

BAB 4

TINJAUAN KASUS & PEMBAHASAN

4.1 Tinjauan Kasus

Dalam tinjauan kasus ini penulis membandingkan dua orang pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.

4.1.1 Tinjauan Kasus Pasien Pertama

Asuhan keperawatan pada Ny.S di ruang irna b kamar 1.2 RSUD Syarifah Rato Ebu Bangkalan, sejak tanggal 1 Juli 2016 dengan diagnosa medis *Asma bronkial* melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah sebagai berikut:

Pengumpulan Data

Dilakukan pengkajian data pada tanggal 01-03 Juli 2016, pukul 07.30 WIB.

1. Identitas pasien: Ny.S, jenis kelamin: perempuan, umur: 39 tahun, agama: Islam, suku/bangsa: Madura/Indonesia, pendidikan: tamat SD, pekerjaan: jualan nasi, alamat: Jl. Desa pengelangan burneh bangkalan, tanggal masuk rumah sakit: 30-juni-2016, nomor register: 078xx, diagnosa medis: *Asma bronkial*.

2. Keluhan utama

Sesak nafas yang dirasakan dada berat seperti di ikat disertai batuk dan badan terasa panas

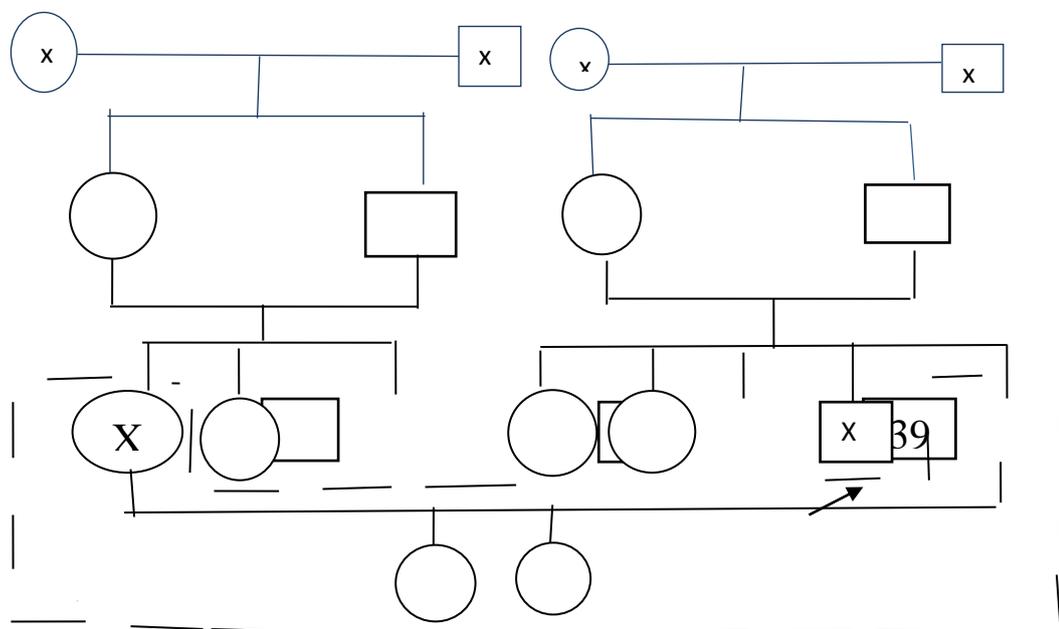
3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan keluhan badan terasa panas dan sesak muncul pada waktu pagi hari, tepatnya 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Sesaknya muncul saat musim hujan tiba dan udara dingin lalu dibawa ke puskesmas burneh bangkalan lalu dirujuk ke RSUD Syarifah Ambami Rato ebu Bangkalan.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah mengalami penyakit seperti ini sudah lama dan hanya berobat ke puskesmas terdekat diberi obat anti asma. Pasien juga mengatakan mempunyai riwayat asma sejak kecil umur 4 tahun. Pasien mempunyai riwayat alergi pada udara dingin.

GENOGRAM



Gambar 4.1.1 Genogram pasien pertama

Keterangan:

○ : Laki-Laki

- : Perempuan
 ↗ : Pasien
 X : Sudah meninggal
 - - - - : tinggal serumah

5. Riwayat Psikososial

Keluarga pasien mengatakan pasien selama dirawat di ruang Irna b RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang, hubungan pasien dengan keluarga, perawat serta dokter terjalin dengan baik.

6. Pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum MRS : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan komposisi nasi, lauk pauk dan sayur-sayuran. Minum 6-7 gelas sehari.

Sesudah MRS : Pasien mengatakan hanya makan roti 7 buah sehari dan minum susu 2 kali sehari, tidak makan nasi dikarenakan setiap makan nasi perut terasa mual.

B. Pola eliminasi

1) Pola eliminasi alvi

Sebelum MRS : Pasien mengatakan Bab 1 kali sehari dengan karakteristik lunak, warna kuning dan

Sesudah MRS : pasien Mengatakan Bab 1 kali perhari dengan karakteristik lunak, warna kuning, dan baunya khas..

