

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. J DENGAN ASMA BRONCHIAL  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNGARAN  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Budi Wibowo**

NIM. 89. 33. 12837

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

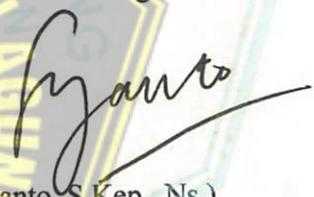
Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim  
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula Semarang pada :

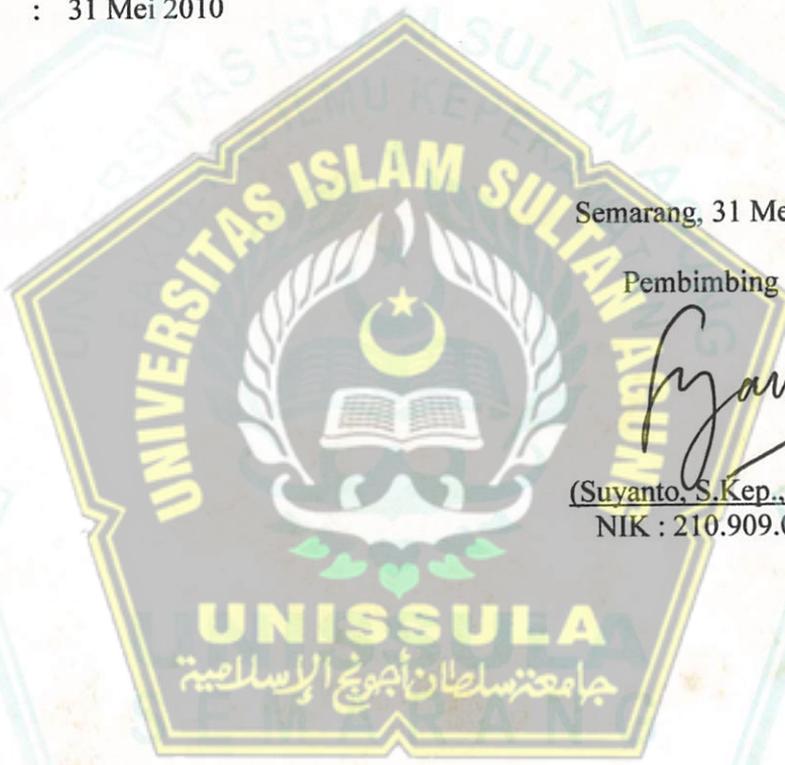
Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing

  
(Suyanto, S.Kep., Ns.)  
NIK : 210.909.018



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 02 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 02 Juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Suyanto, S.Kep., Ns.)

NIK : 210.909.018

Penguji II



(Retno Setyawati, S.Kep., Ns. M.Kep., Sp.KMB)

NIK : 210.996.002

Penguji III



(Nutrisia Nu'im Haiya, S.Kep.)

NIK :

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

- *Tantangan dan masalah merupakan tanda bahwa kita masih hidup, tantangan yang dilakoni dengan bersungguh - sungguh, akan memberikan pelajaran yang paling berharga bagi kehidupan kita.*
- *Prinsip hidup jadi Penopang menjalani kehidupan, selalu ingatlah tujuan dari rumah, tujuan yang didasarkan atas nama Allah SWT.*

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan :

1. Orang Tua yang selalu saya cintai dan hormati
2. Adik - adikku yang tercinta
3. Saudara – saudara yang tersayang
4. Teman – teman yang saya banggakan
5. Sahabat yang selalu mendukung saya

## KATA PENGANTAR

Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Klien dengan Asma Broncheal pada Tn J di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Semarang”.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.eng. Msc. selaku rektor Unissula Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang.
3. Wahyu Endang Setyowati, SKM , selaku kepala program studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Pihak Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Semarang sebagai tempat praktik diambilnya studi kasus.
5. Para dosen dan staf pengajar Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
6. Suyanto, S.Kep. Ns. selaku pembimbing yang telah memberi pengarahan kepada penulis dalam menyusun karya tulis ini.
7. Bapak dan Ibu tercinta atas doa restu dan semangat untuk menuju sukses.
8. Sahabat – sahabatku (Bagus Ulin Nuha, Reno Dwi Kurniawan, Muhammad Nurul Khafid, dan semua Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan

angkatan 2007 yang belum disebutkan), atas bantuan doa dan dukungan semangat.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa mendatang.

Harapan penulis semoga laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi para pembaca dalam rangka peningkatan pelayanan perawatan di masa mendatang.

Semarang, Mei 2010

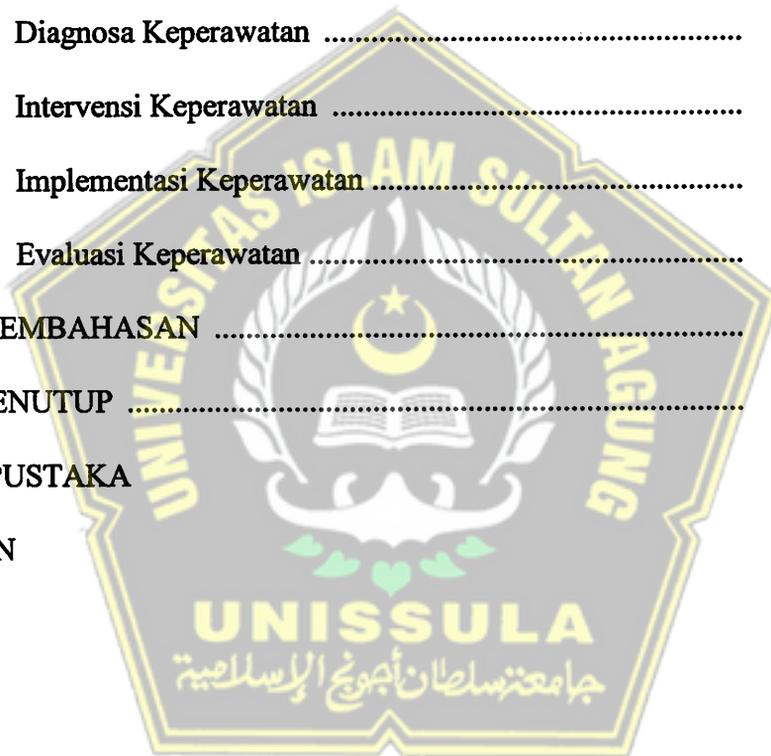
Penulis



## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman Persetujuan Pembimbing .....	ii
Halaman Pengesahan Penguji .....	iii
Motto dan Persembahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Lampiran.....	ix
<b>BAB I : PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	2
C. Manfaat .....	3
<b>BAB II : KONSEP DASAR</b> .....	<b>5</b>
A. Konsep Dasar Penyakit .....	5
1. Pengertian .....	5
2. Etiologi .....	7
3. Patofisiologi .....	9
4. Pathway .....	11
5. Manifestasi Klinik .....	12
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	12
7. Komplikasi .....	14
8. Penatalaksanaan .....	14

B. Konsep Dasar Keperawatan .....	16
1. Pengkajian Keperawatan .....	16
2. Fokus Intirvensi .....	17
<b>BAB III : RESUME KEPERAWATAN .....</b>	<b>22</b>
A. Pengkajian .....	22
B. Analisa Data .....	29
C. Diagnosa Keperawatan .....	29
D. Intervensi Keperawatan .....	29
E. Implementasi Keperawatan .....	30
F. Evaluasi Keperawatan .....	32
<b>BAB IV : PEMBAHASAN .....</b>	<b>34</b>
<b>BAB V : PENUTUP .....</b>	<b>40</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I : Surat Kesediaan Membimbing
- Lampiran II : Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran III : Lembar Konsultasi
- Lampiran IV : Copy document Asuhan Keperawatan



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Asma telah dikenal sejak ribuan tahun yang lalu, para ahli masih belum sepakat mengenai definisi penyakit tersebut. Dari waktu ke waktu definisi asma terus mengalami perubahan. Definisi asma ternyata tidak mempermudah membuat diagnosis asma, sehingga secara praktis para ahli berpendapat asma adalah penyakit paru dengan karakteristik obstruksi saluran nafas yang reversibel (tetapi tidak lengkap pada beberapa pasien) baik secara spontan maupun dengan pengobatan, inflasi saluran nafas, peningkatan respons saluran nafas terhadap berbagai rangsangan (hipereaktivitas).

