

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN
ASMA BRONKHIAL DI RUANG CEMPAKA
RSUD SUNAN KALIJAGA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Devi Ariani
NIM 89.331.3957

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

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 : Sabtu

Tanggal : 21 Mei 2011

Semarang, 21 Mei 2011

Pembimbing

(Ns. Dwi Retno Sulistyanningsih, M. Kep.)

NIK. 210 998 005



HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Jum'at, tanggal 10 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 10 Juni 2011

Tim Penguji,

Penguji I

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

NIK. 210 996 002

Penguji II

(Ns. Nani Prasanti, S. Kep)

NIK. 9311465

Penguji III

(Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep.)

NIK. 210 998 005

MOTTO

- ❖ *Keberhasilan didasari kerja keras yang akan menghasilkan kepuasan dan kebanggaan tersendiri bagi kita.*
- ❖ *Berusaha menjadi diri sendiri yang lebih baik dari pada sekarang.*
- ❖ *Sabar dalam mengatasi kesulitan dan bertindak bijaksana dalam mengatasinya adalah sesuatu yang utama.*
- ❖ *Setiap pekerjaan dapat diselesaikan dengan mudah bila dikerjakan tanpa keengganan.*
- ❖ *Kebajikan tidak bernilai selama diucapkan akan tetapi bernilai sesudah dikerjakan.*



KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Dengan segenap puji syukur kepada ALLAH SWT, atas rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN ASMA BRONKHIAL DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUNAN KALIJAGA DEMAK”.

Dalam penyusunan laporan kasus ujian kompetensi ini penulis menemui berbagai hambatan namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak maka masalah tersebut dapat diatasi. Maka pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.eng. Msc. selaku rektor Unissula Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku kepala program studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Pihak Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak sebagai tempat praktik diambilnya studi kasus.
5. Ibu Dwi Retno Sulistyarningsih, S.Kep. M. Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Asuhan Keperawatan Medikal ini.

6. Para dosen dan staf pengajar Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
7. TIM penguji laporan kasus ujian komprehensif ini.
8. Abah wan Mama tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang yang telah membesarkan, mendidik, mendoa'kan dan memberikan motivasi dan semangat untuk kesuksesan putrinya.
9. Buat Villy yang selalu ada dan setia membantu demi kelancaran pembuatan KTI ini, terima kasih atas doa, dukungan dan perhatiannya buat aku.
10. Buat teman-teman kos (Vita, Novita, Lena, mba Ayu) teman seperjuangan yang sudah aku anggap seperti keluarga ku sendiri makasih ya sudah menemani ku dan menghibur ku selama tinggal di Semarang.
11. Semua pihak yang telah membantu hingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang namanya tidak mungkin disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari asuhan keperawatan ini jauh dari sempurna dengan keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang penulis miliki. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dimasa mendatang.

Semoga asuhan keperawatan ini dapat bermanfaat bagi penulis dan untuk semua pembaca dalam menambah pengetahuan dan wawasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang kita berikan kepada keluarga selama di rumah.

Segala sesuatunya kita kembalikan, semoga ALLAH SWT memberikan balasan setiap amal perbuatan yang baik.

Semarang, 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	3
C. Manfaat penulisan	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep dasar penyakit.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	7
3. Patofisiologi	9
4. Manifestasi klinik.....	11
5. Pemeriksaan diagnostik.....	12
6. Komplikasi	14
7. Penatalaksanaan	14
8. Pathway	18

B. Konsep dasar keperawatan.....	19
1. Pengkajian keperawatann.....	19
2. Diagnosa keperawatan	24
3. Fokus intervensi	24
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN.....	29
A. Pengkajian.....	29
B. Analisa data.....	34
C. Diagnosa keperawatan.....	35
D. Intervensi.....	35
E. Implementasi.....	36
F. Evaluasi.....	38
BAB IV PEMBAHASAN.....	40
BAB V PENUTUP.....	51
A. Kesimpulan	51
B. Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat kesediaan membimbing
- Lampiran 2. Surat keterangan konsultasi
- Lampiran 3. Lembar konsultasi
- Lampiran 4. Laporan asuhan keperawatan asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asma merupakan gangguan inflamasi kronik jalan nafas yang melibatkan banyak sel dan elemennya sehingga menyebabkan peningkatan hiperesponsif jalan nafas yang menimbulkan gejala episodik berulang berupa mengi, sesak nafas, dada terasa berat dan batuk terutama malam atau dini hari (Ward, 2006).

Menurut WHO, sebanyak 100 hingga 150 juta penduduk dunia adalah penyandang asma. Jumlah ini terus bertambah sebanyak 180.000 orang setiap tahunnya. Prevalensinya, sekarang sekitar 10 - 15 %, semakin meningkat di masyarakat barat. Insidensi mengi tertinggi pada anak-anak (satu dari tiga anak mengalami mengi dan satu dari tujuh anak sekolah terdiagnosis asma) (Davey, 2002).

Di Indonesia, prevalensi asma belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan 2 - 5 % (3 - 8 % dan 5 - 7 %) penduduk Indonesia menderita asma. Berdasarkan laporan Heru Sundaru (Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM), prevalensi asma di Bandung (5,2 %), Semarang (5,5 %), Denpasar (4,3 %) dan Jakarta (7,5 %). Di Palembang, pada tahun 2003 didapatkan prevalensi asma pada siswa SMP sebesar 8,7 % dan siswa SMA pada tahun 2004 sebesar 8,7 % dan pada tahun 2005 dilakukan evaluasi pada siswa SMP didapatkan prevalensi asma sebesar 9,2 %. Penyakit Asma dapat mengenai segala usia dan jenis kelamin, 80 - 90 % gejala timbul sebelum

usia 5 atau 9 tahun. Pada anak-anak, penderita laki-laki lebih banyak daripada perempuan, sedangkan pada usia dewasa terjadi sebaliknya. Sementara angka kejadian asma pada anak dan bayi lebih tinggi daripada orang dewasa.

Asma yang berhubungan dengan pekerjaan terdiri dari asma kerja (*occupational asthma/OA*) dan asma yang diperburuk oleh faktor pekerjaan (*work-exacerbated asthma/WEA*) merupakan penyakit paru akibat kerja. Sepuluh sampai dengan 15% asma dewasa berhubungan dengan faktor pekerjaan. *Surveillance of Work and Occupational Respiratory Disease* (SWORD) memperkirakan asma yang disebabkan kerja berat mempunyai kontribusi sebesar 26 % dari seluruh penyebab penyakit paru. Sensitifitas jalan nafas yang berlebihan terhadap rangsang kimia, fisis dan farmakologik adalah gambaran khas asma kerennya beberapa zat yang tidak mempunyai efek terhadap individu non asma dapat menyebabkan keterbatasan aliran udara yang menimbulkan gejala pada asma (Yunus, 2009).

Asma yang diperburuk oleh faktor pekerjaan (*work-exacerbated asthma/WEA*) merupakan penyakit paru akibat kerja yang paling banyak dijumpai dan potensial menimbulkan morbiditi akut, disability jangka panjang, mempunyai dampak sosial ekonomi. Komplikasi atau akibat lain yang mungkin muncul dari diagnosa asma adalah status asmatikus, bronkhitis kronik, bronkiolitis, pneumonia, emfisema kronik, atelaktasis, pneumothorak, dan kematian (Sundaru, 2001).

Peran perawat adalah menurut pendapat Doheny (1982) ada beberapa elemen peran perawat profesional antara lain : *care giver*, *client advocate* (pembela klien), *counselor* (konseling), *educator* (pendidik), *collaborator*

(berkolaborasi), *coordinator change agent*, *consultant* dan *interpersonal* proses. Peran perawat pada klien asma adalah memberikan asuhan keperawatan kepada klien asma secara komprehensif, memberikan penyuluhan kepada individu atau keluarga tentang pencegahan penyakit asma untuk peningkatan pengetahuan klien tentang penyakit asma dan klien atau keluarga dapat meminimalisir kemungkinan kejadian asma sehingga klien secara sadar menghindari faktor-faktor pencetus, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi pada tim kesehatan.