2) Pola eliminasi urine

Sebelum MRS : keluarga pasien mengatakan pasien biasanya buang air kecil 9-8 kali dalam sehari, warna kuning pekat, dan berbau khas.

Sesudah MRS : keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan pampes diganti 3x/hari warna kuning gelap pekat dan bau khas.

c. Pola persepsi dan konsep diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan merasa bahwa anggota tubuhnya dibagian saluran pernafasan terhambat

2) Harga diri

Pasien mengatakan tidak mengalami perubahan karena orang ,orang disekitar pasien masih peduli dan memperhatikannya.

3) Ideal diri

Keluarga pasien mengatakan dalam kesehariannya pasien adalah seorang yang memiliki tujuan hidup serta berguna bagi diri sendiri dan orang lain dan memiliki keinginan

untuk cepat sembuh agar bisa melaksanakan tujuan hidupnya serta berguna bagi dirinya dan orang lain.

4) Peran

Pasien mengatakan perannya sebagai seorang istri dan ibu dari kedua anak-anaknya, Tidak maksimal karena harus dirawat dirumah sakit.

5) Identitas Diri

Keluarga pasien mengatakan pasien berumur 39 tahun, sudah menikah, dan memiliki 2 orang anak laki-laki.

d. Pola Sensori dan Kognitif

Pola sensori : keluarga pasien mengatakan indera pendengaran, indera perasa, indera pembau, dan indera penglihatan berfungsi dengan cukup baik

Pola Kognitif : keluarga pasien mengatakan keluarga dan pasien mengetahui penyakit yang dialaminya.

e. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum MRS : keluarga pasien mengatakan pasien mampu melakukan aktivitas seperti duduk, berjalan, mandi, dan lain-lain secara mandiri.

Sesudah MRS : Pasien tampak sesak dan hanya berbaring di tempat tidur saja dan tidak beraktivitas, Kebutuhan sehari-hari (makan, minum,Bak,Bab) dibantu oleh keluarganya.

f. Pola Reproduksi Seksual

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien berjenis kelamin perempuan berusia 39 tahun dan mempunyai 2 anak laki-laki.

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Kesadaran composmetis, keadaa umum lemah, tanda-tanda vital TD (tekanan darah) 90/60 mmhg. S (suhu) 38 derajat Celsius, N (nadi) 82 x / mnt, RR (respiratory rate) 32 x / mnt (irama tidak teratur).

b. Muka

Bentuk simentris,tidak terdapat lesi,tidak ada benjolan, dan muka pucat

c. Mata

Bentuk simentris sclera mata anemis

d. Hidung

Tidak ada polip disekitar hidung, bentuk simetris tidak ada luka, lubang telinga luar dan dalam bersih.

e. Mulut dan Faring

Bentuk simentris, mukosa bibir kering, tampak ada lendir pada jalan nafas

f. Thorak

Inpeksi : Pengerakkan dada kanan dan kiri simentris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

Perkusi : Suara sonor

Auskultasi : terdengar suara tambahan ronchi sebelah kiri

g. Abdomen

Bentuk simentris, tidak ada pembesaran pada abdomen, bising usus

16x/menit

h. Genetalia

tidak ada kelainan pada genetalia, kebersihan cukup, tidak ada lesi atau iritasi pada genetalia, Menggunakan pempek.

i. Anus

kebersihan terjaga tidak ada hemorid, tidak ada kemerahan atau tanda-tanda iritasi.

j. Integumen

Kulit sawo matang, akhral hangat, dan tidak ada pembengkakan

k. Ekstremitas dan neouologis

l. Ekstremitas dapat digerakkan, GCS 4-5-6.

9. a. Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 01-07-2016

Pemeriksaan : thorak

Hasil : Asma Bronkial

b. Pemeriksaan Laboratorium (01 juli 2016)

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi lengkap			
Hemoglobin	13.5	Gr/dl	11.7-15.5
Eritosit	5.52	Juta/ul	3.8-52
Leokosit	9.3	Ribu/ul	3.6-11.0
Trombosit	37	Ribu/mm ³	150-440
Hematokrit	43.8		150-440
Indek Eritosit			35-47
MCV	79.3	mg/dl	70-96v
MCH	24.4		26-34
MCHC	30.8		30-36
Hitung Jenis Eritosit			
Basofil	0		
Neutrofil			
Limfosit			
Eosinofi			

4.1.2 Analisa Data/Sintesa

Analisa data dilakukan pada tanggal 01 juli 2016 pukul 07.30 WIB.

Pada Ny.s umur 39 tahun di ruang irna b dengan nomer registrasi 078xx,

ditemukan data fokus sebagai berikut:

Tanggal 01 Juli 2016 pukul 07.30 WIB.

