

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M. H DENGAN MASALAH
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR OKSIGENASI DI RUANG
MAWARRUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



OLEH

**FRANSISKA SOI SERAN LO'O
PO. 5303201181186**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III
KEPERAWATAN JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fransiska Soi Seran Lo'o

NIM : PO.5303201181186

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 20 Juli 2019

Pembuat pernyataan



Fransiska Soi Seran Lo'o
NIM : PO.5303201181186

Mengetahui

Pembimbing



Yulianti K. Banhae, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP 197607312002122003

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Fransiska Soi Seran Lo'o NIM : PO.5303201181186 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M.H DENGAN MASALAH PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR OKSIGENASI DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG" telah diperiksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun oleh :



Fransiska Soi Seran Lo'o
NIM : PO.5303201181186

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Penguji Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 25 Juli 2019.

Pembimbing



Yulianti K. Banhae, S.Kep. Ns. M.Kes
NIP. 197607312002122003

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M. H DENGAN MASALAH
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR OKSIGENASI DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT BHAYANGAKARA KUPANG “

Disusun oleh :

Fransiska Soi Seran Lo'o
NIM : PO.53030201181186

Telah diuji pada tanggal, 26 Juli 2019

Dewan penguji

Penguji I

Aben B.Y.H. Romana, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.196711181989032001

Penguji II

Yulianti K. Banhae, S.Kep., Ns. M.Kes
NIP. 197607312002122003

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

Dr. Florentianus Tat, SKp, M. Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D III keperawatan

Margaretha Teli S. Kep, Ns MSc
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama : Fransiska Soi Seran Lo'o
Tempat, Tanggal Lahir : Pelita- Bolan, 01 Desember 1979
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Fahiluka Kabupaten Malaka
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDK Bolan pada tahun 1993
2. Tamat SMPK Bolan pada tahun 1996
3. Tamat SMA Swasta Sinar Pancasila Betun 2000
4. Tamat D1 Dikperbid Jayanegara Lawang 2008
5. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Motto:

“Jangan pernah menyiap-nyiakan kesempatan dan pengalaman sekecil apa pun karena pengalaman adalah guru yang terbaik”

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala berkat dan rahmat-Nya sehingga setelah melalui proses yang sedemikian panjang, akhirnya saya dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada NY. M.H Dengan Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.”

Saya menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan berhasil tanpa bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itu pada kesempatan ini saya mengucapkan terimah kasih kepada :

1. Yulianti Kristiani Banhae, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing sekaligus penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan sangat bermanfaat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
2. Aben B.H.Y. Romana S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dalam memperbaiki Karya Tulis Ilmiah.
3. Maria E.G Lele, A.md.kep selaku Kepala Ruangan Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang yang telah memberikan bimbingan serta arahan dalam praktik keperawatan secara nyata di rumah sakit.
4. Ragu Harming Kristina, SKM. M.Kes sebagai Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang.
5. Dr.Florentianus Tat, S.Kep. M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan untuk menimba ilmu di Kampus Keperawatan Poltekkes Kupang.
6. Semua dosen Program studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang dengan sabar telah membimbing dan memberikan ilmu keperawatan yang sangat bermanfaat.
7. Terima kasih buat suamiku tercinta “Appy”, anak-anakku tersayang “Chel, El, Queen” dan keluarga besarku bapa,Mama,Mami yang telah pergi `tuk selamanya,Karolin sekeluarga,Egidius sekeluarga,Silvester sekeluarga n Yohanes sekeluarga yang selalu mendukung saya dalam menjalankan studi.

8. Teman-teman mahasiswa RPL Program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang, dan semua pihak yang tidak sempat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan

Semoga laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu dalam bidang keperawatan.