Melihat prevalensi asma yang meningkat dan kemungkinan komplikasi atau akibat yang akan terjadi maka penulis tertarik untuk mengambil kasus tentang asuhan keperawatan dengan asma bronkhial di Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memberikan gambaran secara umum proses asuhan keperawatan pada Tn. A dengan asma bronkhial yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang utuh dan komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan konsep dasar penyakit asma bronkhial.
- b. Menjelaskan secara spesifik proses pengkajian pada klien asma bronkhial yaitu Tn.A dengan mengumpulkan dan mengelompokkan data yang diperoleh.

- c. Menjelaskan perumusan diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang dialami oleh Tn. A.
- d. Menjelaskan penyusunan rencana tindakan serta melaksanakan rencana tindakan tersebut pada klien Tn. A.
- e. Menjelaskan secara spesifik evaluasi proses dan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. A.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah ini dibuat penulis diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak- pihak yang terkait, antara lain :

1. **Institusi pendidikan**

Menambah referensi dalam bidang pendidikan sehingga dapat menyiapkan perawat yang berkompetensi dan berdedikasi tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan medikal asma bronkhial.

2. **Lahan praktek**

Menambah referensi dalam peningkatan pengetahuan dan mutu pemberian pelayanan asuhan keperawatan klien asma bronkhial.

3. **Masyarakat**

Bagi masyarakat umum atau pihak pembaca agar dapat memberikan pengetahuan tentang perawatan kepada keluarga pasien dengan asma bronkhial dan mengetahui tindakan pencegahan terjadinya asma bronkhial.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Asma adalah gangguan inflamasi kronik pada jalan nafas yang melibatkan berbagai sel. Pasien-pasien mengalami episode batuk, mengi dada terasa seperti diikat, dan atau dispnea (sesak nafas), yang sering memburuk saat malam atau pagi hari (Mansjoer, 2001).

Asma adalah suatu penyakit dengan ciri meningkatnya respon trakhea dan bronkhus terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi adanya penyempitan jalan nafas yang luas dan derajatnya dapat berubah-ubah secara spontan maupun sebagai hasil pengobatan (Muttaqin, 2008).

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

Penyakit asma merupakan penyakit saluran nafas yang ditandai oleh peningkatan daya responsive percabangan trakeo-bronkhial terhadap berbagai jenis stimulus (Kurt, 2000).

Jadi definisi asma dapat disimpulkan sebagai gangguan inflamasi kronik jalan nafas yang ditandai meningkatnya respon trakhea dan bronkhus terhadap berbagai rangsangan atau stimulus dan secara klinis ditandai oleh serangan mendadak dispnea, batuk, serta mengi.

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, makanan, dan jamur). Kebanyakan alergen terdapat di udara dan musiman. Pasien dengan asma alergik biasanya mempunyai riwayat medis masa lalu *ekzema* atau *rhinitis* alergik. Pemajanan terhadap alergen mencetuskan serangan asma. Anak-anak dengan asma alergik sering dapat 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 alergik maupun bentuk idiopatik atau nonalergik.

Asma juga dikelompokkan sebagai:

- a. Ekstrinsik: Asma anak-anak, berhubungan dengan atopi (atopi = diatesis alergika familial, bermanifestasi sebagai eksema dan hay fever saat anak-anak). Seringkali sembuh saat memasuki usia remaja, walaupun bisa timbul kembali saat dewasa.
- b. Intrinsik: berkembang dalam tahap kehidupan selanjutnya, lebih jarang disebabkan oleh alergi, bisa lebih progresif dan respon terhadap terapi tidak begitu baik.
- c. Berhubungan dengan pekerjaan: bila berhubungan dengan alergen industri/tempat kerja (misal bahan fotocopi, dan lain-lain) (Davey, 2006).

2. Etiologi

Etiologi asma mungkin merupakan reaksi alergi yang sering terjadi pada pasien dengan umur kurang dari 30 tahun. Namun munculnya asma pada pasien dengan usia di atas 30 tahun harus selalu diwaspadai. Faktor-faktor pemicu yang menyebabkan asma antara lain yaitu beberapa bahan iritan seperti debu-debu yang beterbangan, asap, produk pembersih atau bau. Pemicu tambahan lainnya adalah udara dingin, infeksi saluran pernafasan atas atau bawah dan stress (Setyono, 2001).

Faktor-faktor yang menimbulkan serangan atau faktor pencetus asma bronkhial antara lain:

a. Alergen

Alergen adalah zat-zat tertentu yang bila diisap atau dimakan dapat menimbulkan serangan asma misalnya debu rumah (*Dermatophagoides pteronissynus*), spora jamur, bulu kucing, bulu binatang, beberapa makanan laut, dan sebagainya.

b. Infeksi saluran pernafasan

Infeksi saluran pernafasan terutama disebabkan oleh virus. Virus influenza merupakan salah satu faktor pencetus yang sering menimbulkan asma bronkhial. Diperkirakan dua pertiga penderita asma dewasa serangan asmanya ditimbulkan oleh infeksi saluran pernafasan (Sundaru, 2001).

c. Tekanan jiwa

Tekanan jiwa bukan penyebab asma tetapi pencetus asma, karena banyak orang yang mendapat tekanan jiwa tetapi tidak menjadi penderita asma bronkhial. Faktor ini berperan mencetuskan serangan asma terutama pada orang yang agak labil kepribadiannya. Hal ini lebih menonjol pada wanita dan anak-anak (Yunus, 2000).

d. Olahraga/kegiatan jasmani yang berat

Sebagian penderita asma bronkhial akan mendapatkan serangan asma bila melakukan olahraga atau aktifitas fisik yang berlebihan. Lari cepat dan bersepeda adalah dua jenis kegiatan paling mudah menimbulkan serangan asma. Serangan asma karena kegiatan jasmani (*exercise induced asma-EIA*) terjadi setelah olahraga atau

aktivitas fisik yang cukup berat dan jarang serangan timbul beberapa jam setelah olahraga.

e. Obat-obatan

Beberapa klien dengan asma bronkhial sensitive atau alergi terhadap obat tertentu seperti penisilin, salisilat, beta blocker, kodein, dan sebagainya.

f. Polusi udara

Klien asma sangat peka terhadap udara berdebu, asap pabrik/kendaraan, asap rokok, asap yang mengandung hasil pembakaran dan oksida fotokemikal, serta bau yang tajam.

g. Lingkungan kerja

Lingkungan kerja diperkirakan merupakan faktor pencetus yang menyumbang 2-5% klien dengan asma bronkhial (Sundaru, 2001).

3. Patofisiologi

Tanda patofisiologi asma adalah pengurangan diameter jalan nafas yang disebabkan kontraksi otot polos, kongesti pembuluh darah, edema dinding bronkus dan sekret kental yang lengket. Hasil akhir adalah peningkatan resistensi jalan nafas, penurunan ekspirasi paksa (*forced expiratory volume*) dan kecepatan aliran, hiperinflasi paru dan thoraks, peningkatan kerja bernafas, pengubahan fungsi otot pernafasan, penyebaran abnormal aliran darah ventilasi dan pulmonal serta perubahan gas darah arteri (Kurt, 2000).

Asma timbul karena seseorang yang mengalami atopi akibat pemaparan alergen. 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.

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 CO₂ (*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*.

Akibat dari bronkospasme, edema mukosa dan dinding bronkus serta hipersekresi mukus menyebabkan terjadinya penyempitan pada bronkus dan percabangannya, sehingga akan menimbulkan rasa sesak, nafas berbunyi (*wheezing*) dan batuk yang produktif (Muttaqin, 2008).

Pada asma nonalergenik (asma intrinsik) terjadi bukan karena pemaparan alergen tetapi terjadi karena beberapa faktor pencetus. Serangan asma terjadi akibat gangguan saraf otonom terutama gangguan saraf simpatis yaitu blokade adrenergik beta dan hiperreaktivitas adrenergik alfa. Pada sebagian penderita asma, aktivitas adrenergik alfa diduga meningkat sehingga mengakibatkan bronkhokonstriksi dan menimbulkan sesak nafas (Muttaqin, 2008).

4. Manifestasi klinis

Gejala yang timbul biasanya berhubungan dengan beratnya derajat hiperaktivitas bronkus. Obstruksi jalan nafas dapat reversible secara spontan maupun dengan pengobatan. Gejala-gejala asma antara lain:

- a. Bising mengi (*wheezing*) yang terdengar dengan atau tanpa stetoskop.

b. Batuk produktif, sering pada malam hari.

c. Nafas atau dada seperti tertekan.