Obstruksi saluran nafas ini memberikan gejala-gajala asma seperti batuk, mengi, dan sesak nafas. Penyempitan saluran nafas pada asma dapat terjadi secara bertahap, perlahan-lahan dan bahkan menetap dengan pengobatan tetapi dapat pula terjadi mendadak, sehingga menimbulkan kesulitan nafas yang akut. Derajat obstruksi ditentukan oleh diameter lumen saluran nafas, dipengaruhi oleh edema dinding bronkus. Diduga baik obstruksi maupun peningkatan respon terhadap berbagai rangsangan didasari oleh inflamasi saluran nafas.

Prevalensi asma dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain jenis kelamin, umur pasien, status atopi, faktor keturunan, serta faktor lingkungan. Pada masa kanak-kanak ditemukan prevalensi anak laki-laki dibandingkan

anak perempuan 1,5 : 1, tetapi menjelang dewasa perbandingan tersebut lebih kurang sama dan pada masa menopause perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Umumnya prevalensi asma anak lebih tinggi dibandingkan dewasa, tetapi ada pula yang melaporkan prevalensi dewasa lebih tinggi dari anak. Angka ini juga berbeda-beda antara satu kota yang lain di negara yang sama. Di Indonesia prevalensi asma bekisar antara 5-7 % (Sundaru, 2007).

Asma adalah penyakit kronis membutuhkan terapi pemeliharaan. Faktor resiko kematian akibat asma adalah kepatuhan terhadap terapi yang buruk, perawatan di unit terapi intensif dan perawatan di rumah sakit walaupun diberi terapi steroid (Davey, 2006).

Komplikasi lain yang mungkin muncul dari diagnosa asma menurut (Betz, 2002) adalah status asmatikus, bronkitis kronik, bronkiolitis, pneumonia, emfisema kronik, atelektasis, pneumothorak, dan kematian.

Melihat prevalensi asma maka penulis tertarik untuk mengambil kasus tentang asuhan keperawatan dengan asma bronchial di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Semarang.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan yang tepat pada klien dengan asma bronchial.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menggambarkan pengkajian pada Tn J dengan asma bronchial di ruang Mawar RSUD Ungaran Semarang.

- b. Menggambarkan diagnosa keperawatan sesuai pengkajian pada Tn J dengan asma bronchial di ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Semarang.
- c. Menggambarkan intervensi sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diambil.
- d. Menggambarkan implementasi keperawatan pada Tn J dengan asma bronchial di ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Semarang.
- e. Menggambarkan evaluasi hasil dari tindakan yang dilakukan.

### **C. Manfaat Penulisan**

Karya Tulis Ilmiah yang disusun Penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain:

#### **1. Rumah Sakit**

Dapat digunakan sebagai acuan dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan pada klien yang mengalami asma bronchial.

#### **2. Institusi Pendidikan**

Dapat digunakan sebagai kepustakaan bagi mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan pada klien yang mengalami asma bronchial.

#### **3. Masyarakat**

Sebagai pedoman untuk peningkatan pengetahuan klien yang mengalami asma bronchial.

#### 4. Penulis

Sebagai pedoman bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penulis, baik dari segi konsep dasar penyakit maupun konsep dasar keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami asma bronchial.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Asma adalah suatu gangguan pada saluran bronchial dengan ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme pada saluran nafas) (Somantri, 2008).

Asma adalah proses obstruksi reversible yang ditandai dengan peningkatan responsivitas dan inflamasi jalan nafas bagian bawah (Wong, 2004).

Asma adalah penyakit paru yang didalamnya terdapat obstruksi jalan nafas, inflamasi jalan nafas, dan jalan nafas yang hiperresponsif atau spasme otot polos bronchial (Betz, 2002).

Asma adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermitten, reversible dimana trachea dan bronki berespons dalam secara hiperaktif terhadap stimuli tertentu (Smeltzer, 2002).

Definisi asma dapat disimpulkan sebagai penyakit paru yang didalamnya terdapat obstruktif intermitten, reversible, ditandai dengan hiperresponsif dengan ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme pada saluran nafas).

Klasifikasi asma menurut Smeltzer & Bare (2002), asma sering dicirikan sebagai :

a. Asma alergik

Asma yang disebabkan oleh alergen atau alergen – alergen yang dikenal (misalnya serbuk sari, binatang, amarah, makanan, dan jamur). Kebanyakan alergen terdapat di udara dan musiman. Pasien dengan asma alergik biasanya mempunyai riwayat medis masa lalu *ekzema* atau *rhinitis* alergik. Pemajana terhadap alergen mencetuskan serangan asma. Anak – anak dengan asma alergik seringdapat mengatasi kondisi sampai masa remaja.

b. Asma idiopatik atau nonalergik

Tidak berhubungan dengan alergen spesifik. Faktor – faktor, seperti *common cold*, infeksi *traktus respiratorius*, latihan, emosi, dan polutan lingkungan dapat mencetuskan serangan. Beberapa agen farmakologik, seperti aspirin dan agens anti inflamasi non steroid lain, pewarna rambut, *antagonis beta-adrenergik*, dan *agent sulfit* (pengawet makanan), juga mungkin menjadi faktor. Serangan asma idiopatik atau nonalergik menjadi lebih berat dan sering sejalan dengan berlalunya waktu dan dapat berkembang menjadi bronkitis kronis dan emfisema.

c. Asma gabungan

Adalah bentuk asma yang paling umum. Asma ini mempunyai karakteristik dari bentuk alergi maupun bentuk idiopatik atau nonalergik.

## 2. Etiologi

Sampai saat ini etiologi asma belum diketahui dengan pasti. Namun suatu hal yang sering kali terjadi pada semua penderita asma adalah fenomena hiperaktivitas bronkus. Faktor penyebab yang sering menimbulkan asma perlu diketahui dan sedapat mungkin dihindarkan, faktor-faktor tersebut adalah

- a. Alergen utama : debu rumah, spora jamur, tepung sari, rerumputan.
- b. Iritan seperti asap, bau-bauan, dan polutan.
- c. Infeksi saluran nafas terutama yang disebabkan oleh virus.
- d. Perubahan cuaca yang ekstrem.
- e. Aktivitas fisik yang berlebihan.
- f. Lingkungan kerja.
- g. Obat-obatan.
- h. Emosi.
- i. Lain-lain seperti *refluks gastro esofagus* (Somantri, 2008).

a. genetik

Faktor genetik dalam keluarga berhubungan dengan atopi. Penelitian genetik menunjukkan adanya hubungan reseptor IgE afinitas tinggi dan gen sitokin *T-helper* ( $Th_2$ ) (kromosom 5).

b. Faktor lingkungan

Stimulus bronkial spesifik seperti debu rumah, serbuk sari, dan bulu kucing; 3% populasi sensitif terhadap aspirin.

c. Paparan pekerjaan

Paparan iritan atau sensitizer adalah penyebab penting dari asma yang berhubungan dengan pekerjaan.

d. Stimulus nonspesifik

Infeksi virus, udara dingin, olahraga stres emosional juga bisa memicu timbulnya mengi. Kadar ozon atmosfer yang tinggi (seperti saat badai) atau masalah khusus merupakan predisposisi terjadinya eksaserbasi asma yang telah ada.

e. Faktor lingkungan lain

Faktor makanan (tinggi  $Na^+$ , rendah  $Mg^{2+}$ ), infeksi pada anak (sebagian akibat imunisasi) dan peningkatan jumlah alergen di lingkungan (debu rumah) menyebabkan peningkatan prevalensi (Davey, 2005).