1. Analisa data yang pertama

a. Data Subyektif: Pasien mengatakan sesak nafas yang dirasakan dada berat seperti di ikat disertai batuk dan mengeluarkan dahak

b Data Obyektif: Pasien tampak sulit bernafas, pasien batuk, auskultasi terdengar suara tambahan ronchi dari kiri pada bronkus, dan terpasang oksigen kanul 2 liter, TD:90/60mmhg
RR: 32x/menit, Nadi 82x/menit, hb: 13,5gr/dl, basofil: 0,37%, eosinofil: 0,11%, trombosit :37 Ribu/mm³, leukosit: 9.3 Ribu/ul

Masalah : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Etiologi: Adanya peningkatan produksi sekret.

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data diatas dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.Sadalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan adanya peningkatan produksi seckret.

4.1.4 Rencana Keperawatan

Tanggal 01 Juli 2016

Diagnosa keperawatan:

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya peningkatan produksi sekret

Tujuan : Setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan jalan nafas kembali efektif

Kriteria Hasil:

1. Pernafasan pasien normal (16-20 x / menit)
2. tanpa ada penggunaan alat bantu nafas,
3. tidak ada suara tambahan,
4. keluhan sesak berkurang

Intervensi:

1. Kaji tanda-tanda vital 3 jam sekali
Rasional : untuk memantau perkembangan pasien
2. Kaji adanya bunyi nafas, misalnya wheezing dan ronchi
Rasional: Berapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas.
3. Kaji atau pantau frekuensi pernafasan setiap hari 3 kali sehari.
Rasional: Takepnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau steress /adanya proses infeksi.
- 4). Kalaborasi dengan tim dokter dalam pemberianm obat sesuai indikasi bronchodilator

Rasional : Merilekskan otot halus dan menurunkan spasme jalan nafas ronchi dan produksi mukosa

- 5). Kalaborasi dengan tim dokter dalam pemberian nebulizer

Rasional : pemberian nebulizer untuk mencairkan secret yang kental

- 6). Berikan pasien posissi senyaman mungkin misal peninggian kepala dan posisi setengah duduk.

Rasional : Peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi

- 7). Ajari cara batuk efektif

Rasional : Memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara

4.1.5 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya.

Tanggal 01 juli 2016

Intervensi

Jam 07.30 Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga.

Respon: pasien dan keluarga kooperatif

Jam 07.45 Mengkaji bunyi nafas menggunakan stetoskop.

Respon : terdengar suara ronchi

Jam 08.00 Memberikan alat bantu nafas oksigen 2 liter

Respon : oksigen mengalir 2 liter melalui nasal kanul

Jam 08.15 Observasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 90/60mmhg, S: 36²C, RR: 32 x/menit, N:
82x/menit.

Jam 08.30 Memberikan injeksi antrain 3x100mg,aminopilin 225 mg
3x/hari melalui intra vena.

Respon: pasien tidak ada alergi obat.

Jam 9.00 Memberikan pasien kompres hangat

Respon : Pasien kooperatif

Jam 09.15 Menganjurkan pasien untuk banyak minum

Respon : tampak minum banyak sehari 6 gelas

Jam 09.45 Memberikan susu.

Respon: susu yang diminum hanya ½ gelas yang diberikan.

Jam 11.10 Memberikan terapi nebulizer combivent

Respon: Pasien bersedia diberikan nebulizer.

Jam 11.30 Memberikan posisi nyaman pasien.

Respon: Pasien dalam posisi semi flower.

Tanggal 02 Juli 2016

intervensi:

Jam 08.00 Observasi tanda-tanda vital,

Respon: TD: 90/60mmhg, S: 36⁰ C, RR: 28 x/menit, N:
82x/menit.

Jam 08.15 Memberikan ceftriaxon 2x1g, aminopilin 225 mg 3x/hari
iv.

Respon: pasien tidak ada alergi obat.

Jam 09.00 mengganti infus pz.

Respon: pasien kooperatif.

Jam 09.15 Menganjurkan batuk efektif

Respon: Pasien dan keluarga kooperatif, dan mau meniru

Jam 09.45 Memberikan oksigen 2 liter

Respon: tampak sesak disertai batuk

Jam 10.00 Memberikan posisi senyaman mungkin

Respon: Pasien dalam posisi semi flower

Jam 11.35 Memberikan makan siang nasi kotak

Respon: nasi kotak dimakan hanya ½ dan minum 240cc.

Jam 12.35 Menganjurkan pasien istirahat.

Respon: pasien memahami untuk istirahat.

Tanggal 03 Juli 2016

intervensi:

Jam 08.00 Observasi tanda-tanda vital,.

Respon: TD: 100/90mmhg, S: 36⁵C, RR: 20 x/menit, N: 78x/menit, turgor kulit baik.

Jam 09.10 Memberikan injeksi antrain 1 ampl iv.

Respon: pasien tidak ada alergi obat.

Jam 09.15 Membantu pasien untuk memenuhi kebutuhannya.

Respon: pasien mengatakan merasa senang atas perhatian perawat.