Gejalanya bersifat paroksismal, yaitu membaik pada siang hari dan memburuk pada malam hari (Mansjoer, 2001).

Gejala mengi yang persisten dan hanya terlokalisasi pada satu daerah dada saja dengan disertai serangan batuk yang mendadak menunjukkan penyakit endobronkhial seperti aspirasi benda asing, neoplasma, atau stenosis bronchial (Kurt J, 2000).

5. Pemeriksaan diagnostik

a. Pemeriksaan fungsi paru (spirometri)

Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilator aerosol golongan adrenergik. Peningkatan *forced expiratory volume* (FEV) atau *forced vital capacity* (FVC) sebanyak lebih dari 20% menunjukkan diagnosis asma.

b. Tes provokasi bronkhus

Tes ini dilakukan pada spirometri internal. Penurunan FEV sebesar 20% atau lebih setelah tes provokasi dan denyut jantung 80-90% dari maksimum dianggap bermakna.

c. Pemeriksaan kulit

Untuk menunjukkan adanya antibodi Ig E hipersensitif yang spesifik dalam tubuh.

d. Pemeriksaan laboratorium, antara lain meliputi:

1) Analisa gas darah (AGD/ astrup).

Hanya dilakukan pada serangan asma berat karena terdapat hipoksemia, hiperkapnea, dan asidosis respiratorik.

2) Sputum

Adanya bahan kreola adalah karakteristik untuk serangan asma berat, karena hanya reaksi yang hebat saja menyebabkan transudasi dari edema mukosa, sehingga terlepaslah sekelompok sel-sel epitel dari perlekatannya. Pewarnaan gram penting untuk melihat adanya bakteri, cara tersebut kemudian diikuti kultur dan uji resistensi terhadap beberapa antibiotik.

3) Sel eosinofil

Sel eosinofil pada klien dengan status asmatikus dapat mencapai 1000-1500/mm³ baik asma intrinsik ataupun ekstrinsik, sedangkan hitung sel eosinofil normal antara 100-200/mm³. Perbaikan fungsi paru disertai penurunan hitung jenis sel eosinofil menunjukkan pengobatan telah tepat.

4) Pemeriksaan darah rutin dan kimia

Jumlah sel leukosit yang lebih dari 15.000/mm³ terjadi karena adanya infeksi. SGOT dan SGPT meningkat disebabkan kerusakan hati akibat hipoksia atau hiperkapnea.

e. Pemeriksaan radiologi

Hasil pemeriksaan radiologi pada klien dengan asma bronkial biasanya normal, tetapi prosedur ini harus tetap dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya proses patologi di paru atau komplikasi asma seperti pneumothoraks, pneumomediastinum, atelektasis, dan lain-lain (Muttaqin, 2008).

6. Komplikasi

Komplikasi asma menurut Sundaru, 2001 antara lain:

- a. Pneumotoraks
- b. Pneumomediastinum dan emfisema subkutis
- c. Atelektasis
- d. Aspergilosis
- e. Bronkopulmonar alergik
- f. Gagal nafas
- g. Bronkhitis

7. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis

Yang termasuk obat antiasma adalah:

- 1) Bronkodilator

- a) Agonis β 2

Obat ini mempunyai efek bronkodilatasi. Metaprotenol (alupent, metrapel) bentuknya aerosol bekerja sangat cepat, diberikan sebanyak 3 – 4 kali semprot, dan jarak antara semprotan pertama dan kedua adalah 10 menit. Terbutalin, salbutamol, dan feneterol memiliki lama kerja 4-6 jam, sedangkan agonis β 2 long acting bekerja lebih dari 12 jam, seperti salmeterol, formoterol, bambuterol, dan lain-lain. Bentuk aerosol dan inhalasi memberikan efek bronkodilatasi yang sama dengan dosis yang jauh lebih kecil yaitu sepersepuluh dosis oral dan pemberian lokal

b) Metilxantin

Teofilin termasuk golongan ini. Efek bronkodilatormya berkaitan dengan konsentrasinya di dalam serum. Efek samping obat ini dapat ditekan dengan pemantauan kadar teofilin serum dalam pengobatan jangka panjang. Metilxantin dosis dewasa diberikan 125 – 200 mg 4 x sehari. Golongan metilxantin adalah aminofilin dan teofilin. Obat ini diberikan bila golongan beta agonis tidak memberikan hasil yang memuaskan.

c) Antikolinergik

Golongan ini menurunkan tonus vagus intrinsik dari saluran nafas.

2) Antiinflamasi

Antiinflamasi menghambat inflamasi jalan napas dan mempunyai efek supresi dan profilaksis.

a) Kortikosteroid

Steroid dalam bentuk aerosol dengan dosis 4 x semprot tiap hari. Pemberian steroid dalam jangka yang lama mempunyai efek samping, maka klien yang mendapat steroid jangka lama harus diawasi dengan ketat.

b) Natrium kromolin (*sodium cromoglycate*) merupakan antiinflamasi nonsteroid. Kromolin dan Iprutropium bromide (atroven). Kromolin merupakan pencegah asma khususnya untuk anak-anak. Dosis iprutropin bromide diberikan 1 – 2 kapsul 4 x sehari.

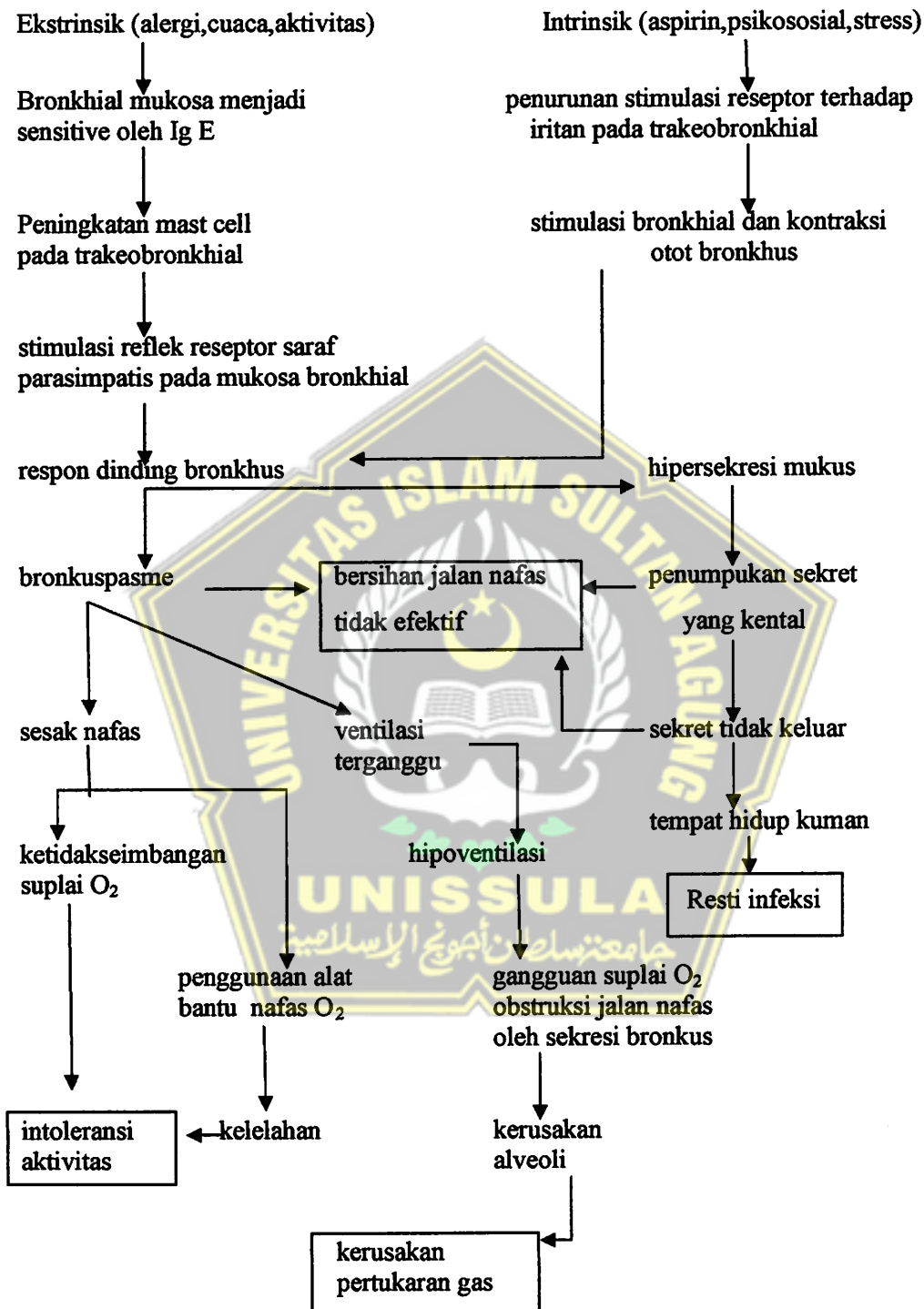
Terapi awal, yaitu:

