kolaborasi pemberian vitamin untuk nafsu makan).

Menurut peneliti pada intervensi yang telah direncanakan oleh peneliti tidak jauh berbeda terutama pada diagnosa keperawatan yang muncul. Hal ini disebabkan karena pada perencanaan sudah tercantum intervensi yang sesuai dengan teori dengan menambahkan intervensi yang sesuai dengan kasus nyata. Pada pelaksanaannya tidak semua intervensi yang telah dibuat harus diterapkan pada kasus melainkan disesuaikan dengan kondisi respon yang muncul dan fasilitas yang tersedia. Faktor penghambat dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan karena kurang pemahaman penulis dalam membuat rencana tindakan dalam kasus ini, pemecahan masalah lebih diharapkan agar penulis lebih giat lagi membaca dan dapat menetapkan masalah sesuai dengan rencana keperawatan.

#### **4. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi

kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Pelaksanaan rencana keperawatan mengacu pada rencana yang telah ditetapkan dalam teori. Namun penulis tidak dapat melaksanakan semua rencana yang ada dalam teori tapi dapat melaksanakan semua rencana sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan kasus asma bronchiale diruang Melati Lt II BLUD RS Konawe. Dalam rencana tindakan semua dilaksanakan oleh penulis, dikarenakan penulis sepenuhnya 24 jam merawat klien. Untuk membantu melengkapi tindakan keperawatan maka penulis melihat tindakan yang dilakukan perawat ruangan, penulis melihat dan membaca dibuku laporan tindakan yang ditulis oleh perawat yang sedang dinas. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai waktu yang telah di tetapkan yaitu 3 x 24 jam, secara umum semua rencana tindakan yang telah disusun dapat dilaksanakan penulis, seperti mengobservasi tanda tanda vital, mengauskultasi bunyi napas, memberikan istirahat dengan posisi semi fowler, menganjurkan klien dan keluarganya untuk memberikan makanan dalam porsi kecil tapi sering, mendiskusikan dan mengajarkan tehnik relaksasi, memberikan terapy infus RL 18 tetes/ menit, membatasi penjenguk pasien dan melakukan kerjasama dengan tim medis lain dalam pemberian obat-obatan.

Adapun implementasi keperawatan pada kasus yang dilaksanakan selama 3 hari, dimana dari ke-2 masalah keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan semua masalah dapat teratasi, setelah dilakukan implementasi

keperawatan diantaranya klien tidak mengalami batuk atau jalan nafas kembali efektif, dan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi sesuai kebutuhan tubuh

## **5. Evaluasi**

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Adapun tujuan yang diharapkan pada saat melakukan evaluasi pada kasus kelolaan adalah diharapkan klien tidak batuk, frekuensi pernapasan klien dalam batas normal, selera makan klien bertambah.

Evaluasi dilakukan dengan metode SOAP, dimana evaluasi pada hari pertama belum ada masalah yang teratasi, jadi klien masih batuk berlendir, masih sesak nafas, belum ada nafsu makan, sedangkan evaluasi pada hari kedua belum ada masalah yang teratasi sehingga masih perlu mempertahankan intervensi pada hari ketiga melakukan evaluasi semua masalah sudah teratasi sehingga intervensi sudah dihentikan karena klien tidak mengalami batuk, tidak sesak, nafsu makan sudah baik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari maka hasil evaluasi yang dilakukan adalah semua masalah sudah teratasi sehingga klien bisa pulang sesuai anjuran dokter dan perawat di ruang Melati Lt II BLUD RS Konawe.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **1. Kesimpulan**

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan dengan judul Asuhan keperawatan pada klien Ny. S dengan gangguan sistem pernafasan “Asma Bronchiale” di ruang Melati Lt II BLUD RS Konawe yang telah dilaksanakan pada tanggal 25–28 April 2019, berdasarkan hasil wawancara dan pengkajian yang digabung dengan hasil pemeriksaan laboratorium dapat ditarik beberapa kesimpulan diantaranya sebagai berikut:

- 1.1 Dari pengkajian yang telah dilakukan pada kasus Ny. “S” mengalami keluhan batuk berlendir, sesak nafas, kurang nafsu makan, berat badan menurun, istirahat tidur klien terganggu, keadaan umum lemah, pernafasan 28 x/menit, bunyi nafas wheezing. Bila dibandingkan dengan teori tentu akan lebih banyak keluhan yang dijumpai pada klien yang menderita Asma mengingat respon individu terhadap suatu penyakit berbeda-beda.
- 1.2 Diagnose keperawatan yang timbul pada Ny. “S” adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Sementara dalam teori diagnose keperawatan yang dapat timbul adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas, ketidakefektifan pola nafas, gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas,

ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan ansietas. Hal tersebut menunjukkan kesenjangan antara kasus dan teori.

1.3 Tahap intervensi keperawatan perlu melibatkan keluarga agar klien merasa tenang dan kooperatif saat dilakukan tindakan. Intervensi keperawatan yang disusun harus sesuai dengan teori dan sesuai dengan masalah keperawatan dengan memperhatikan 4 hal dalam menyusun rencana tindakan keperawatan diantaranya observasi keperawatan, tindakan keperawatan, pendidikan keperawatan dan kolaborasi keperawatan.

1.4 Pada pelaksanaan tindakan atau implementasi tentunya berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun. Implementasi dilakukan pada Ny.”S” selama 3 hari dengan harapan dapat mengatasi masalah yang dihadapi oleh klien.

1.5 Tahap akhir yaitu evaluasi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari dengan 2 masalah keperawatan dimana ke – 2 masalah dapat teratasi.

## **2. Saran**

### **2.1 Bagi Penulis**

Disarankan kepada penulis Karya Tulis Ilmiah agar dapat memahami konsep teori dan Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan gangguan sistem pernafasan “Asma Bronchiale”

### **2.2 Bagi masyarakat/Klien**

Disarankan kepada institusi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini agar dapat Memberikan pengetahuan bagi pasien dan keluarga tentang pemberian

asuhan keperawatan dengan kasus Asma bronchiale termasuk pentingnya perawatan dengan masalah kesehatan.

### 2.3 Bagi Institusi/Pendidikan

Disarankan kepada institusi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini agar dapat menambah literature dipergustakaan untuk pengembangan pendidikan di masa yang akan datang, sehingga memudahkan mahasiswa dalam mencari referensi dalam menyelesaikan tugas perkuliahan dan menambah pengetahuan dengan membaca di perpustakaan.

### 2.4 Bagi Rumah Sakit

Disarankan kepada institusi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini agar menambah referensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan pada pasien dengan Asma bronchiale di BLUD RS Konawe.