Jam 09.45 Melepaskan alat bantu oksigen

Respon: pasien sesaknya sudah berkurang

Jam 09.50 Mengulang kembali cara melakukan batuk efektif yang telah diajarkan

Respon: pasien sesaknya sudah mulai berkurang

Jam 11.20 Memberikan makan siang pasien berupa nasi kotak

Respon: Tampak dimakan 1 porsi.

Jam 12.30 Memberikan posisi senyaman mungkin.

Respon :Pasien dalam posisi semi flower

4.1.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mana evaluasi dapat dikatakan berhasil bila tujuan dan kriteria hasil tercapai. Untuk mengetahui berhasil tidaknya maka perlukan catatan perkembangan sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adanya peningkatan produksi secret.

Catatan perkembangan tanggal 01 juli 2016

S : Keluarga pasien mengatakan pasien sesak dan badan panas.

O : Pasien tampak sesak disertai batuk, posisi setengah duduk TTV:

90/80 N: 82 X/menit, RR: 32x/menit, terpasang oksigen 2 liter terpasang infus RI 14 tpm

A : Masalah belum teratasi.

P : Intervensi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 02 juli 2016

S : Pasien mengatakan sesaknya dan panasnya berkurang.

O : Pasien masih kelihatan sesak disertai batuk, posisi semi fowler atau setengah duduk TTV (TD :90/60mmhg, S: 365C N:82x/menit RR:28x/menit

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 03 juli 2016

S : Keluarga pasien Mengatakan sesak dan batuk sudah mulai menghilang

O : Pasien tampak tidak sesak ,posisi semi fowler atau setengah duduk TTV (TD :90/60mmhg, S: 365C N:82x/menit RR:20x/menit

A : Masalah teratasi teratasi

P : Intervensi dipertahankan.

4.2 Tinjauan Kasus

Asuhan keperawatan pada TN.S di ruang Isolasi kamar 1.3 RSUD Syarifata rato ebu bangkalan, sejak tanggal 1 juli 2016 dengan diagnosa medis Asma bronkial melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah sebagai berikut

4.2.1 Pengumpulan Data

Dilakukan pengkajian data pada tanggal 01-03Juli 2016, pukul 10.00 WIB.

1. Identitas pasien: Tn. S, jenis kelamin:laki-laki, umur: 63 tahun, agama: Islam, suku/bangsa: Madura/Indonesia, pendidikan: tamat SD, pekerjaan: petani, alamat: Karang leman tragek Bangkalan, tanggal masuk rumah sakit: 01 juli 2016, nomor register: 1793xx, diagnosa medis: *Asma bronkial*

2. Keluhan utama

Sesak nafas yang dirasakan dada terasa nyeri

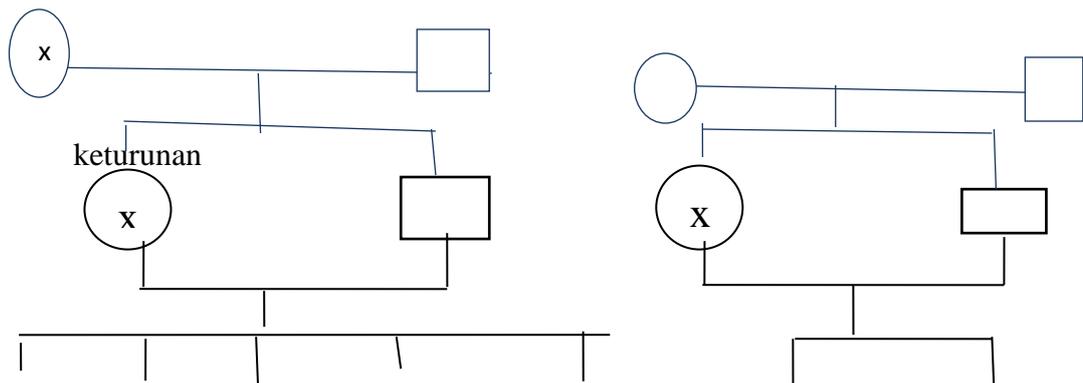
3. Riwayat Penyakit Sekarang

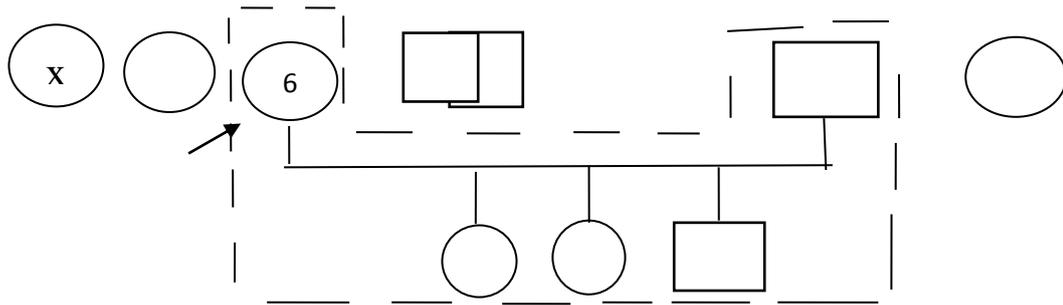
Keluarga pasien mengatakan sesak sejak 1 bulan tidak pernah dibawa kerumah sakit dikarenakan cuman sesak sementara pada 1 minggu terakhir sesak semakin parah kemudian dibawa kepuskesmas tragek kemudian dirujuk di RSUD Syaraifa ambami rato ebu bangkalan.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah mengalami penyakit seperti ini sudah lama dan hanya berobat ke puskesmas terdekat diberi obat anti asma.Pasien juga mengatakan mempunyai riwayat asma sejak bayi. Riwayat perokok Pasien mempunyai riwayat keturunan penyakit asma.