- a) Oksigen 4-6 liter/menit
 - b) Agonis β 2 (salbutamol 5 mg atau feneterol 2,5 mg atau terbutalin 10 mg) inhalasi nebulizer dan pemberiannya dapat diulang setiap 20 menit sampai 1 jam. Pemberian agonis β 2 dapat secara subkutan atau iv dengan dosis salbutamol 0,25 mg atau terbutalin 0,25 mg dalam larutan dextrosam 5% dan diberikan perlahan.
 - c) Aminofilin bolus iv 5-6 mg/kg BB, jika sudah menggunakan obat ini dalam 12 jam sebelumnya maka cukup diberikan setengah dosis.
 - d) Kortikosteroid hidrokortison 100-200 mg iv jika tidak ada respon segera atau pasien sedang menggunakan steroid oral atau dalam serangan sangat berat (Mansjoer, 2001).
- b. Penatalaksanaan keperawatan
- 1) Penyuluhan.
Penyuluhan ini ditujukan untuk peningkatan pengetahuan klien tentang penyakit asma sehingga klien secara sadar menghindari faktor-faktor pencetus, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi pada tim kesehatan.
 - 2) Menghindari faktor pencetus
Klien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan asma yang ada pada lingkungannya, diajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pencetus, termasuk intake cairan yang cukup bagi klien.

- 3) Fisioterapi, dapat digunakan untuk mempermudah pengeluaran mukus. Ini dapat dilakukan dengan postural drainase, perkusi dan fibrasi dada (Muttaqin, 2008)



8. Pathways



(Sundaru, Heru, 2001)

B. Konsep dasar keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Anamnesis

Pengkajian mengenai identitas klien yaitu nama, umur, dan jenis kelamin perlu dilakukan pada klien dengan asma. Serangan asma pada usia dini memberikan implikasi bahwa sangat mungkin terdapat status atopik. Serangan pada usia dewasa dimungkinkan adanya faktor non-atopik. Tempat tinggal menggambarkan kondisi lingkungan tempat klien berada. Berdasarkan 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 perlu dikaji untuk mengetahui adanya pemaparan bahan alergen. Hal lain yang perlu dikaji dari identitas klien ini adalah tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor rekam medis, asuransi kesehatan, dan diagnosis medis. Keluhan utama meliputi sesak nafas, bernafas terasa berat pada dada, dan adanya keluhan sulit untuk bernafas.

b. Riwayat penyakit saat ini

Klien dengan serangan asma datang mencari pertolongan terutama dengan keluhan sesak napas yang hebat dan mendadak, kemudian diikuti dengan gejala-gejala lain seperti wheezing, penggunaan otot bantu pernapasan, kelelahan, gangguan kesadaran, sianosis, dan perubahan tekanan darah.

c. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya infeksi saluran pernapasan atas, sakit tenggorokan, amandel, sinusitis, dan polip hidung. Riwayat serangan asma, frekuensi, waktu, dan alergen-alergen yang dicurigai sebagai pencetus serangan, serta riwayat pengobatan yang dilakukan untuk meringankan gejala asma.

d. Riwayat penyakit keluarga

Pada klien dengan serangan asma perlu dikaji tentang riwayat penyakit asma atau penyakit alergi yang lain pada anggota keluarga karena hipersensitivitas pada penyakit asma ini lebih ditentukan oleh faktor genetik dan lingkungan (Hood Alsagaf, dalam Muttaqin (2008)).

e. Pengkajian psiko-sosio-kultural

Kecemasan dan koping yang tidak efektif sering didapatkan pada klien dengan asma bronkhial. Status ekonomi berdampak pada asuransi kesehatan dan perubahan mekanisme peran dalam keluarga. Gangguan emosional sering dipandang sebagai salah satu pencetus bagi serangan asma baik gangguan itu berasal dari rumah tangga, lingkungan sekitar, sampai lingkungan kerja.

f. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Gejala asma dapat membatasi manusia untuk berperilaku hidup normal sehingga klien dengan asma harus mengubah gaya hidupnya sesuai kondisi yang tidak akan menimbulkan serangan asma.

g. Pola hubungan dan peran

Gejala asma sangat membatasi klien untuk menjalani kehidupan secara normal. Klien perlu menyesuaikan kondisinya dengan hubungan dan peran klien, baik di lingkungan rumah tangga, masyarakat, ataupun lingkungan kerja serta perubahan peran yang terjadi setelah klien mengalami serangan asma.

h. Pola persepsi dan konsep diri

Perlu dikaji tentang persepsi klien terhadap penyakitnya. Persepsi yang salah dapat menghambat respon kooperatif pada diri klien. Cara memandang diri yang salah juga akan menjadi stressor dalam kehidupan klien. Semakin banyak stressor yang ada pada kehidupan klien dengan asma dapat meningkatkan kemungkinan serangan asma berulang.

i. Pola penanggulangan stres

Stres dan ketegangan emosional merupakan faktor intrinsic pencetus serangan asma. Oleh karena itu, perlu dikaji penyebab terjadinya stres. Frekuensi dan pengaruh stres terhadap kehidupan klien serta cara penanggulangan terhadap stresor.

j. Pola sensorik dan kognitif

Kelainan pada pola persepsi dan kognitif akan mempengaruhi konsep diri klien dan akhirnya mempengaruhi jumlah stresor yang dialami klien sehingga kemungkinan terjadi serangan asma berulang pun akan semakin tinggi.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Kedekatan klien pada sesuatu yang diyakininya di dunia dipercaya dapat meningkatkan kekuatan jiwa klien. Keyakinan klien terhadap Tuhan dan mendekati diri kepada-Nya merupakan metode penanggulangan stres yang konstruktif.

2. Pengkajian pola fungsional menurut Gordon

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 (Doenges, 2000).

2. Diagnosa keperawatan

- a. Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya bronkhokonstriksi, bronkhospasme, edema mukosa dan dinding bronkhus, serta sekresi mukus yang kental.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan serangan asma menetap.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen.
- d. Resti terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan utama.

3. Fokus intervensi

- a. Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya bronkhokonstriksi, bronkhospasme, edema mukosa dan dinding bronkhus, serta sekresi mukus yang kental.

Tujuan : kebersihan jalan nafas efektif

Kriteria hasil :

- 1) Dapat mendemonstrasikan batuk efektif.
- 2) Dapat menyatakan strategi untuk menurunkan kekentalan sekresi.
- 3) Tidak ada suara napas tambahan dan wheezing.
- 4) Pernapasan klien normal (16-20 x /menit) tanpa ada penggunaan obat bantu napas.

Intervensi

- 1) Kaji warna, kekentalan, dan jumlah sputum.

Rasional : Karakteristik sputum dapat menunjukkan berat ringannya obstruksi.

- 2) Atur posisi semi fowler

Rasional : meningkatkan ekspansi dada

- 3) Ajarkan cara batuk efektif

Rasional : Batuk yang terkontrol dan efektif dapat memudahkan pengeluaran sekret yang melekat di jalan nafas.

- 4) Pertahankan intake cairan sedikitnya 2500 ml/hari kecuali tidak diindikasikan.

Rasional : Hidrasi yang adekuat membantu mengencerkan sekret dan mengefektifkan pembersihan jalan nafas.

- 5) Lakukan fisioterapi dada dengan teknik postural drainase, perkusi, dan fibrasi dada.

Rasional : Fisioterapi dada merupakan strategi untuk mengeluarkan sekret.

- 6) Kolaborasi pemberian obat; nebulizer (via inhalasi)

Rasional: pemberian bronkodilator via inhalasi akan langsung menuju area bronkhus yang mengalami spasme sehingga lebih cepat berdilatasi (Muttaqin, 2008).

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan serangan asma menetap.

Kriteria Hasil:

- 1) Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan yang adekuat.