### 3. Patofisiologi

Obstruksi saluran nafas pada asma merupakan kombinasi spasme otot bronkus, sumbatan mukus, edema dan inflamasi dinding bronkus. Obstruksi bertambah berat selama ekspirasi karena secara fisiologis saluran nafas menyempit pada fase tersebut. Hal ini mengakibatkan udara distal di tempat terjadinya obstruksi terjebak tidak bisa di ekspirasi. Selanjutnya terjadi peningkatan volume residu, kapasitas residu fungsional (KRF), dan pasien akan bernafas pada volume yang tinggi mendekati kapasitas paru total (KPT). Keadaan *hiperinflasi* ini bertujuan agar saluran nafas tetap terbuka dan pertukaran gas berjalan lancar. Untuk mempertahankan *hiperinflasi* ini diperlukan otot-otot bantu nafas.

Gangguan yang berupa obstruksi saluran nafas dapat dinilai secara dengan VEP (Volume Ekspirasi Paksa detik pertama) atau APE (Arus Puncak Ekspirasi), sedangkan penurunan KVP (Kapasitas Vital Paksa) menggambarkan derajat *hiperinflasi* paru. Penyempitan saluran nafas dapat terjadi baik pada saluran nafas besar, sedang, maupun kecil. Gejala mengi menandakan ada penyempitan di saluran nafas besar, sedangkan pada saluran nafas kecil, batuk dan sesak lebih dominan dibanding mengi.

Penyempitan saluran nafas ternyata tidak merata diseluruh bagian paru. Ada daerah-daerah yang kurang mendapat ventilasi, sehingga darah kapiler yang melalui daerah tersebut mengalami hipoksemia. Penurunan  $P_aO_2$  mungkin merupakan kelainan pada asma sub-klinis. Untuk mengatasi oksigen terpenuhi. Tetapi akibatnya pengeluaran  $CO_2$  menjadi berlebihan

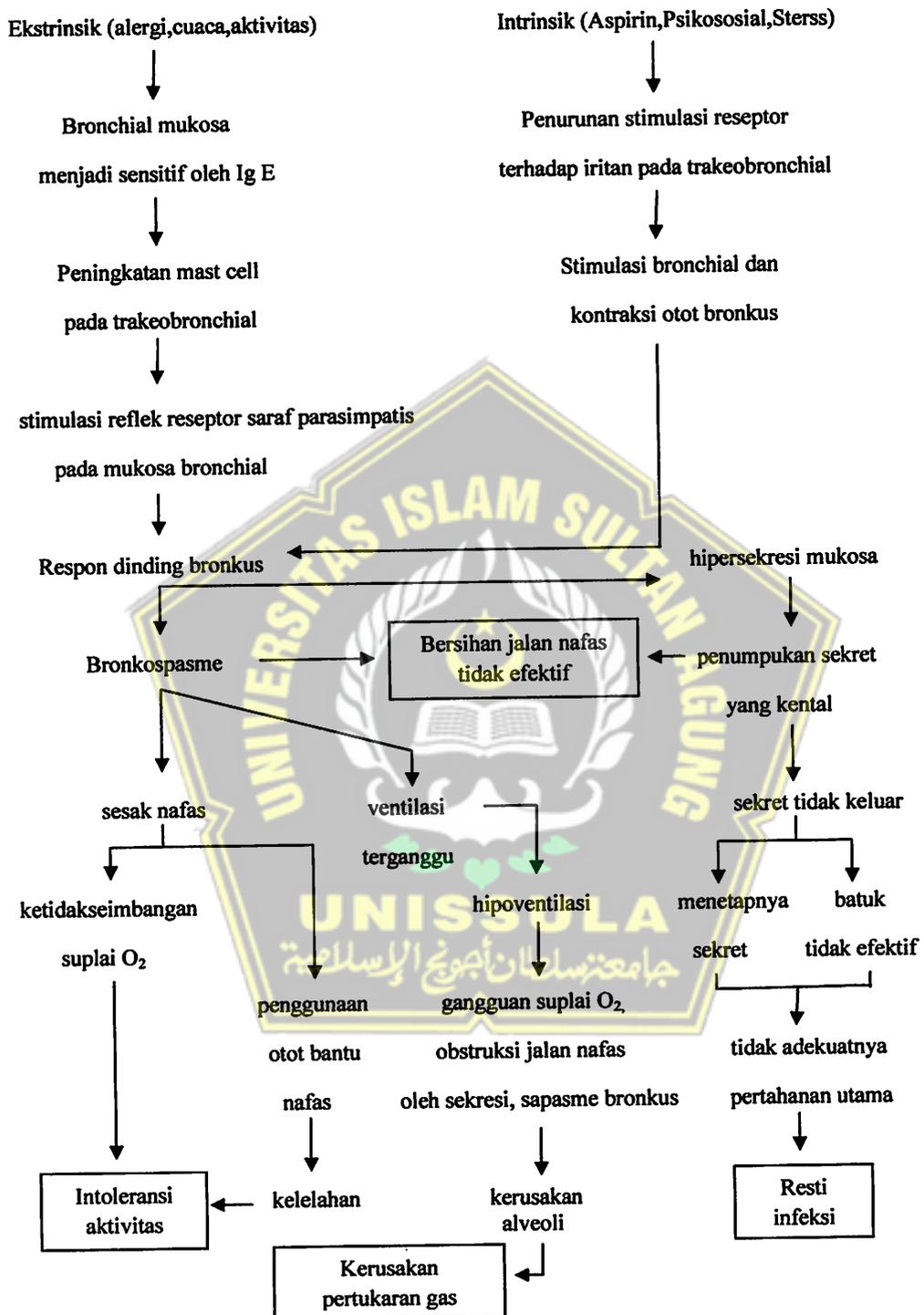
sehingga  $P_aCO_2$  menurun yang kemudian menimbulkan alkalosis respiratorik. Pada serangan asma yang lebih berat lagi banyak saluran nafas dan alveolus tertutup oleh mukus sehingga tidak memungkinkan lagi terjadinya pertukaran gas. Hal ini menyebabkan hipoksemia dan kerja otot-otot pernafasan bertambah berat serta terjadi peningkatan produksi  $CO_2$ . Peningkatan produksi  $CO_2$  yang disertai dengan penurunan ventilasi alveolus menyebabkan retensi  $CO_2$  (*hiperkapnia*) dan terjadi *asidosis respiratorik* atau gagal nafas. *Hipoksemia* yang berlangsung lama menyebabkan *shunting* yaitu peredaran darah tanpa melalui unit pertukaran gas yang baik, yang akibatnya memperburuk *hiperkapnia*.

Dengan demikian penyempitan saluran nafas pada asma akan terjadi :

- a. Gangguan ventilasi berupa *hipoventilasi*, adalah keadaan dimana terjadinya penurunan sirkulasi  $O_2$ .
- b. Ketidakseimbangan ventilasi perfusi dimana distribusi ventilasi tidak setara dengan sirkulasi darah paru.
- c. Gangguan difusi gas di tingkat alveoli, keadaan dimana terdapat gangguan pertukaran gas akibat sumbatan jalan nafas atau ketidakefektifan fungsi pernafasan.

Ketiga faktor ini akan mengakibatkan *hipoksemia*, *hiperkaonia*, *asidosis respiratorik* pada tahap yang sangat lanjut (Sundaru, 2006).