GENOGRAM





Gambar 4.2.1 Genogram pasien kedua

Keterangan:

-  : Laki-Laki
 : Perempuan
 : Pasien
 : Sudah meninggal
 : Tinggal serumah

5. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan selama dirawat di ruang Irna b RSUD. Syarif ambami rato ebu bangkalan pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang, hubungan pasien dengan keluarga, perawat serta dokter terjalin dengan baik

7. Pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum MRS : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan komposisi nasi, lauk pauk dan sayur-sayuran. Minum 6-7 gelas perhari.

Sesudah MRS : Pasien mengatakan hanya makan nasi $\frac{1}{2}$ porsi dan minum susu 2 kali sehari.

b. Pola eliminasi

1) Pola eliminasi alvi

Sebelum MRS : pasien mengatakan pasien buang air besar tiap pagi warna kuning, konsistensi lembek, dan tidak ada kesulitan.

Sesudah MRS : pasien mengatakan tidak bisa BAB sejak kemarin.

2) Pola eliminasi urine

Sebelum MRS : pasien mengatakan biasanya buang air kecil 10-12 kali dalam sehari, warna kuning pekat, dan berbau khas.

Masuk MRS : pasien mengatakan buang air kecil 6-8 kali dalam sehari warna kuning gelap pekat dan bau tidak khas.

c. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum MRS : pasien mengatakan bekerja sebagai petani, mampu melakukan aktivitas seperti duduk, berjalan, mandi, dan lain-lain secara mandiri.

Sesudah MRS : pasien mengatakan dianjurkan istirahat.

d. Pola persepsi dan konsep diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan bahwa anggota tubuhnya dibagian saluran pernafasan terhambat.

2) Harga diri

Pasien mengatakan memiliki harga diri yang dipandang orang lain dan keluarga sebagai individu yang baik.

3) Ideal diri

Pasien mengatakan dalam kesehariannya adalah seorang yang memiliki tujuan hidup serta berguna bagi diri sendiri dan orang lain dan memiliki keinginan untuk cepat sembuh agar bisa melaksanakan tujuan hidupnya serta berguna bagi dirinya dan orang lain.

4) Peran

Pasien mengatakan sebagai kepala keluarga, bekerja sebagai petani, dan pasien anak ke 3 dari 5 bersaudara.

5) Identitas Diri

Pasien mengatakan berumur 63 tahun, sudah menikah, dan memiliki 3 orang anak.

e. Pola Sensori dan Kognitif

Pola sensori: pasien mengatakan indera pendengaran, indera perasa, indera pembau, dan indera penglihatan berfungsi cukup baik dan setelah masuk rumah sakit

tidak ada gangguan fungsi pada kelima panca inderanya.

Pola Kognitif: pasien mengatakan keluarga dan pasien mengetahui penyakit yang dialaminya.

f. Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan berjenis kelamin laki-laki berusia 63 tahun, sudah menikah, dan memiliki 3 orang anak.

8. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 4-5-6, suara bicara jelas, tensi 120/80 mmhg, frekuensi pernafasan 30 x/menit, suhu tubuh 36⁰ C, nadi 76 x/menit.

b. Muka

bentuk simetris, tidak terdapat lesi, muka pucat

c. Mata

Bentuk simetris, sklera anemis, tidak katarak

d. Hidung

bentuk simetris, keadaan hidung bersih, menggunakan alat bantu pernafasan, tidak terdapat polip pada hidung

e. Mulut dan faring

bentuk simetris, mukosa bibir kering, terdapat lendir pada mulut.

f. Thorax

Inspeksi: pergerakan dada kanan dan kiri simetris.

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Perkusi: suarasonor.

Auskultasi: terdapat suara tambahan ronchi di sebelah kiri.

g. Abdomen

Inspeksi: bentuk simetris dan tidak ada pembesaran pada abdomen.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

Perkusi: bunyi tyhmpani

Auskultasi: bising usus 16x/menit

h. Genital

tidak ada kelainan pada genetalia, kebersihan cukup, tidak ada lesi atau iritasi pada genetalia.

i. Anus

kebersihan terjaga tidak ada hemorid, tidak ada kemerahan atau tanda-tanda iritasi

j. Integumen

kulit sawo matang, akral hangat dan turgor kulit baik.

k. Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas atas dan bawah dapat digerakkan.