- 2) 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 analisa gas darah dan toleransi pasien.

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

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen.

Kriteria Hasil:

- 1) Menunjukkan peningkatan aktivitas secara bertahap.
- 2) 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).

- d. Resti terhadap infeksi berhubungan dengan adanya penumpukan sekret tempat hidup kuman.

Kriteria Hasil:

- 1) Menyatakan pemahaman penyebab / faktor resiko individu.
- 2) Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah/ menurunkan resiko infeksi.
- 3) 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.

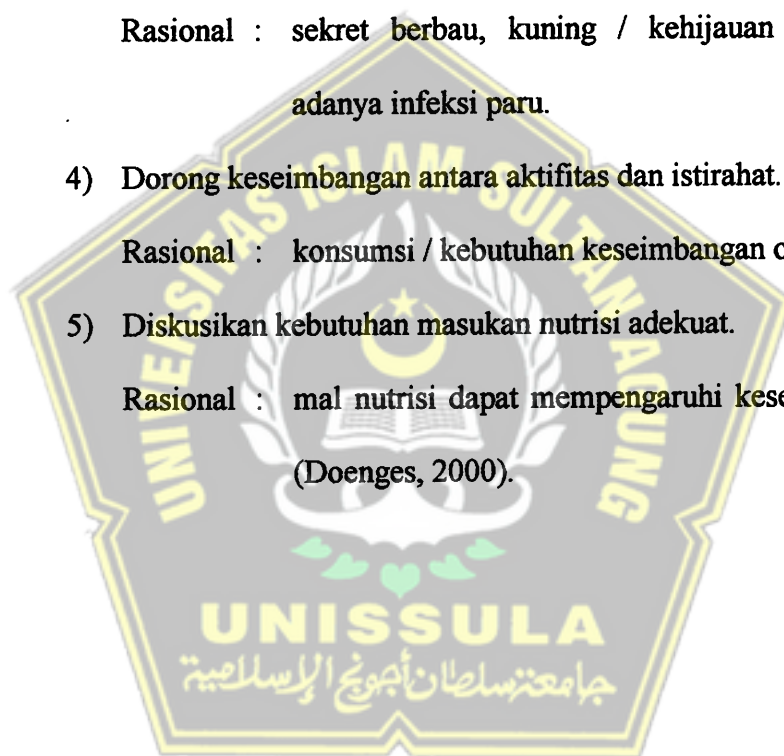
Rasional : sekret berbau, kuning / kehijauan menunjukkan adanya infeksi paru.

- 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).



BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Maret 2010 pada pukul 08.00 WIB di ruang Cempaka RSUD Sunan Kalijaga Demak.

1. Identitas klien

Klien dengan nama Tn. A umur 70 tahun jenis kelamin laki-laki alamat Klitih Karang Tengah Demak. Agama Islam pendidikan tamatan SD pekerjaan sebagai petani suku Jawa bangsa Indonesia, diagnosa medis Asma bronkhialis tanggal masuk 14 Maret 2010. No RM 62.92.36 sumber informasi klien dari keluarga. Penanggung jawab nama Tn. B umur 35 tahun jenis kelamin laki-laki alamat Klitih Karang Tengah. Agama Islam pekerjaan swasta. Hubungan dengan klien adalah anak.

2. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama klien mengatakan sesak nafas. Riwayat keperawatan sekarang pada waktu munculnya keluhan yaitu klien mengatakan keluhan muncul pada waktu sore hari 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 duduk dan istirahat.

3. Riwayat masa lampau

Klien mengatakan sebelumnya sudah pernah mengalami penyakit seperti ini satu tahun yang lalu dan hanya berobat ke puskesmas diberi obat anti asma. Klien juga mengatakan mempunyai riwayat asma sejak masa kanak-kanak umur 5 tahun. Klien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan maupun obat-obatan dan kebiasaan klien tidak merokok.

4. Riwayat keperawatan keluarga

Klien merupakan anak ke-3 dari lima bersaudara menikah dengan istrinya (anak ke-3 dari tiga bersaudara), orang tua dan mertua klien sudah meninggal. Dari pernikahannya klien mempunyai satu anak laki-laki dan dua anak perempuan. Klien mengatakan dari keluarga tidak ada penyakit asma seperti klien, dan tidak ada penyakit menurun seperti DM, hipertensi dan penyakit menular (TBC, hepatitis).

5. Riwayat sosial

Pembawaan secara umum dalam kehidupan sehari-hari klien adalah orang yang baik dan ramah terhadap keluarga, tetangga maupun orang lain. Klien tipe orang yang penyabar.

6. Riwayat lingkungan

Klien mengatakan lingkungan rumah klien bersih. Klien tinggal di rumah yang sederhana. Rumah klien berjarak tidak jauh dari sawahnya.

7. Pengkajian pola fungsional menurut Gordon

Pola persepsi kesehatan klien mengetahui jika ia mengalami penyakit asma oleh karena itu klien dan keluarga masuk ke RSUD Demak untuk mengobati klien. Klien berharap agar bisa segera sembuh dari penyakitnya.

Pola nutrisi dan metabolik klien sebelum sakit klien makan 3x sehari dengan nasi dan lauk pauk yang disediakan oleh RS. Setelah sakit klien mengatakan makan bubur dan lauk pauk yang disediakan oleh RS, klien mengatakan makan 3 x setengah porsi dan klien kadang makan tidak sampai habis satu porsi atau hanya setengah porsi. Sebelum sakit klien mengatakan minum 6-7 gelas per hari, setelah sakit klien mengatakan minum 5 gelas per hari.

Pola eliminasi sebelum sakit klien mengatakan BAB 1 kali sehari biasanya pagi hari dan BAK 3 sampai 4 kali sehari. Selama sakit klien mengatakan jarang BAB kadang 1 sampai 2 hari baru bisa BAB lagi. Saat sakit BAK 2 sampai 4 kali sehari, dibantu oleh istrinya ke kamar mandi.

Pola aktivitas dan latihan sebelum sakit klien mengatakan dapat beraktivitas seperti biasa dengan baik dan mandiri, aktivitas klien biasanya pergi ke sawah mengurus sawahnya. Selama sakit aktivitas klien terganggu karena kondisi tubuhnya yang lemas disertai sesak dan dalam beraktivitas kadang dibantu keluarganya.

Pola istirahat dan tidur sebelum sakit klien mengatakan sebelum sakit klien bisa tidur dengan nyaman yaitu 7 – 8 jam per hari, setelah sakit klien mengatakan kurang tidur karena sesak nafas biasanya klien tidur hanya 4 – 6 jam.

Pola persepsi dan kognitif, klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu seperti alat pendengaran, kacamata, penglihatan klien cukup jelas tidak ada katarak. Bahasa yang digunakan klien adalah bahasa Jawa, berbicara kurang jelas seperti terbata-bata. Klien masih mampu mengingat masa lalunya. Respon klien terhadap perawatan RS baik dan menerima. Dalam pengambilan keputusan klien dibantu oleh keluarga.

Pola persepsi dan konsep diri klien stabil, klien tipe orang yang tidak pemaarah dan sikapnya terhadap orang lain baik. Klien tidak merasa kesepian selama di RS ataupun di rumah sebelum sakit karena ada istri dan keluarganya yang selalu menemaninya.

Peran dan hubungan klien adalah kepala rumah tangga dan istri dan 3 orang anaknya, di dalam satu rumah klien tinggal 5 orang, yaitu klien, istri klien dan 3 anaknya yang masih bekerja. Klien sangat sayang terhadap keluarganya.

Koping dan toleransi stress adalah jika klien punya masalah biasanya selalu di musyawarahkan dengan keluarga. Pengambilan keputusan biasanya dibantu oleh istri dan anaknya.

Nilai kepercayaan dan spiritual, menurut klien sumber kekuatan atau kepercayaan adalah Allah SWT, kebiasaan klien adalah sholat 5 waktu di rumah dan di masjid. Klien selalu berdoa untuk kesehatannya. Klien yakin dia akan cepat sembuh.