#### 4. Pathway



( Sundaru, Heru. 2006 : 244 )

## 1. Manifestasi Klinik

Tiga gejala umum asma adalah batuk, dispnea, dan mengi. Pada beberapa keadaan, batuk mungkin satu-satunya gejala. Serangan asma sering kali terjadi pada malam hari. Penyebabnya belum dimengerti dengan jelas, tetapi mungkin berhubungan dengan variasi sirkadian, yang mempengaruhi ambang reseptor jalan nafas (Smeltzer & Bare, 2002).

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

### a. Pemeriksaan Spirometri

Paling cepat dan sederhana untuk menegakkan diagnosis asma, adalah melihat respon pengobatan dengan bronkodilator. Pemeriksaan ini dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilator hirup (*inhaler* atau *nebulizer*). Peningkatan VEP atau KVP sebanyak 20% menunjukkan diagnosis asma.

### b. Uji provokasi bronkus

Dilakukan untuk mengetahui hiperaktivitas bronkus, yang dilakukan dengan histamin, metakolin, kegiatan jasmani, udara dingin, uap air, alergen. Penurunan VEP sebesar 20% atau lebih dianggap bermakna.

### c. Pemeriksaan sputum

*Sputum eosinofil* sangat karakteristik untuk asma, sedangkan *neutrofil* sangat dominan pada bronkitis kronik.

d. Pemeriksaan Eosinofil Total

Jumlah *eosinofil* total dalam darah sering meningkat pada pasien asma. Hal ini dapat membantu dalam membedakan asma dari bronkitis kronik. Juga dapat sebagai patokan untuk menentukan cukup tidaknya dosis kortikosteroid yang dibutuhkan pasien asma.

e. Uji kulit

Menunjukkan adanya antibodi IgE spesifik dalam tubuh.

f. Foto Dada

Dilakukan untuk menyingkirkan penyebab lain obstruksi saluran nafas dan adanya kecurigaan terhadap proses patologis di paru atau komplikasi asma.

g. Analisis Gas Darah

Pemeriksaan hanya dilakukan pada asma yang berat. Pada fase awal serangan, terjadi *hipoksemia* dan *hipokapnia* ( $\text{PaCO}_2 < 35$  mmHg), kemudian pada stadium yang lebih berat  $\text{PaCO}_2$  justru mendekati normal sampai *normo-kapnia*, selanjutnya pada asma yang sangat berat terjadi *hiperkapnia* ( $\text{PaCO}_2 \geq 45$  mmHg), *hipoksemia* dan *asidosis respiratorik* (Sundaru, 2006).

## 7. Komplikasi

Komplikasi asma menurut Sundaru (2006) adalah :

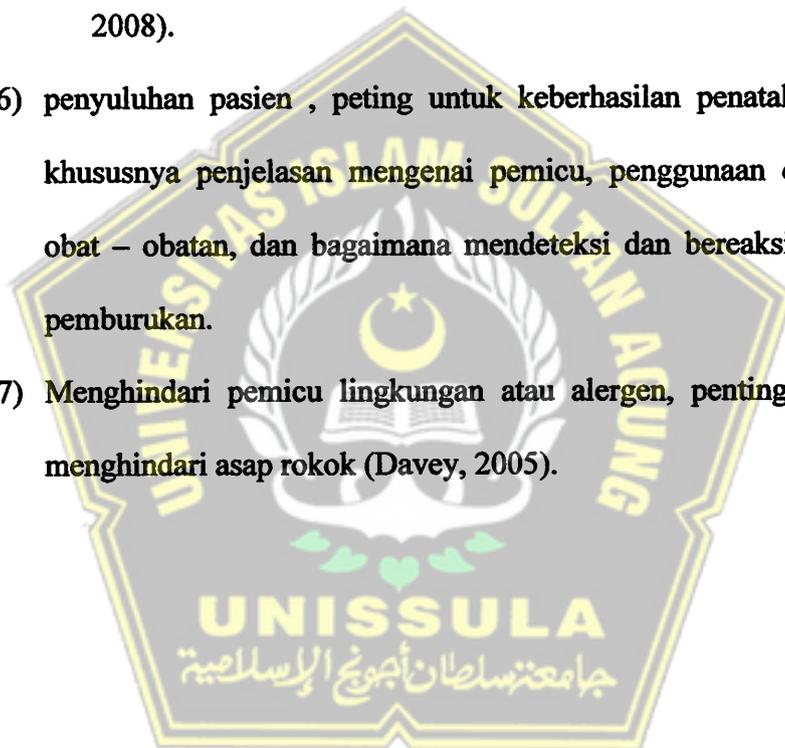
- a. Pneumotoraks.
- b. Pneumodiastinum dan enfisema subkutis.
- c. Atelektasis.
- d. Aspergilosis bronkopulmoner alergik.
- e. Gagal nafas.
- f. Bronkitis.
- g. Fraktur iga.

## 8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada asma antara lain :

- a. Medis
  - 1) Mencegah ikatan alergen-IgE.
  - 2) Mencegah pelepasan mediator.
  - 3) Melebarkan saluran nafas dengan bronkodilator.
  - 4) Mengurangi respons dengan jalan meredam inflamasi saluran nafas  
( Sundaru, 2006).
- b. Keperawatan
  - 1) Diagnosis status asmatikus. Faktor penting yang harus diperhatikan adalah :
    - a) Waktu terjadinya serangan.
    - b) Obat-obatan yang telah diberikan (jenis dan dosis).

- 2) Pemberian obat bronkodilator.
- 3) Penilaian terhadap perbaikan serangan.
- 4) Pertimbangan terhadap pemberian kortikosteroid.
- 5) Setelah serangan mereda :
  - a) Cari faktor penyebab.
  - b) Modifikasi pengobatan penunjang selanjutnya (Somantri, 2008).
- 6) penyuluhan pasien , penting untuk keberhasilan penatalaksanaan, khususnya penjelasan mengenai pemicu, penggunaan dan peran obat – obatan, dan bagaimana mendeteksi dan bereaksi terhadap pemburukan.
- 7) Menghindari pemicu lingkungan atau alergen, penting terutama menghindari asap rokok (Davey, 2005).



## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### a. Aktivitas/ istirahat.

Gejala : Keletihan, kelelahan, malaise.

Tanda : Keletihan, gelisah, insomnia.

#### b. Sirkulasi.

Gejala : Pembengkakan pada extremitas bawah.

Tanda : Peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi jantung/ takikardia.

#### c. Integritas Ego.

Gejala : Peningkatan faktor resiko, perubahan pola hidup.

Tanda : ansietas, ketakutan, peka rangsang.

#### d. Makanan/ Cairan.

Gejala : Mual/muntah, nafsu makan menurun, penurunan berat badan.

Tanda : turgor kulit buruk, edema dependen, berkeringat.

#### e. Higiene.

Gejala : Penurunan kemampuan.

Tanda : Kebersihan buruk, bau badan.

#### f. Pernapasan.

Gejala : Nafas pendek, ketidakmampuan untuk bernafas, batuk menetap dengan produksi sputum, dada tertekan, asma.

**Tanda** : Pernafasan biasanya cepat dapat lambat, fase exspirasi panjang.

- 1) Penggunaan alat Bantu pernafasan.
- 2) Dada dapat terlihat hiperplasi.
- 3) Bunyi rapai redup, exspirasi mengi.
- 4) Kesulitan bicara lebih dari 4-5 jam.
- 5) Warna pucat dengan sianosis bibir.

**g. Keamanan.**

**Gejala** : Riwayat reaksi alergik atau sensitive terhadap zat/faktor lingkungan.

- 1) Adanya / berulangnya infeksi.
- 2) Kemerahan / berkeringat.