8. a. Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 01-07-2016

Pemeriksaan : Thorak

Hasil : asma bronkial

b. Pemeriksaan Laboratorium 01 Juli 2016

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi			
Hemoglobin	12.3	Gr,dl	11.7-15.5
Eritosit	4.99	Juta/ul	3.8-52
Leokisit	6.4	Ribu,ul	3.6-110
Trombosit	16.0	Ribu/mm ³	150-440
Hematokrit	37.4	%	35-47
Indek Eritosit			
MCv	74.9	Fl	70-96
MCHC	24.8	Pg	26-36
Hitung Jenis			
Basofil	33.0	%	0-1
Neutrofil	1.18	%	40-70
Limfosit	90.41	%	22-40
Eosinofil	4.39	%	2-4
Monosit	0.05	%	4-8

6. Terapi: Infus Pz 500 cc 3x kolfx sehari injeksi ceftriaxone
2x1 ampl, ranitidin 1 ampl, steroid oral 1x/hari

4.2.2 Analisa Data/Sintesa

Analisa data dilakukan pada tanggal 01 Juli 2016 pukul 12.45 WIB. Pada Tn. S umur 63 tahun di ruang irna b dengan nomer registrasi 1973xx, ditemukan data fokus sebagai berikut:

Tanggal 01 Juli 2016 pukul 12.45 WIB.

1. Analisa data pertama

- a. Data Subyektif: Pasien mengatakan sesak nafas dada terasa di ikat
- b. Data Obyektif: Pasien tampak sulit bernafas, dan terdapat alat bantu oksigen auskultasi terdengar suara nafas tambahan ronchi disebelah kiripada bronkus, terpasang oksigen kanul 2 liter, TD:120/80mmhg RR: 32x/menit, Nadi 82x/menit, hb: 12,3gr/dl, basofil:33,0%, eosinofil:4,39% posisi tidur semi flower

Masalah : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Etiologi: Adanya peningkatan produksi seckret

4.2.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data diatas dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan adanya peningkatan produksi seckret.

4.2.4 Rencana Keperawatan

Tanggal: 01 Juni 2016

Diagnosa keperawatan:

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya peningkatan produksi secret

Tujuan : Setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan jalan nafas kembali efektif

Kriteria Hasil:

- 1.Pernafasan pasien normal (16-20 x / menit)
- 2.tanpa ada penggunaan alat bantu nafas
3. tidak ada suara tambahan, keluhan sesak berkurang

Intervensi:

- 1 . Kaji adanya bunyi nafas, misalnya wheezing dan ronchi

Rasional: Berapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas.

2. Kaji atau pantau frekuensi pernafasan 3 kali sehari

Rasional: Takepnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau stress /adanya proses infeksi.3).

Berikan pasien posisi nyaman mungkin misal peninggian kepala dan posisi setengah duduk.Peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi

3. Kaji tanda – tanda vital tiap 3 jam sekali

Rasional : untuk memantau perkembangan pasien

4. kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi bronkodilator

Rasional : merilekskan otot halus dan menurunkan spasme jalan nafas ronchi dan produksi mukosa

5. Kalaborasi dengan tim dokter untuk pemberian nebulizer kombivent

Rasional : pemberian nebulizer untuk mencairkan secret yang kental

6. berikan posisi nyaman mungkin misalnya posisi setengah duduk

Rasional : pemberian posisi setengah duduk mempermudah posisi pernafasan

7. Ajari cara batuk efektif yakni tarik nafas lalu hembuskan dilakukan selama 3 kali yang terakhir dibatukkan

Rasional : Memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara

4.2.5 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya.

Tanggal 01 Juli 2016

Intervensi :

Jam 10.10 Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga.

Respon: pasien dan keluarga kooperatif

Jam 10.25 Mengkaji bunyi nafas menggunakan stetoskop.

Respon : terdengar suara ronchi

Jam 11.15 Memberi Nebulizer combivent

Respon : Pasien bersedia dilakukan nebulizer

Jam 12.45 Memberikan oksigen kanul 2 liter.

Respon : Pasien tampak sesak

Jam 13.35 Observasi tanda-tanda vital

Respon: TD: 120/80mmhg, S: 36⁰C, RR 32 x/menit,N: 76 x/menit.

Jam 14.00 Memberikan Ceftriaxone 2x1ampl, aminopilin 225 mg
3x/hari.

Respon: pasien tidak ada alergi obat.

Jam 14.15 Memberikan posisi nyaman pasien.

Respon: pasien dalam posisi semi flower.

Tanggal 02 Julii 2016

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan
dengan adanya peningkatan produksi secret.

intervensi:

Jam 08.20 Observasi tanda-tanda vital

Respon: pasien kooperatif, TD: 120/70mmhg, S: 36⁵C, RR:
24 x/menit, N: 84x/menit,

Jam 08.30 Memberikan Oksigen 2 liter

Respon: Pasien mengatakan sesaknya sudah mulai berkurang

Jam 10.10 Memberikan injeksi ranitidin 1 ampl, aminopilin 225 mg
3x/hari

Respon: pasien tidak ada alergi obat.