8. Pemeriksaan fisik

Kesadaran klien composmentis, penampilan umum lemah, TTV (tanda – tanda vital) diperoleh TD (tekanan darah) 130/ 70 mmHg, S (suhu) 36.5°C, N (nadi) 90 x / mnt, RR (respiratory rate) 30 x / mnt

(irama tidak teratur). Kepala (rambut) bentuk mesocephal, tidak ada lesi, terdapat uban, kulit kepala agak kotor. Mata simetris, pupil isokor, sklera tidak ikterik, conjungtiva tidak anemis. Hidung simetris, terpasang O₂ 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. Dada (paru – paru) inspeksi simetris, palpasi ada nyeri di bagian dada, perkusi *sonor*, auskultasi Wheezing pada bronkus. Jantung inspeksi *ictus cordis* tidak tampak, palpasi *ictus cordis* teraba, perkusi pekak, auskultasi bunyi jantung I terdengar pada katup mitra dan trikuspidalis. Abdomen inspeksi datar, auskultasi peristaltik usus 10 kali permenit, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi timpani. Extremitas atas (kanan) akral dingin, tidak dapat bergerak bebas, tidak ada lesi, terpasang infus, ekstremitas atas (kiri) akral dingin, tidak ada lesi, bergerak bebas, bawah(kanan/kiri) tidak ada lesi, bergerak bebas. Genetalia tidak terpasang kateter, bersih tidak ada lesi. Anus bersih, tidak ada hemoroid.

9. Pemeriksaan penunjang

Data pemeriksaan laboratorium pada tanggal 15 Maret 2010.

Glucosa : 114,7 mg / dL, urea : 24,2 mg / dL 19.3 – 42.9, creatinin : 0,8 mg / dL, hemoglobin : 12,8 g %, leukosit : 6.500 /uL. Laju endapan darah : ½ jam 0 mm/jam, 1 jam : 11 mm/jam, 2 jam : 25 mm/jam, hematokrit : 37, trombosit : 122.000 /uL.

10. Terapi

Terapi pada tanggal 18 Maret 2010, farmakologik yang diberikan pada klien, injeksi cefotaxim 2 x 1 gr, ranitidin 2 x 1 gr, furosemid 1 x 1 gr. Terapi bronkodilator melalui nebulizer yaitu salbutamol 3 x 2 mg. Terapi O₂ lewat nasal kanul 2 liter / menit, infus RL (*ringer laktat*) 20 tetes permenit.

B. Analisa Data

Pengkajian analisa data yang dilakukan pada tanggal 17 Maret 2010 jam 08.00 WIB. Pada Tn. A umur 70 tahun di ruang Cempaka dengan nomor registrasi 62. 92. 36 ditemukan data fokus sebagai berikut:

Analisa 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, terpasang O₂ kanul 2 liter, RR (respiratory rate) 30 kali/ menit, sehingga diperoleh problem ketidakefektifan pola nafas dan etiologi bronkuspasme dan penurunan ekspansi paru selama serangan akut.

Analisa data yang kedua data subjektif klien mengatakan batuk-batuk berdahak, dan data objektif klien batuk, terdengar suara serak, RR 30 kali/ menit, sehingga diperoleh problem bersihan jalan nafas tidak efektif dan etiologi adanya peningkatan produksi sputum, bronkuspasme.

Analisa data yang ketiga data subjektif klien mengatakan tidak dapat beraktivitas selama sakit, klien merasa lemas dan sesak bertambah jika beraktivitas dan oksigen dilepas, untuk data objektif klien terlihat sering di

tempat tidur, klien tampak lemah, aktivitas klien dibantu keluarga, terpasang O₂ kanul 2 liter, sehingga diperoleh problem intoleransi aktivitas dan etiologi ketidakseimbangan suplai oksigen.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan bronkospasme, dan penurunan ekspansi paru selama serangan akut.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen.

D. Intervensi

Diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan bronkospasme, dan penurunan ekspansi paru selama serangan akut 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, pola pernafasan normal: RR 16-24 kali permenit, auskultasi tidak terdengar wheezing pada bronkus. Intervensi kaji keadaan umum dan TTV klien, kaji frekuensi pola nafas, berikan O₂ 2 liter / menit, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian O₂ dan obat.

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya hipersekresi mukus dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam maka pola nafas klien menjadi lebih efektif, dengan kriteria hasil klien subjektif klien mengatakan tidak batuk dan pola

pernafasan normal: RR 16-24 kali permenit. Intervensi kaji perubahan pola nafas, berikan posisi semi fowler, berikan O₂ dan bronkodilator melalui nebulizer 2 x per hari sesuai advis dokter, dan ajarkan batuk efektif.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan tujuan setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam maka klien mampu beraktivitas dengan baik dan tanpa bantuan orang lain dengan kriteria hasil data subjektif klien mengatakan mampu melakukan aktivitas mandiri tanpa dibantu oleh orang lain dan tidak ada perubahan tanda-tanda vital: RR 16 – 24 kali permenit. Intervensi observasi respon klien terhadap aktivitas, ajarkan dan bantu klien beraktivitas mandiri, anjurkan klien untuk istirahat yang cukup, pertahankan tambahan O₂.

E. Implementasi Keperawatan

Pada hari Rabu 17 Maret 2010 jam 10.00 WIB untuk diagnosa pertama perawat mengkaji keadaan umum klien dan memantau TTV, mengkaji pola pernafasan, mengauskultasi bunyi nafas dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan tindakan keperawatan dan klien tampak tenang dan kooperatif, TTV: Td 130/70 mmHg, nadi; 90 x permenit, suhu: 36,5 kali permenit, RR 30 kali / menit pernafasan klien dangkal. Jam 13.00 WIB perawat memberikan O₂ lewat kanul 2 liter dan mengatur posisi klien semi fowler dengan respon subjektifnya klien bersedia, dan objektifnya klien terlihat tenang dan nyaman. Pada hari kedua tanggal 18 Maret 2010 jam 09.00 WIB penulis mengkaji klien seperti hari pertama tindakan, kemudian jam 12.00 WIB penulis memberikan injeksi intra vena kepada klien yaitu

cefotaxim 1 gr, ranitidine 1 gr, dan furosemid 1 gr dengan respon klien bersedia diberi obat injeksi melalui intravena dan klien kooperatif dan tenang.

Diagnosa kedua pada hari Rabu 17 Maret 2010 jam 10.30 WIB untuk diagnosa kedua penulis mengkaji perubahan pola nafas klien, mengauskultasi bunyi nafas, pada jam 11.00 WIB penulis memberikan posisi semi fowler dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan tindakan keperawatan dan klien keadaan posisi semi fowler, terpasang O₂ nasal kanul 2 liter permenit dengan RR 30 kali / menit. Pada tanggal 18 Maret 2010 jam 13.45 WIB penulis memberikan terapi bronkodilator melalui nebulizer salbutamol, dengan respon klien mengatakan bersedia diberikan nebulizer dan RR setelah diberikan terapi adalah 24 kali / menit, pada jam 15.00 penulis 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.

Diagnosa ketiga pada hari Rabu 17 Maret 2010 jam 15.00 WIB penulis mengobservasi respon klien terhadap aktivitas, sedangkan untuk semua aktivitas klien membutuhkan bantuan keluarga maka dari itu penulis juga mengajarkan dan membantu klien beraktivitas mandiri, respon klien lemah jika beraktivitas agak berat dan klien terlihat lemah, kemudian pada

pukul 21.00 WIB penulis menganjurkan klien untuk tidur, istirahat dengan respon klien terlihat berbaring di tempat tidur sambil memejamkan mata. Pada tanggal 18 Maret 2010 jam 09.00 WIB penulis mengobservasi lagi kemampuan klien dalam beraktivitas mandiri selama dirawat, kemudian jam 10.00 WIB memantau dan pertahankan O₂ klien yaitu dengan memberi O₂ dengan kanul 2 liter permenit, dengan respon klien kooperatif dan tenang, RR: 24 x permenit.

F. Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada evaluasi diperoleh data pada hari Kamis 18 Maret pada pukul 21.00 WIB dari diagnosa pertama dengan catatan perkembangan.

- S : Klien mengatakan sesak nafas berkurang dan berangsur hilang
 O : RR : 24 kali / menit, Aus : tidak terdengar wheezing pada bronkus
 A : Masalah teratasi.
 P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

Diagnosa kedua evaluasi hari Kamis jam 21.15 WIB diperoleh catatan perkembangan

- S : Klien mengatakan lega batuknya sudah berkurang, sudah tidak serak lagi.
 O : RR : 24 kali / menit, Aus : tidak terdengar wheezing pada bronkus, dan klien batuk dapat mengeluarkan sputum .
 A : Masalah teratasi sebagian.