**h. Seksualitas.**

**Gejala** : Penurunan libido.

**i. Interaksi sosial.**

**Gejala** : Hubungan ketergantungan, kurang sistem pendukung.

**Tanda** : Ketidakmampuan untuk mempertahankan suara karena distress pernapasan, keterbatasan mobilitas fisik (Doengoes, 2000).

**2. Fokus Intervensi**

**a. Tidak efektifnya kebersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi berlebihan akibat proses inflamasi.**

**Tujuan** : Bersihan jalan nafas efektif.

**KH** : Frekuensi nafas normal 16 – 24 kali / menit.

Bunyi nafas bersih.

Kongesti hilang.

Jalan nafas bersih.

#### INTERVENSI

1) Kaji perubahan pola nafas.

Rasional : pola nafas dapat berubah karena ada sumbatan jalan nafas.

2) Tingkatkan masukan cairan 2-3 liter / hari.

Rasional : hidrasi dapat membantu mengencerkan lendir.

3) Lakukan inhalasi dua kali / hari.

Rasional : dengan menghirup uap dapat mengencerkan sekresi dan mengurangi inflamasi mukosa.

4) Anjurkan klien memilih posisi semi fowler.

Rasional : untuk meningkatkan drainase dari sisi sinus yang terinfeksi.

5) Kolaborasi dalam pemberian pengobatan sistemik atau topical.

Rasional : untuk menghilangkan kongesti nasal atau tenggorok (Manurung, 2009).

b. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan suplai oksigen.

**KH** : Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernapasan.

Berpartisipasi dalam program pengobatan dalam tingkat kemampuan / situasi.

#### **INTERVENSI**

1) Kaji frekuensi dan kedalaman pernapasan.

Rasional : berguna dalam evaluasi derajat distress pernapasan dan kronisnya proses penyakit.

2) Kaji secara rutin kulit dan warna membran mukosa.

Rasional : sianosis mungkin perifer ( terlihat pada kuku ) atau sentral (terlihat sekitar bibir/daun telinga).

3) Palpasi fremitus.

Rasional : penurunan getaran vibrasi diduga ada pengumpulan cairan.

4) Awasi tanda vital dan irama jantung.

Rasional : takikardi, disritmia dan penurunan tekanan darah dapat menunjukkan efek hipoksemia.

5) Berikan oksigen tambahan yaitu sesuai dengan indikasi hasil GDA dan toleransi pasien.

Rasional : dapat memperbaiki / mencegah memburuknya hipoksia (Doenges, 2000).

c. Resti terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan utama.

**Kriteria Hasil** : Menyatakan pemahaman penyebab / faktor resiko individu.

Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah/ menurunkan resiko infeksi.

Menurunkan tehnik, perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang nyaman.

#### INTERVENSI

1) Awasi suhu.

Rasional : demam dapat terjadi karena infeksi atau dehidrasi.

2) Kaji pentingnya latihan napas, batuk efektif, perubahan posisi sering.

Rasional : aktivitas ini meningkatkan mobilisasi dan pengeluaran sekret untuk menurunkan resiko terjadinya infeksi paru.

3) Observasi warna, karakter, bau sputum.

Rasional : sekret berbau, kuning / kehijauan menunjukkan adanya infeksi paru.

4) Dorong keseimbangan antara aktifitas dan istirahat.

Rasional : konsumsi / kebutuhan keseimbangan oksigen.

5) Diskusikan kebutuhan masukan nutrisi adekuat.

Rasional : mal nutrisi dapat mempengaruhi kesehatan umum

(Doenges, 2000).

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen.

**Kriteria Hasil** : Menunjukkan peningkatan aktivitas secara bertahap.

Mampu mempertahankan frekuensi pernafasan.

#### **INTERVENSI**

1) Ukur nadi, tekanan darah, dan pernapasan.

Rasional : tanda-tanda vital dapat berubah antara sebelum dan sesudah beraktivitas.

2) Pertimbangkan frekuensi, irama, dan kualitas pernafasan.

Rasional : mengidentifikasi tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas.

3) Ukur tanda-tanda vital segera setelah aktivitas.

Rasional : Mengevaluasi segera perkembangan yang terjadi.

4) Kurangi intensitas, frekuensi atau lamanya aktivitas jika frekuensi pernafasan meningkat berlebihan setelah aktivitas.

Rasional : mencegah terjadinya komplikasi atau memperburuk keadaan individu (Carpenito, 2007).

## **BAB III**

### **RESUME KEPERAWATAN**

#### **A. PENGKAJIAN**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Februari 2010 pukul 07.30

WIB di ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran.

##### **1. Identitas Klien**

Klien dengan nama Tn. J umur 51 tahun jenis kelamin laki-laki dengan alamat Pudak Payung Semarang. Agama Islam pendidikan tamat SLTP pekerjaan sebagai petani suku Jawa bangsa Indonesia, tanggal masuk 11 Febuari dengan diagnosa medis Asma Bronchial. No. CM 16. 019. 43, sumber informasi klien dari keluarga. Penanggung jawab nama Ny. T alamat Pudak Payung Semarang, umur 45 tahun hubungan dengan klien sebagai istri.

##### **2. Riwayat Kesehatan saat ini**

Keluhan utama klien mengatakan sesak nafas, dan batuk – batuk. Riwayat keperawatan sekarang pada waktu munculnya keluhan yaitu klien mengatakan keluhan muncul pada waktu menjelang maghrib, tepatnya 3 hari sebelum masuk Rumah Sakit. Keluhan muncul terutama setelah klien melakukan aktivitas berat seperti bertani, sore hari setelah pulang dari sawah, klien merasa sesak nafas, namun sesak berkurang setelah klien minum segelas air putih hangat.

Karakteristik munculnya keluhan yaitu klien mengatakan sesak nafas terasa sakit dan bertambah pada saat klien kelelahan beraktivitas. Keluhan yang dirasakan sering terjadi, tetapi jika sudah minum segelas air putih hangat, sesak berkurang. Namun pada hari ke 3 sebelum masuk Rumah sakit, dengan therapy air hangat, sesak berkurang tetapi hanya hilang dan timbul lagi, kejadian itu berulang – ulang sehingga klien dibawa ke RSUD Ungaran.

### 3. Riwayat Keperawatan Dahulu

Klien mengatakan pernah dirawat di RS dengan penyakit yang sama pada 3 bulan yang lalu, klien juga mengatakan mempunyai riwayat asma sejak masa kanak – kanak umur 1 th. Klien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap obat – obatan, dan klien tidak merokok.

### 4. Riwayat keperawatan keluarga

Klien merupakan anak ke-3 dari lima bersaudara menikah dengan istrinya (anak ke-2 dari empat bersaudara), orang tua dan mertua klien sudah meninggal. Dari pernikahannya klien mempunyai dua anak laki-laki dan dua anak perempuan.

Klien mengatakan penyakitnya termasuk penyakit yang menurun, karena dalam keluarga klien ada yang menderita penyakit seperti yang diderita klien saat ini, yaitu almarhumah ibunya (Ny.M) dan anaknya yang ke-3 (An.S) 15 th, putri klien pertama kali diketahui mempunyai riwayat asma sejak umur 10 th. sedangkan untuk penyakit menurun lainnya tidak ada riwayat, seperti DM, hipertensi dan penyakit menular (TBC, hepatitis).

## 5. Riwayat Sosial

Klien mengatakan tinggal serumah dengan istri dan anak – anaknya, karena dengan tinggal serumah ada yang menjaga dan merawatnya. Klien termasuk orang yang periang, karena setiap ada tamu klien tidak sungkan untuk mengobrol dan juga klien ramah terhadap teman atau pasien yang dirawat disebelahnya dalam satu kamar.