Jam 10.00 Mengajarkan cara melakukan batuk efektif

Respon: Pasien tampak sesaknya berkurang.

Jam 11.40 Memberikan makan siang

Respon: nasi dimakan hanya ½ dari 1 porsi dan minum 100cc

Jam 12.55 Memberikan posisi senyaman mungkin

Respon: pasien dalam posisi semi flower.

Jam 13.00 Memberikan health education kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya istirahat yang cukup dan menghindari faktor penyebab terjadinya serangan asma

Respon: Pasien dan keluarga memahami pentingnya istirahat yang cukup dan menghindari faktor penyebab terjadinya serangan asma

Tanggal 03 Juli 2016

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya peningkatan produksi secret.

intervensi:

Jam 08.15 Observasi tanda-tanda vital,

Respon: TD: 120/80mmhg, S: 36⁰C, RR: 20 x/menit,

N: 80 x/menit.

Jam 09.15 Memberikan injeksi Ceftriaxone 1 amp

Respon: pasien tidak ada alergi obat.

Jam 09.45 Memberikan snack ekstra (kentang rebus)

Respon: snack yang diberikan habiskan.

Jam 10.25 Memberikan posisi semi fowler

Respon: Pasien dalam posisi semi flower

Jam 11.50 Melepaskan oksigen

Respon: Pasien mengatakan sesaknya sudah hilang

Jam 12.30 Melatih kembali cara melakukan batuk efektif

Respon: pasien mengatakan sesaknya sudah hilang

4.2.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mana evaluasi dapat dikatakan berhasil bila tujuan dan kriteria hasil tercapai. Untuk mengetahui berhasil tidaknya maka perlukan catatan perkembangan sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
berhubungan dengan adanya produksi seckret

Catatan perkembangan tanggal 01juli 2016

S : Keluarga Pasien mengatakan sesak

O : Pasien tampak sesak disertai batuk,posisi setengah duduk TTV:
120/80 N: 82 X/menit,RR: 32x/menit,terpasang oksigen 2 liter
terpasang infus RI 14 tpm

A : Masalah belum teratasi.

P : Intervensi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 02 juli 2016

S : Pasien mengatakan sesaknya sudah tidak terasa berat lagi,pasien mengatakan badan terasa lemas .

O : Pasien masih kelihatan sesak,posisi semi fowler atau setengah duduk TTV (TD :90/60mmhg, S: 36,5C N:82x/menit RR:24x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 03 juli 2016

S : Keluarga pasien Mengatakan sesak sudah hilang

36⁰C, RR: 20 x/menit, N: 80 x/menit.

O : Pasien tampak sesaknya sudah mulai hilang TTV (120/90mmhg, S: 36c, N: 82/x/menit, RR: 20x/menit

A : Masalah teratasi.

P : Intervensi dipertahankan

4.3 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pada 2 pasien dengan diagnosa medis *Asma bronkial* yang dirawat di ruang Irna b RSUD. Syarif ambami rato

ebu bangkalan, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

Adapun perbandingan tersebut adalah sebagai berikut:

4.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pada saat penulis melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data tidak ada hambatan apapun karena baik pasien dan keluarga pasien kooperatif dalam memberikan keterangan dan informasi tentang pasien.

Pada tahap ini pengkajian pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua didapatkan kesamaan masalah yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas adanya peningkatan produksi secret. Pada pasien pertama berjenis kelamin perempuan didapatkan data pasien lemas, pucat kongjunctiva anemis, mukosa bibir kering, sesak nafas disertai batuk dan badan terasa panas TTV TD: 90/60mmhg N: 82x/menit S: 38 RR: 32hb: 13,5gr/dl, basofil: 0,37%, eosinofil: 0,11%, trombosit :37 Ribu/mm³, leokosit: 9.3 Ribu/ul melakukan aktivitas masih dibantu oleh keluarga. Sedangkan pada pasien kedua berjenis kelamin laki-laki didapatkan data pasien lemas sesak nafas TTV TD: 120/80mmhg N:76, s:36, RR:32,82x/ menit, hb:12,3gr/dl, basofil:33,0%, eosinofil :4,39% posisi tidur semi flower melakukan aktivitas masih dibantu oleh keluarga..Sedangkan pada tinjauan pustaka memberikan pemberian oksigenasi dapat memenuhi kebutuhan metabolik dengan batasan karakteristik nyeri dada ,ketidakseimbangan suplai oksigen, kurang pengetahuan tentang kesehatan.(NANDA, 2015).

Berdasarkan hasil pengkajian ketidakefektifan bersihan jalan nafas adanya produksi seckret yang sama antara pasien pertama dan pasien kedua, kedua pasien sama-sama merasakan sesak nafas dan terjadi ketidakmampuan melakukan aktivitas, wajah tampak lemas.