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

Diagnosa kedua evaluasi pada hari Kamis 18 Maret jam 14.00 WIB diperoleh catatan perkembangan

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

O : klien terlihat agak kesulitan bernafas setelah beraktivitas mandiri seperti berjalan ke kamar mandi, namun aktivitas ringan tidak mengganggu pola nafas.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi, anjurkan klien istirahat atau tidur.



BAB IV

PEMBAHASAN

Di dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada kasus Tn. A dengan Asma Bronkhial di ruang Cempaka RSUD Sunan Kalijaga Demak selama 2 hari pada tanggal 17 Maret 2010 sampai 18 Maret 2010. Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Sebelum penulis membahas untuk masing – masing diagnosa keperawatan terlebih dahulu penulis akan membahas data – data yang kurang tepat di pengkajian. Pada pengkajian keluhan utama klien, penulis menuliskan dua keluhan sesak nafas dan batuk-batuk, seharusnya penulis hanya menuliskan satu keluhan utama saja sebagai prioritas yaitu klien mengeluh sesak napas namun disini penulis mempunyai alasan yaitu memprioritaskan kedua keluhan itu menjadi keluhan utama karena saling berhubungan. Kemudian pada riwayat asma sekarang klien, penulis kurang mencantumkan apa yang menjadi faktor pencetus penyakit klien secara spesifik, seharusnya penulis lebih mengkaji tentang apa yang mencetuskan keluhan klien tersebut.

Pada pengkajian pola fungsional persepsi kesehatan / penanganan kesehatan klien mengetahui tentang penyakitnya, pada data tersebut penulis masih kurang mencantumkan lebih spesifik pada pengetahuan klien tentang penyakitnya, seharusnya penulis lebih mengkaji tentang apa saja yang sudah diketahui klien

tentang penyakitnya yang meliputi pengetahuan tentang pengertian asma, penyebab asma itu apa, cara pengobatannya seperti apa, dan cara mengatasi asma. Kemudian pada nutrisi / metabolik penulis kurang mencantumkan berapa jumlah input atau pemasukan cairan cc per hari klien minum sebelum dan saat sakit. Dan pada pola eliminasi penulis hanya mencantumkan jumlah frekuensi BAK dan BAB per hari, seharusnya penulis juga mencantumkan atau melengkapi penulisan dengan menjelaskan tentang konsistensi, warna, bau BAK dan BAB yaitu pada BAK bau khas amoniak, warna kuning jernih. Sedangkan pada BAB konsistensi lembek, warna kuning khas feses, bau khas feses.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis menemukan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul yaitu ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan bronkospasme dan penurunan ekspansi paru selama serangan akut, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen.

Pada diagnosa pertama dan ke-dua sebenarnya penulis bisa menggabungkan diagnosa tersebut menjadi satu karena dalam pelaksanaan tindakannya nanti sama-sama bertujuan mengatasi jalan napas yang terganggu, intervensi yang mengarah pada pemenuhan O_2 , penulis akan membahas tentang dua diagnosa tersebut.

Pada diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan bronkospasme dan penurunan ekspansi paru selama serangan akut penulis memperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan sesak nafas, batuk-batuk, dan

nyeri dada jika bernafas, kemudian data objektifnya klien sulit bernapas, nafas dangkal dan cepat 30 x per menit, auskultasi paru-paru terdengar wheezing. Pada intervensi diagnosa pertama bertujuan pola napas menjadi lebih efektif yaitu dengan tindakan kaji pola TTV, kaji pola pernafasan, berikan O₂ kanul 2 liter, berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat. Demikian pula dengan diagnosa kedua yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme penulis mendapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan batuk-batuk dan tidak bisa mengeluarkan dahak (sekret) dan data subjektifnya klien tampak sulit bernafas, auskultasi terdengar suara napas tambahan (wheezing) pada bronkus, RR 30 kali / menit. Pada rencana asuhan keperawatan diagnosa kedua ini bertujuan agar bersihan jalan nafas kembali efektif dan tindakannya antara lain mengkaji perubahan pola nafas, memberikan posisi semi fowler, memberikan O₂ dan bronkodilator melalui inhalasi nebulizer dan mengajarkan batuk efektif. Pada data dan penjelasan dari diagnosa tersebut penulis dapat menyimpulkan bahwa kedua diagnosa tersebut bisa digabungkan menjadi satu diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme.

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 (Carpenito, 2007). Ketidakefektifan bersihan jalan nafas juga didefinisikan

obstruksi jalan nafas secara anatomis atau psikologis pada jalan nafas yang mengganggu ventilasi normal (Taylor, 2008). 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, kedalaman pernafasan abnormal.

Penulis mengangkat diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme sebagai diagnosa 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. Peranan oksigen juga sangat penting bagi manusia yaitu membantu regenerasi sel-sel tubuh dan otak, meningkatkan kinerja otak, membantu proses pembakaran energi yang berfungsi membuang sampah dan racun dalam tubuh, memperlancar peredaran darah dalam tubuh dan otak, oleh karena itu apabila tubuh menyerap oksigen dengan kandungan yang rendah dapat menyebabkan kemungkinan tubuh mengidap penyakit kronis.

Penulis menegakkan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme, karena pada pengkajian 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.

Seharusnya penulis juga menambahkan adanya suara tambahan ronchi pada pemeriksaan auskultasi nafas karena diketahui adanya akumulasi penumpukan sekret itu ditandai pada saat pemeriksaan auskultasi bunyi nafas terdapat suara nafas tambahan ronchi yang dapat menghambat jalan nafas menjadi tidak efektif.

Menurut Carpenito (2001) antara etiologi dan problem dalam diagnosa keperawatan sudah tepat, karena pada klien asma bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme.

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, bronkospasme, penulis menetapkan rencana tindakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut yang meliputi tujuan bersihan jalan nafas kembali efektif dengan kriteria hasil klien mengatakan sesak nafas hilang dan batuk dapat mengeluarkan sputum. Pada kriteria hasil penulis belum sesuai dengan tujuan kriteria hasil SMART (spesifik, measurable, achievable, rasional, time) karena penulis kurang mencantumkan data-data objektif klien seperti vital sign, auskultasi pernapasan normal yaitu 16 – 24 x per menit. Adapun rencana tindakan yang dapat dilakukan sebagian besar sesuai dengan teori menurut Muttaqin, (2008), adalah kaji perubahan pola napas, auskultasi bunyi napas, berikan posisi semi fowler, berikan O₂ 2 liter, ajarkan batuk secara efektif, berikan terapi inhalasi melalui nebulizer 2 kali / hari jika perlu, dan kolaborasi dalam pemberian obat atau terapi.

Adapun implementasi yang dilakukan penulis antara lain pada tanggal 17 Maret 2010 pukul 10.30 mengkaji perubahan pola napas dan memberikan O₂ 2 liter dengan respon klien mengatakan bersedia dikaji pola napasnya dan diberi O₂ kanul 2 liter, klien tampak lemah RR 30 x per menit. Pada tanggal 18 Maret 2010 pukul 11.00 WIB penulis mengatur dan mempertahankan posisi klien semi fowler dengan respon klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler, dan klien terlihat nyaman, pada pukul 13.45 WIB penulis memberikan nebulizer salbutamol 1 mg dengan respon klien mengatakan lega setelah diberikan nebulizer, dan klien tampak tenang, pada implementasi ini penulis masih kurang mencantumkan posisi klien saat diberikan nebulizer dan berapa lama pemberian nebulizer tersebut. Pada pukul 15.00 WIB penulis memberikan obat melalui inhalasi/nebulizer yaitu salbutamol 1 mg untuk melancarkan sekret dan batuk, dengan respon klien mau diberikan terapi nebulizer, objektifnya klien mau mengikuti menarik nafas dan batuk efektif, klien mampu mengeluarkan sputum, pada implementasi ini penulis kurang melakukan implementasi untuk memberikan atau menganjurkan klien untuk minum air hangat yang tujuannya juga untuk memperlancar sekret.

Hasil evaluasi tanggal 18 Maret 2010 jam 21.15 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 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 sudah lega, batuk-batuk mulai berkurang, objektif RR 24 kali permenit, auskultasi tidak terdengar wheezing pada bronkus, dan klien batuk dapat mengeluarkan sekret atau sputum. Penulis telah mendelegasikan dan bekerjasama kepada perawat ruangan agar tetap memantau kondisi klien sampai kondisi klien benar-benar stabil. Selama melakukan implementasi penulis tidak menemukan hambatan karena klien dan keluarga kooperatif.