## 6. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Kebersihan rumah dan lingkungan klien, rumah yang klien tinggali dengan keluarga nyaman, karena terdapat 4 kamar, 2 kamar mandi, ventilasi terjaga dengan baik dan 1 dapur. Kebersihan tetap terjaga, karena dalam keseharian istri klien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Sedangkan lingkungan rumah baik.

Kemungkinan kecil terjadinya bahaya fisik, namun bahaya kesehatan yang mungkin muncul adalah letak rumah klien yang dikelilingi pohon – pohon besar.

## 7. Data Pola Fungsional Menurut Gordon

Pola persepsi dan manajemen kesehatan, klien termasuk orang yang selalu mengharagai kesehatan. Hal ini terbukti bila tubuh merasa sakit pasien segera memeriksakan diri ke Puskesmas atau Rumah Sakit terdekat.

Pola nutrisi sebelum sakit klien mengatakan makan 3x sehari habis satu porsi dengan komposisi nasi, sayur, lauk-pauk, serta minum 7-8 gelas sehari (1400cc - 1600cc), BB (berat badan) 65 kg. Selama sakit klien

mengatakan makan 3x sehari dengan komposisi nasi , sayur , lauk-pauk habis setengah porsi, minum 6-7 gelas sehari ( 1200cc-1400cc ), BB 63 Kg.

Pola Eliminasi sebelum sakit klien mengatakan BAB 1 sampai 2 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas dan BAK 3 sampai 4 kali sehari bau khas amoniak, warna kuning jernih. Selama sakit klien mengatakan BAB 1 sampai 2 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas. BAK 2 sampai 4 kali sehari bau khas amoniak, warna kuning keruh.

Pola aktivitas dan latihan sebelum sakit klien mengatakan dapat beraktivitas seperti biasa dengan baik dan mandiri. Selama sakit aktivitas klien terganggu karena kondisi tubuhnya yang lemas disertai sesak dan dalam beraktivitas dibantu keluarganya.

Pola istirahat dan tidur sebelum sakit klien mengatakan tidur siang 2 jam sehari, tidur malam 6 sampai 8 jam sehari. selama sakit klien mengatakan tidur siang 2 sampai 3jam sehari, tidur malam 5 sampai 6 jam sehari (klien mengeluh asma sering kambuh pada malam hari, sehingga mengganggu pola istirahat / tidur klien).

Pola persepsi dan kognitif, klien merasa bahwa kesehatan sangatlah penting sekali dan oleh sebab itu apabila klien dan keluarganya jatuh sakit, langsung di periksakan ke Puskesmas atau Rumah Sakit terdekat, dan klien yakin bahwa penyakitnya akan segera sembuh.

Pola persepsi dan konsep diri dalam gambaran diri klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit dan membutuhkan perawatan dan pengobatan. Ideal diri klien yakin kalau ia akan sembuh dan dapat segera beraktivitas seperti biasanya setelah mendapatkan perawatan di Rumah Sakit. Harga diri klien mengatakan malu karena kondisi penyakitnya. Peran diri klien berperan sebagai kepala rumah tangga dan sangat dihormati dalam keluarga tersebut. Identitas diri klien mengatakan berjenis kelamin laki - laki berumur 51 tahun sudah menikah dan mempunyai 4 orang anak.

Pola peran dan hubungan, klien mengatakan berperan sebagai kepala rumah tangga dan hubungan dengan keluarga , masyarakat dan tenaga kesehatan terjalin dengan baik, ini dibuktikan dengan banyak tetangga yang menjenguknya.

Pola reproduksi dan seksual, klien merasa senang menjadi seorang ayah sebagai kepala rumah tangga. Tidak ada gangguan pada genetalia klien, dan tidak ada gangguan dalam hubungan seksual, namun selama sakit klien tidak melakukan hubungan seksual karena kondisi fisiknya yang lemah.

Pola koping, stress, dan toleransi, klien mengatakan dalam menghadapi masalahnya klien selalu menyelesaikannya dengan musyawarah dengan keluarganya agar masalah dapat diselesaikan dengan baik.

Pola kepercayaan dan nilai, klien mengatakan seorang yang beragama Islam, sebelum sakit klien dapat melakukan kewajibannya

sebagai seorang muslim yaitu shalat 5 waktu dengan baik, tetapi selama sakit klien tidak dapat melakukannya dan hanya bisa berdoa mengharap kesembuhan.

#### 8. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran klien composmentis, penampilan umum lemah, TTV (tanda – tanda vital) diperoleh TD (tekanan darah) 120/ 80 mmhg, S (suhu) 36.5°C, N (nadi) 88 x / mnt, RR (respiratory rate) 30 x / mnt (irama tidak teratur). Kepala ( rambut ) bentuk mesocephal, tidak ada lesi, terdapat uban, tidak ada dundruf, bersih, Kuat, distribusi rambut merata. Mata simetris, pupil isokor, sklera tidak ikterik, conjungtiva tidak anemis. Hidung simetris, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter permenit, fungsi penciuman baik, tidak ada pembesaran polip, tidak ada secret. Mulut tidak ada stomatitis, lidah bersih, tidak ada carries, mukosa bibir kering, tidak menggunakan gigi palsu. Telinga simetris, tidak ada lesi, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik. Leher simetris, tidak ada lesi, gland tiroid teraba, tidak ada peningkatan *JVP* (*jugularis venous pressure*). Dada (paru – paru) Inspeksi simetris, palpasi *taktil Fremitus* kanan sama dengan kiri, perkusi *sonor*, auskultasi Wheezing pada bronkus. Jantung inspeksi *ictus cordis* tidak tampak, palpasi *ictus cordis* teraba, perkusi pekak, auskultasi reguler S1. Abdomen inspeksi datar, auskultasi peristaltik 20 kali permenit, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi timpani. Extremitas atas (kanan) akral dingin, tidak dapat bergerak bebas, tidak ada lesi, terpasang infus, ( kiri ) akral dingin, tidak

ada lesi, bergerak bebas, bawah(kanan/kiri) tidak ada lesi, bergerak bebas.

Genetalia bersih tidak ada lesi. Anus bersih , tidak ada hemoroid.

#### 9. Data Penunjang

Laborat tanggal 12 Februari 2010 ( spesimen serum )

Parameter	Hasil	Rujukan	satuan
Kolesterol total	163	< 200	Mg/dl
Creatinin	0,77	0,19 – 1,3	Mg/dl
Glukosa sewaktu	266	70 – 115	Mg/dl
SGOT	9,5	< 37	u/i
SGPT	9,2	< 41	u/i
Ureum	29,7	18 – 55	Mg/dl
Tryglyceride	77	50 – 200	Mg/dl
Albumin	3,77	3,5 – 5,9	g/dl
Total protein	6,25	6,6 – 8,8	g/dl

#### 10. Therapi

Therapi pada tanggal 12 Febuari 2010, farmakologik yang diberikan pada klien adalah Ambroxol 3x1 tablet, vit. C 1x1 tablet. Therapi bronkodilator ventolin 2,5 mg / 2 ml , flixotid 0,5 mg / 2 ml. Sedangkan therapi non farmakologik adalah O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter / menit, infus RL (*ringer laktat*) 20 tetes permenit.

## **B. ANALISA DATA**

Pengkajian analisa data yang dilakukan pada tanggal 12 Febuari 2010 jam 07. 30 WIB. Pada Tn. J umur 51 tahun di ruang mawar dengn nomor registrasi 16. 019. 43 ditemukan data fokus sebagai berikut untuk data yang pertama adalah data subjektif klien mengatakan sesak nafas, batuk-batuk, dan data objektif klien tampak sulit bernafas, auskultasi terdengar suara nafas tambahan (wheezing) pada bronkus, RR (respiratory rate) 30 kali / menit, sehingga diperoleh etiologi peningkatan produksi sputum, bronkospasme dan problem bersihan jalan nafas tidak efektif.