Kupang, 20 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Jurusan Keperawatan

Studi kasus, Juli 2019

Nama : FRANSISKA SOI SERAN LO'O

Nim : PO. 5303201181186

Chronic obstructive pulmonary disease adalah suatu kondisi ireversibel yang berkaitan dengan dispnea saat aktivitas dan penurunan aliran masuk keluar udara paru-paru. Klasifikasi luas dari gangguan, yang mencakup bronkritis kronis, bronkietasis, emfisema, dan asma. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.M.H dengan masalah pemenuhan kebutuhan dasar oksigenasi. Metode yang digunakan adalah studi kasus. Waktu pengambilan kasus dilakukan pada 15 Juli sampai 18 Juli 2019 bertempat di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang. Hasil studi kasus pada Ny M.H dengan pengkajian keluhan utama adalah Ny. M.H mengeluh sesak napas, dan batuk berdahak. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada Ny M.H yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas dan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi sekret pada jalan napas sudah teratasi. Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Evaluasi keperawatan pada Ny M.H ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas sudah teratasi dan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi sekret pada jalan napas sudah teratasi. Saran kepada keluarga agar tetap konsisten dalam menjaga pola kesehatan pada Ny M.H agar semua aktivitas dibantu agar tidak cepat lelah dan lebih banyak beristirahat.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan , Masalah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Oksigenasi

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Pernyataan Keaslian Tulisan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Biodata Penulis	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Lampiran.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Penyakit Oksigenasi.....	4
2.2 Konsep Dasar Asuhan keperawatan Oksigenasi	8
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	13
3.2 Pembahasan	21
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	24
4.2 Saran	25
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Chronic Obstruktive Pulmonary Disease adalah suatu kondisi ireversibel yang berkaitan dengan dispnea saat aktivitas dan penurunan aliran masuk keluar udara paru-paru.

Klasifikasi luas dari gangguan, yang mencakup bronkritis kronis, bronkietasis, emfisema, dan asma (Smelzer dan Bare, 2011).

Chronic obstruktive pulmonary lebih dari 10 % populasi dewasa di Amerika Serikat dan merupakan penyebab kematian keempat tersering di negara tersebut. Chronic obstruktive pulmonary didefinisikan berdasarkan uji fungsi paru dan dikatakan ada jika terdapat bukti objektif dan hambatan aliran darah udara yang menetap dan ireversibel (Robbins, 2013).

Menurut Riset kesehatan dasar 2007, angka kematian akibat Chronic Obstruktive Pulmonary Disease menduduki peringkat ke-6 dari 10 penyebab kematian di Indonesia. (Kemenkes RI, 2008).

Data Riskesdas tahun 2018 prevalensi penyakit paru terdapat 2,3% pasien dengan penyakit paru dengan rata-rata terjadi pada usia 65-75 tahun. Dan menurut Riskesdas 2018 juga untuk wilayah NTT terdapat 1,1% pasien penyakit paru (Riskesdas, 2018).

Dari pengamatan penulis selama melakukan praktik di Rumah Sakit Bhayangkara Kupang, penulis mendapatkan pasien dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease dari Januari sampai Juni 2019 terdapat 3 orang, dengan total pasien 568 orang (Register Ruang Mawar Rumah Bhayangkara Kupang, 2019).

Dampak yang terjadi jika pasien dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease tidak dilakukan penanganan menurut Somantri, Irwan, 2009 yaitu : Hipoksemia, Asidosis Respiratori, Infeksi Respirator, Gagal Jantung, Kardiak Disritmia, Status Asmatikus.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah pasien dengan oksigenasi menurut Morton P. G. Fontaine, Hudak, & Gallo, (2011), berkisar dari latihan olahraga, konseling nutrisi, penyuluhan, terapi obat, penggunaan oksigen.

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Studi Kasus dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Ny M.H dengan Masalah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Oksigenasi di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

1.2 TUJUAN PENELITIAN

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah sebagai berikut :

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny M.H dengan dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease di ruang MawarRumah Sakit Bhayangkara Kupang

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Ny M.H dengan dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease di ruang MawarRumah Sakit Bhayangkara Kupang.
2. Mampu menetapkan perumusan diagnosa keperawatan Ny M.H dengan dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease di ruang MawarRumah Sakit Bhayangkara Kupang.
3. Mampu menyusun rencana keperawatan pada Ny M.H dengan dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease di ruang MawarRumah Sakit Bhayangkara Kupang.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny M.H dengan dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease di ruang MawarRumah Sakit Bhayangkara Kupang
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny M.H dengan dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease di ruang MawarRumah Sakit Bhayangkara Kupang

1.3. MANFAAT PENULISAN

1.3.1. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan, wawasan, dan pengalaman, dalam menerapkan asuhan keperawatan pada Ny M.H dengan Masalah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Oksigenasi di ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang

Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang keperawatan medikal bedah.