Hasil evaluasi diatas menyebutkan bahwa penulis telah melakukan implementasi sesuai dengan teori menurut Muttaqin, 2008, 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. Dan menurut Taylor, 2008 intoleransi aktivitas merupakan insufisiensi energi fisiologis atau psikologis untuk mempertahankan atau mencapai aktivitas sehari-hari yang diperlukan atau diinginkan. 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 menegakkan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen karena pada klien didapatkan data subjektif klien mengatakan untuk beraktivitas sesak bertambah itu dikarenakan ketika klien melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi alat bantu oksigen klien dilepas, klien mengatakan tubuhnya terasa lemas, data objektif klien terlihat sering di tempat tidur, aktivitas dibantu keluarga. Dalam diagnosa ini penulis kurang mencantumkan data objektif klien tentang tanda-tanda vital seperti frekuensi pernafasan dan nadi klien yang berpengaruh jika klien melakukan aktivitas dan tidak melakukan aktivitas, seharusnya penulis lebih memperhatikan dan mengkaji lebih lanjut pada TTV klien normal apa tidak saat beraktivitas, keadaan umum klien setelah beraktivitas misal klien terlihat pucat, akral dingin, untuk lebih melengkapi data dari diagnosa ini.

Menurut Carpenito (2007) antara etiologi dan problem dalam diagnosa keperawatan sudah tepat, karena pada klien asma intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, misalkan jika klien beraktivitas suplai O₂ klien kurang terpenuhi, disini penulis kurang mencantumkan dan mengkaji lebih lanjut untuk faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan suplai O₂ seperti nilai analisa gas darah, hemoglobin, leukosit klien yang tercantum pada saat pemeriksaan darah atau laborat.

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 observasi respon klien terhadap aktivitas, ajarkan dan bantu klien untuk beraktivitas mandiri tanpa bantuan, anjurkan klien untuk tidur, istirahat, ajarkan aktivitas mandiri mulai dari ringan, pertahankan tambahan O₂ saat latihan, observasi RR, sebelum dan sesudah aktivitas dengan kriteria hasil klien mengatakan dapat beraktivitas kembali secara mandiri, objektif tidak ada perubahan TTV, pada kriteria hasil ini penulis juga belum sesuai kriteria SMART masih banyak kekurangan seperti belum dicantumkan data objektif seperti TTV normal.

Pada implementasi tanggal 17 Maret 2010 pukul 15.00 WIB penulis mengobservasi respon klien terhadap aktivitas dengan respon klien mengatakan lemah jika beraktivitas dan klien terlihat tampak lemah, pada implementasi ini penulis kurang mencantumkan aktivitas klien yang seperti apa yang mampu dilakukan oleh klien. Pada pukul 16.15 WIB penulis mengajarkan dan membantu klien untuk beraktivitas mandiri dengan respon subjektif klien mengatakan ingin dibantu ke kamar mandi, klien terlihat dibantu oleh keluarga. Pada pukul 21.00 WIB penulis menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup, dengan respon klien mengatakan ingin istirahat, klien terlihat tertidur, seharusnya penulis mencantumkan saat klien istirahat posisi klien bagaimana agar pertahanan oksigen tetap adekuat. Pada tanggal

18 Maret 2010 pukul 10.00 WIB penulis membantu pertahanan oksigen klien dengan memberikan klien O₂ 2 liter dengan respon klien mau diberi O₂ kanul, RR klien 24 x per menit.

Evaluasi tanggal 18 Maret 2010 jam 21.20 WIB masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dapat teratasi sebagian, namun klien belum mampu mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis. Adapun hasil evaluasi didapatkan data subjektif klien mengatakan jika lama beraktivitas mandiri terkadang napasnya kembali sesak, sedangkan data objektifnya klien terlihat sulit bernapas setelah beraktivitas, terjadi perubahan frekuensi pernapasan ketika aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi (mandi, BAK, dll), namun untuk aktivitas ringan seperti makan, minum, berbicara, tidak ada perubahan RR yaitu 24 x per menit. Seharusnya penulis juga mencantumkan dan melengkapi data TTV dan keadaan klien saat klien selesai melakukan aktivitas. Analisa masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi. Penulis telah mendelegasikan dan bekerjasama dengan atau 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. Selama melakukan tindakan dan

evaluasi penulis mendapat kesulitan dalam berkomunikasi dengan klien karena penulis kurang memahami dan tidak mampu berkomunikasi bahasa jawa dengan baik, namun penulis dibantu oleh keluarga klien untuk berkomunikasi dengan klien, kemudahannya keluarga klien yang kooperatif dan klien yang juga cukup kooperatif.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

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.

1. Asma adalah penyakit paru yang didalamnya terdapat obstruksi jalan nafas, inflamasi jalan nafas, dan jalan nafas yang hiperresponsif atau spasme otot polos bronkhial. Asma juga diartikan sebagai gangguan pada saluran bronkhial dengan ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme pada saluran nafas).
2. Asuhan keperawatan asma secara teori meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan fokus intervensi pada klien asma adalah untuk membebaskan gangguan jalan nafas agar kebersihan jalan nafas kembali efektif dan tidak ada suara nafas tambahan (wheezing, ronkhi) sehingga klien mampu beraktivitas dengan baik.
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan asma bronkhial, rencana tindakan berfokus pada mengatasi ketidakefektifan pola nafas, keseimbangan suplai oksigen yang mengakibatkan aktivitas terhambat, dan mencegah terjadinya asma berulang. Tindakan

keperawatan pada Tn. A diantaranya memberikan O₂ 2 liter, terapi inhalasi nebulizer, memposisikan klien semi fowler dan mengajarkan klien teknik batuk efektif. Evaluasi yang dapat penulis peroleh pada Tn. A adalah masalah belum teratasi dan ada sebagian yang sudah teratasi, maka dari itu penulis melanjutkan intervensi dengan melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan.

B. Saran

Dengan memperhatikan kesimpulan diatas, maka disarankan hal-hal sebagai berikut:

1. Bagi institusi pendidikan

Sebagai tambahan referensi untuk program pendidikan sehingga dapat dipelajari oleh mahasiswa serta sebagai dokumentasi dan tambahan pengetahuan bagi mahasiswa dan dosen.

2. Bagi lahan praktik

Sebagai tambahan informasi sehingga lahan praktik mendapatkan tambahan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada klien dengan asma bronkhial baik di rumah sakit, puskesmas, maupun lahan praktik lainnya.

3. Bagi masyarakat

Mengetahui gambaran penyakit asma bronkhial sehingga dapat melakukan berbagai upaya untuk mencegah terjadinya asma bronkhial.

DAFTAR PUSTAKA

- Betz, C. (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, P. (2006). *At a Glance MEDICINE*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Dongoes, M. E,.. [et all], (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Alih Bahasa, I Made Karista, N Made Sumarwati. Ed.3. Jakarta: EGC.
- Kurt, J. I. (2000), *Harrison Prinsip – Prinsip Ilmu Penyakit Dalam (Harrison's Principles of Internal Medicine)*. Alih bahasa : Prof. Dr. Ahmad. H. Asdie. Volume 3. Jakarta : EGC.
- Mansjoer, A. dkk, (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*, Jilid Pertama Edisi Ketiga. Jakarta : Penerbit Media Aesculapius, FKUI.
- Muttaqin, A, (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Reeves C. J, dkk, (2001), *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika
- Smeltzer, S. 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.
- Sundaru, Setyono, dkk, (2001). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II Edisi ketiga. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Taylor, M. C, dkk, (2008), *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan (Nursing Diagnosis Cards)*, alih bahasa : Ns. Eny Meiliya, S.Kep. Edisi 10. Jakarta : EGC.
- Ward, P. T. J, dkk, (2008). *At a Glance : Sistem Respirasi*. Alih bahasa : dr. Huriawati Hartanto, Jakarta: PT. Penerbit Erlangga.
- Yunus, Faisal, dkk, (2009). *Bunga Rampai Penyakit Paru Kerja Dan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit FKUI.
- Anonim (2007). Kesehatan asma di Indonesia. <http://www.jurnalnet.com>.
Diunduh pada tanggal 12 Mei 2011