Berdasarkan pada tinjauan kasus pertama dan kedua didapatkan hasil hari pertama pasien pertamamengeluh sesak disertai batuk mempunyai riwayat alergi udara dingin,adanya peningkatan suhu tubuh dan aktivitas masih dibantu keluarga TTV TD: 90/60mmhg N:82x/menit s:38 RR 32x/menit32 hb: 13,5gr/dl,basofil: 0,37%,eosinofil: 0,11%,trombosit :37 Ribu/mm³,leokosit: 9.3 Ribu/ul,Sedangkan pasien kedua mengeluh sesak riwayat perokok berat dan mempunyai keturunan pada anggota keluarganya didapatkan ttv:120/80mmhg n: 76x/menit s:36 RR: 32x menithb: 12,3gr/dl,basofil:33,0%,eosinofil:4,39% posisi tidur semi flower

Menurut peneliti menyimpulkan tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, batasan karakteristik Ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada tinjauan pustaka beberapa muncul pada tinjauan kasus. Perbandingan antara 2 pasien *Asma bronkial* ditemukan kesenjangan yaitu pasien pertama sesak akibat alergi dan tidak mempunyai riwayat perokok ataupun keturunan,sehingga dapat disimpulkan pada pasien pertama terjadinya serangan asma karena alergi dingin dan jarang kambuh sedangkan pasien kedua perokok berat dan mempunyai riwayat keturunan yang mengakibatkan pasien itu sering mengalami sesak nafas.

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada pasien. Diagnosa keperawatan yang sama antara pasien pertama dan pasien kedua, yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adanya peningkatan produksi sekret. Berdasarkan dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien *Asma bronkial* menurut (NANDA, 2015) yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang dikarenakan adanya faktor pencetus dan gaya hidup yang kurang sehat yang mengakibatkan pasien itu sesak nafas. Kesamaan antara pasien pertama dan pasien kedua adalah penyebab dan diagnosa aktualnya mengalami kesamaan, sama-sama mengalami sesak nafas, dan gangguan aktivitas badan Sehingga tidak ada kesenjangan diagnosa antara pasien pertama dan pasien kedua, dan sesuai dengan tinjauan pustaka.

Namun tetapi tidak semua diagnosa pada tinjauan pustaka muncul dalam tinjauan kasus, karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing pasien juga berbeda-beda, oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus pasien. Dalam menentukan diagnosa keperawatan tidak ada hambatan apapun dan pasien memberikan respon yang sangat baik

4.3.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada kedua pasien terdapat beberapa

perbedaan karena menyesuaikan dengan keadaan 2 pasien dan sarana yang ada di tempat keperawatan.

Perencanaan keperawatan bertujuan untuk status pemenuhan oksigenasi tercukupi dan seimbang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam dengan kriteria hasil adanya sesak sudah hilang, peningkatan suhu tubuh sudah berkurang dan aktivitas kembali normal tidak ada keluhan nyeri dada.

Pada perencanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada dua pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang menjadi masalah pada beberapa pasien Asma bronkial. Perencanaan keperawatan untuk ketidakefektifan bersihan jalan nafas adanya peningkatan produksi secret yaitu mengobsevasi tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, suhu, nadi, dan frekuensi pernafasan, mengkaji adanya suara tambahan, memberikan oksigenasi, memberikan nebulizzer dan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat anti asma..

Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada pasien, keluarga pasien, dan perawat yang ada diruangan agar tidak terjadi kesalahpahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan. Tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan jangka waktu selama keperawatan bertujuan untuk sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan. Hal ini dilakukan pada tinjauan kasus agar penulis dapat mengevaluasi pasien secara teliti.

4.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada pasien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart operasional prosedur (SOP) RSUD. Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan dan dengan bantuan keluarga pasien. Pelaksanaan tindakan kepada pasien merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kasus kedua pada ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret mengikuti standart operasional prosedur (SOP) RSUD. Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.

Dalam pelaksanaan *asma bronkial* tidak dilakukan berurutan perdiagnosa karena masalah yang ditemukan bersumber dari satu masalah yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Dengan adanya masalah tersebut muncul beberapa diagnosa keperawatan yang saling berkaitan akibat respon pasien.

Pelaksanaan yang terlaksana pada pasien pertama dan pasien kedua adalah membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien, observasi tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, suhu, nadi, dan frekuensi pernafasan, mengkaji adanya suara tambahan, memberikan

oksigen, memberikan nebulizer, mengajarkan cara melakukan batuk efektif, dan kolaborasi dengan dokter

pemberian obat anti asma . Pelaksanaan yang tidak terlaksana pada tinjauan kasus pertama dan kedua tidak ada karena penulis melakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan.

Tindakan yang dilakukan secara mandiri adalah apabila sesak muncul lagi mampu melakukan tindakan batuk efektif. Dalam pelaksanaan keperawatan penulis tidak mengalami hambatan, dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif saat penulis melakukan tindakan keperawatan yang sesuai standart operasional prosedur rumah sakit tersebut.

4.3.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada pasien dan keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena pasien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.