1.3.2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi institusi rumah sakit agar memberikan motivasi perawat dalam melakukan hasil studi kasus ini dapat digunakan perawatan yaitu dengan tindakan perawatan pada pasien yang mengalami kondisi pemenuhan kebutuhan dasar oksigenasi dengan tujuan untuk mempertahankan keselamatan pasien dan peningkatan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease di ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang

BAB 2

KONSEP DASAR

2.1 Konsep Kebutuhan Dasar Oksigenasi

Oksigenasi adalah peristiwa menghirup udara dari luar yang mengandung oksigen (O_2) ke dalam tubuh serta menghembuskan karbondioksida (CO_2) sebagai hasil sisa oksidasi.

2.1.1 Pengertian

Oksigenasi adalah kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ atau sel. (Alimul, 2012). Kebutuhan oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ atau sel. Dalam keadaan biasa manusia membutuhkan sekitar 300 cc oksigen setiap hari (24 jam) atau sekitar 0,5 cc tiap menit. Respirasi berperan dalam mempertahankan kelangsungan metabolisme sel. Sehingga diperlukan fungsi respirasi yang adekuat. Respirasi juga berarti gabungan aktivitas mekanisme yang berperan dalam proses suplai O_2 ke seluruh tubuh dan pembuangan CO_2 (hasil pembakaran sel), (Alimul, 2012). Oksigenasi adalah pemenuhan akan kebutuhan oksigen (O_2). Kebutuhan fisiologis oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, untuk mempertahankan hidupnya, dan untuk aktivitas berbagai organ atau sel. Apabila lebih dari 4 menit orang tidak mendapatkan oksigen maka akan berakibat pada kerusakan otak yang tidak dapat diperbaiki dan biasanya pasien akan meninggal (Asmadi, 2008). Oksigenasi adalah proses perubahan oksigen ke dalam sistem (kimia atau fisika). Oksigen merupakan gas tidak berwarna dan tidak berbau yang sangat dibutuhkan dalam proses metabolisme sel. Sebagai hasilnya, terbentuklah karbon dioksida, energi, dan air. Akan tetapi penambahan CO_2 yang melebihi batas normal pada tubuh akan memberikan dampak yang cukup bermakna terhadap aktivitas sel. (Mubarak, 2007) Oksigenasi adalah peristiwa menghirup udara dari

luar yang mengandung oksigen (O₂) keadaan tubuh serta menghembuskan karbon dioksida (CO₂) sebagai hasil sisa oksidasi. (Wartonah, 2006). Oksigenasi adalah pemberian oksigen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dari yang ditemukan dalam atmosfer lingkungan. Tujuan dari terapi oksigen adalah untuk memberikan transport oksigen yang adekuat dalam darah sambil menurunkan upaya bernapas dan mengurangi stress miokardium. (Smeltzer, 2002) Kebutuhan oksigenasi adalah kebutuhan dasar manusia dalam pemenuhan oksigen yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ atau sel. (Perry, P.A dan Potter A.G, 2005) Pernafasan adalah peristiwa penghirupan udara luar yang mengandung O₂ dan pengeluaran udara yang mengandung CO₂ sebagai sisa oksidasi yang keluar dari tubuh. (Pearce, 2002)

2.1.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi oksigenasi

Dalam (Wartonah, 2006) disebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan oksigenasi antara lain faktor fisiologi, perkembangan, perilaku, dan lingkungan.