Data yang kedua data subjektif klien mengatakan untuk beraktivitas sesak bertambah, dan tubuhnya terasa lemas, untuk data objektif klien terlihat sering di tempat tidur, aktivitas dibantu keluarga, sehingga diperoleh etiologi ketidakseimbangan suplai oksigen dan problem intoleransi aktivitas.

## **C. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.bronkospasme.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen.

## **D. INTERVENSI KEPERAWATAN**

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam bersihan jalan nafas kembali efektif,

dengan kriteria hasil subjektif klien mengatakan sesak nafas hilang, batuk dapat mengeluarkan sputum, dan objektif batuk berkurang / hilang, sesak nafas hilang, RR 16-24 kali permenit, auskultasi tidak terdengar Wheezing pada bronkus, klien mampu mengaplikasikan batuk efektif secara mandiri. Intervensi kaji perubahan pola nafas, auskultasi bunyi nafas, berikan posisi semi fowler, berikan O<sub>2</sub> 2 L / menit, berikan minuman hangat, berikan bronkodilator melalui nebulizer 2 kali / hari ( jika perlu ), ajarkan batuk secara efektif, anjurkan untuk mengaplikasikan batuk efektif, kolaborasi pemberian pengobatan sistemik atau topikal.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, klien mampu beraktivitas kembali seperti biasanya, dengan kriteria hasil subjektif klien mengatakan dapat beraktivitas kembali secara mandiri, objektif tidak ada perubahan tanda-tanda vital terutama respiratory rate atau RR (dalam batas normal) 16-24x /menit, antara sebelum dan sesudah aktivitas. Intervensi jelaskan sebab-sebab keletihan klien, evaluasi respon klien terhadap aktivitas, ajarkan aktivitas mandiri mulai dari ringan, pertahankan tambahan O<sub>2</sub> saat latihan, observasi tanda-tanda vital, sebelum dan sesudah aktivitas, anjurkan klien untuk tidur, istirahat.

#### **E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Pada hari sabtu 12 Febuari 2010 jam 08.00 WIB untuk diagnosa pertama perawat mengkaji pola nafas klien, mengauskultasi bunyi nafas, memberikan posisi semi fowler dan memberikan O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter

permenit dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan tindakan keperawatan dan klien keadaan posisi semi fowler, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter permenit dengan RR 30 kali / menit, pada waktu tersebut pula perawat memberikan terapi bronkodilator melalui nebulizer ventoline 2,5 mg/2 ml + flixotide 0,5 mg/2 ml, dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan nebulizer dan RR setelah diberikan terapi adalah 26 kali / menit. Jam 09.00 WIB perawat memberikan minum air hangat satu gelas (200 cc), mengajarkan batuk secara efektif dan menganjurkan klien untuk mengaplikasikan batuk efektif secara mandiri, dengan respon subjektifnya klien bersedia, dan objektifnya klien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dengan benar, dan mampu mengeluarkan sputum. Jam 12.00 WIB perawat memberikan obat oral ambroxol 3x1 tablet sesuai terapi dengan respon klien mengatakan bersedia minum obat setelah makan dan terlihat setelah makan, obat langsung diminum. Terapi nebulizer kembali diberikan pada tanggal 12 Febuari 2010 jam 21.00 WIB, kemudian pada tanggal 13 Febuari 2010 jam 13.00 dan 16.00 WIB dengan respon klien bersedia diberikan terapi dan RR setelah diberikan terapi tanggal 12 Febuari jam 21.00 WIB adalah 24 kali / menit, tanggal 13 Febuari 2010 jam 13.00 WIB adalah 20 kali / menit dan jam 16.00 WIB adalah 24 kali / menit.

Diagnosa kedua pada hari sabtu 12 Febuari 2010 jam 08.00 WIB penulis menjelaskan sebab-sebab keletihan klien dengan respon klien mengatakan mengerti sebab-sebab keletihan, sedangkan untuk semua aktivitas klien membutuhkan bantuan keluarga, kemudian pada pukul 10.00 WIB

penulis menganjurkan klien untuk tidur, istirahat dengan respon klien terlihat berbaring di tempat tidur sambil memejamkan mata. Pada tanggal 13 Febuari 2010 jam 15.00 penulis mengajarkan aktivitas mandiri mulai dari ringan seperti makan dan minum sampai klien berjalan mandiri, mengobservasi RR sebelum dan sesudah aktivitas, menganjurkan untuk mempertahankan O<sub>2</sub> saat latihan, dengan respon klien bersedia melakukan aktivitas mandiri dan klien terlihat mampu berjalan ke kamar mandi (mandi, BAK) mandiri, namun klien tidak menggunakan O<sub>2</sub> saat latihan, dengan RR sebelum aktivitas 20x / menit dan pada jam 15.30 WIB RR sesudah aktivitas 28x / menit, sedangkan aktivitas seperti makan, minum dan berbicara tidak terjadi perubahan RR.

#### **F. EVALUASI**

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada evaluasi diperoleh data pada hari Minggu 13 Febuari pada pukul 16.00 WIB dari diagnosa pertama dengan catatan perkembangan.

**S :** Klien mengatakan sesak nafas hilang, dan batuk berkurang.

**O : RR :** 24 kali / menit, **Aus :** tidak terdengar wheezing pada bronkus, dan klien batuk dapat mengeluarkan sputum .

**A :** Masalah teratasi.

**P :** Pertahankan intervensi, anjurkan untuk mengaplikasikan batuk efektif secara mandiri.

Diagnosa kedua evaluasi pada hari Minggu 13 Febuari jam 16.00

WIB diperoleh catatan perkembangan

S :Klien mengatakan ketika beraktivitas mandiri terkadang nafas kembali sesak.

O :Terjadi perubahan RR ketika aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi (mandi,BAK,dll), namun untuk aktivitas ringan seperti makan, minum, berbicara, tidak ada perubahan RR.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi, anjurkan klien untuk istirahat atau tidur.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dibahas mengenai Asuhan Keperawatan yang ditemukan pada kasus Tn. S dengan Asma di ruang Mawar RSUD Ungaran selama 2 hari pada tanggal 12 Febuari 2010 sampai 13 Febuari 2010. Dimana didalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 12 Febuari 2010 pukul 07.30 WIB didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut:

**A. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme.**

Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami suatu ancaman yang nyata atau potensial pada status pernafasan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif. Batasan karakteristik batasan mayor meliputi batuk tidak efektif atau tidak dapat batuk, ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekresi jalan nafas. Batasan minor meliputi bunyi nafas abnormal, frekuensi, irama, kedalama pernafasan abnormal (Carpenito, 2007).

Alasan penulis mengangkat diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme,

karena pada klien terdapat data subjektif klien mengatakan sesak nafas dan batuk–batuk, untuk data objektifnya klien tampak sulit bernafas, auskultasi terdengar suara nafas tambahan (wheezing) pada bronkus, RR 30 kali / menit.

Menurut Carpenito (2007) antara etiologi dan problem dalam diagnosa keperawatan sudah tepat, karena pada klien asma bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme.

Penulis mengangkat diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme sebagai prioritas pertama karena menurut Maslow pernafasan merupakan kebutuhan fisiologis yang harus segera dipenuhi dan menurut *Triage Konsep* bersihan jalan nafas termasuk kebutuhan *immediatly* yang harus segera ditangani karena dapat menyebabkan kematian. Dengan lancarnya jalan nafas kebutuhan oksigen klien dapat terpenuhi.

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme, penulis menetapkan beberapa rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut, dengan tujuan bersihan jalan nafas kembali efektif. Adapun rencana tindakan yang dapat dilakukan sebagian besar sesuai dengan teori menurut Manurung, (2009), adalah kaji perubahan pola nafas, auskultasi bunyi nafas, berikan posisi semi fowler, berikan O<sub>2</sub> 2 liter / menit, berikan minuman hangat, ajarkan batuk secara efektif, berikan bronkodilator melalui nebulizer 2 kali /

hari jika perlu, dan kolaborasi dalam pemberian pengobatan sistemik atau topikal.

Hasil evaluasi tanggal 13 Febuari 2010 jam 16.00 WIB masalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme dapat teratasi, karena dari kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis, subjektif klien mengatakan sesak nafas hilang, batuk berkurang, dan objektif batuk dapat mengeluarkan sputum, sesak nafas hilang, RR 16-24 kali permenit, auskultasi tidak terdengar Wheezing pada bronkus, klien mampu mengaplikasikan batuk efektif secara mandiri. Klien telah mampu mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis. Adapun hasil evaluasi didapatkan data subjektif klien mengatakan sesak nafas hilang, dan batuk berkurang, objektif RR 24 kali permenit, auskultasi tidak terdengar wheezing pada bronkus, dan klien batuk dapat mengeluarkan sputum. Penulis telah mendelegasikan kepada perawat ruangan agar tetap memantau kondisi klien sampai kondisi klien benar-benar stabil.

Hasil evaluasi diatas menyebutkan bahwa penulis telah melakukan implementasi sesuai dengan teori menurut Manurung, Santa. 2009, setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diagnosa keperawatan dengan masalah tidak efektifnya bersihan jalan nafas dapat teratasi, meskipun RR masih 24 kali permenit, termasuk dalam batas normal.

## **B. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen .**

Intoleransi aktivitas menurut Carpenito (2007) adalah penurunan dalam kapasitas sekunder akibat asma, fisiologi seseorang untuk melakukan aktivitas sampai tingkat yang diinginkan atau yang dibutuhkan. Batasan karakteristik batasan mayor meliputi kelemahan, tiga menit setelah beraktivitas seperti pusing, dipsneu. Kelemahan fisik akibat aktivitas, frekuensi nafas lebih dari 24 x/menit, frekuensi nadi lebih dari 95 x/menit, batasan minor meliputi pucat, konfusi, vertigo.

Alasan penulis mengangkat diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen karena pada klien didapatkan data subjektifnya klien mengatakan untuk beraktivitas sesak bertambah, klien mengatakan tubuhnya terasa lemas, data objektif klien terlihat sering di tempat tidur, aktivitas dibantu keluarga.

Menurut Carpenito (2007) antara etiologi dan problem dalam diagnosa keperawatan sudah tepat, karena pada klien asma intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen sebagai prioritas ketiga karea menurut *Triage Konsep* termasuk kebutuhan *non urgent* yang tidak memerlukan penanganan segera. Namun harus tetap dilakukan asuhan keperawatan karena dapat menyebabkan ketergantungan kepada orang lain.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen penulis menyusun asuhan keperawatan yang bertujuan agar klien mampu beraktivitas kembali seperti biasanya. Namun intervensi yang dapat dilakukan belum sesuai dengan teori yaitu jelaskan sebab-sebab keletihan klien, anjurkan klien untuk tidur, istirahat, ajarkan aktivitas mandiri mulai dari ringan, pertahankan tambahan O<sub>2</sub> saat latihan, observasi RR, sebelum dan sesudah aktivitas.

Evaluasi tanggal 13 Febuari 2010 jam 16.00 WIB masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dapat teratasi sebagian, karena dari kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis, subjektifnya klien mengatakan dapat beraktivitas kembali secara mandiri, objektif tidak ada perubahan TTV, terutama RR (melebihi batas normal) 16-24x /menit, antara sebelum dan sesudah aktivitas. Klien belum mampu mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis. Adapun hasil evaluasi didapatkan data subjektif klien mengatakan ketika beraktivitas mandiri terkadang nafasnya kembali sesak, sedangkan data objektifnya terjadi perubahan RR ketika aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi (mandi,BAK,dll), namun untuk aktivitas ringan seperti makan, minum, berbicara, tidak ada perubahan RR. Analisa masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi. Penulis telah mendelegasikan kepada keluarga klien dan perawat ruangan agar tetap memantau kondisi klien sampai kondisi benar-benar stabil.

Hasil evaluasi diatas menyebutkan bahwa penulis telah melakukan semua intervensi, namun belum sesuai dengan teori yang telah penulis cantumkan pada konsep dasar menurut Carpenito (2007), disebabkan pada saat melakukan intervensi penulis hanya secara rasional saja, tidak menggunakan panduan buku saku diagnosa. Dan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diagnosa keperawatan dengan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi sebagian, dikarenakan klien tidak mematuhi anjuran perawat untuk tidur atau istirahat. Klien merasa sudah sembuh dan mampu melakukan aktivitas mandiri, sehingga terjadi perubahan RR sebelum beraktivitas yaitu 20x permenit, dan setelah beraktivitas RR meningkat menjadi 28x permenit.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada akhir penulisan laporan kasus ini, penulis dapat menarik suatu kesimpulan dari uraian bab-bab sebelumnya. Selain itu penulis juga memberikan rekomendasi atau saran yang nantinya diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan atau pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang komprehensif.

#### **A. Kesimpulan**

Asma adalah penyakit paru yang didalamnya terdapat obstruksi jalan nafas, inflamasi jalan nafas, dan jalan nafas yang hiperresponsif atau spasme otot polos bronchial. Asma juga diartikan sebagai gangguan pada saluran bronchial dengan ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme pada saluran nafas).

Permasalahan yang muncul pada Tn. J dengan asma bronchial yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme. dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen. Dari kedua diagnosa tersebut disimpulkan bahwa diagnosa pertama masalah teratasi dan diagnosa kedua masalah teratasi sebagian, dan telah didelegasikan kepada perawat ruangan.

Selama melaksanakan asuhan keperawatan ini, penulis tidak banyak menemukan kesulitan karena dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis banyak bekerjasama dengan perawat ruangan dan dokter.

## B. Saran

Selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn J, penulis menemukan beberapa hal yang sebaiknya diperhatikan :

1. Diharapkan pihak Rumah Sakit dapat lebih memberikan informasi mengenai asma bronchial, baik lewat tulisan (leaflet), maupun komunikasi verbal berupa pendidikan kesehatan.
2. Diharapkan pendokumentasian dilakukan dengan baik, khususnya pencatatan RR (Respiratory Rate), baik sebelum dilakukan tindakan keperawatan maupun setelah dilakukan tindakan keperawatan, dengan demikian perkembangan dari setiap masalah yang ada pada pasien dengan asma bronchial dapat terpantau.

## DAFTAR PUSTAKA

- Betz, Cecily. 2002. *Buku Saku Keperawatan Pediatri*. Edisi 3. Cetakan I. (terjemahan dr. Jan Tambayong). Jakarta : EGC.
- Carpenito, L. J. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Edisi 10. (terjemahan Monica Ester). Jakarta : EGC.
- Davey, Patrick. 2005. *At a Glance Medicine*. Jakarta: Erlangga.
- Doengoes, Marilyn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3. Cetakan I. (terjemahan I Made Kariasa, S.Kp dan Ni Made Sumarwati, S.Kp). Jakarta: EGC.
- Manurung, Santa. 2009. *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Smeltzer, Suzanne C. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddart*. Edisi 8. Cetakan I. (terjemahan Agung Waluyo, S.Kp. M.Sc; I Made Kariyasa, S.Kp; Julia, S.Kp. M.Sc; dr. H.Y. Kuncara; Yasmin Asih, S.Kp). Jakarta: EGC.
- Somantri, Irman. 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sundaru, Heru. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Cetakan Kedua. Jakarta : Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Wong, Donna L. 2004. *Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. (terjemahan Monica Ester). Jakarta : EGC.