1. Faktor Fisiologi : A) Menurunnya kapasitas pengikatan O₂ seperti pada anemia. B) Menurunnya konsentrasi O₂ yang di inspirasi seperti pada obstruksi saluran nafas bagian atas. C) Hipovolemia sehingga tekanan darah menurun mengakibatkan transport O₂ terganggu. B)Meningkatnya metabolisme seperti adanya infeksi, demam, ibu hamil, luka, danlain-lain. D) Kondisi yang mempengaruhi pergerakan dinding dada seperti pada kehamilan,obesitas, penyakit kronik TB paru.
2. Faktor Perkembangan : A) Bayi prematur : yang disebabkan kurangnya pembentukan surfaktan. C) Bayi dan toddler : adanya risiko saluran pernafasan akut. D) Anak usia sekolah dan remaja, risiko infeksi saluran pernafasan dan merokok. E) Dewasa muda dan pertengahan : Diet yang tidak sehat, kurang aktivitas, stress yang mengakibatkan penyakit jantung dan paru-paru. F) Dewasa tua : Adanya proses

penuaan yang mengakibatkan kemungkinan teriosklerosis, elastisitas menurun, ekspansi paru menurun.

3. Faktor Perilaku: A) Nutrisi: Misalnya pada obesitas mengakibatkan penurunan ekspansi paru, gizi yang buruk menjadi anemia sehingga daya ikat oksigen berkurang, diet yang tinggi lemak menimbulkan arteriosklerosis. B) Exercise: exercise akan meningkatkan kebutuhan oksigen. C) Merokok: Nikotin menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan koroner. D) Alkohol dan obat-obatan : Menyebabkan intake nutrisi/ Fe menurun mengakibatkan penurunan hemoglobin, alkohol menyebabkan depresi pusat pernafasan. E) Kecemasan : menyebabkan metabolisme meningkat.
4. Faktor Lingkungan : tempat kerja (polusi), suhu lingkungan, ketinggian tempat dari permukaan laut

2.1.3. Proses terjadinya oksigenasi

Proses Oksigenasi terdiri dari 3 tahap, yaitu :

1. Ventilasi

Ventilasi merupakan masuk dan keluarnya udara atmosfer dari alveolus ke paru-paru atau sebaliknya, jumlahnya sekitar 500 ml. Udara yang masuk dan keluar terjadi karena adanya perbedaan tekanan antara intrapleura dengan tekanan atmosfer, dimana pada saat inspirasi tekanan intrapleural lebih negative (752 mmHg) daripada tekanan atmosfer (760 mmHg) sehingga udara akan masuk ke alveolus.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ventilasi : kebersihan jalan nafas (adanya hambatan atau obstruksi jalan nafas akan menghalangi masuk keluarnya udara dari dalam paru-paru), adekuatnya system saraf pusat dan pernafasan, adekuatnya pengembangan dan pengempisan paru, kemudian otot-otot pernafasan seperti diafragma, eksternal interkosta, internal interkosta, otot abdominal. (Wartanah, 2006)

2. Difusi

Difusi yaitu pertukaran gas-gas (oksigen dan karbondioksida) antara alveolus dan kapiler paru-paru. Proses keluar masuknya udara yaitu dari darah yang bertekanan/konsentrasi lebih besar ke darah dengan tekanan/konsentrasi yang lebih rendah. Karena dinding alveoli sangat tipis dan dikelilingi oleh jaringan pembuluh darah kapiler yang sangat rapat, membran ini kadang disebut membran respirasi. Perbedaan tekanan pada gas-gas yang terdapat pada masing-masing sisi membran respirasi sangat mempengaruhi proses difusi. Secara normal gradien tekanan oksigen antara alveoli dan darah yang memasuki kapiler pulmonal sekitar 40 mmHg.

Faktor-faktor yang mempengaruhi difusi :Luas permukaan membran, tebal membran respirasi, komposisi membran, Koefisien difusi O₂ dan CO₂, Perbedaan tekanan O₂ dan CO₂. (Muttaqin, 2010)

3. Transport

Transport yaitu pengangkutan oksigen melalui darah ke sel-sel jaringan tubuh dan sebaliknya karbondioksida dari jaringan tubuh ke kapiler. Oksigen perlu ditransportasikan dari paru-paru ke jaringan dan karbondioksida harus ditransportasikan dari jaringan kembali ke paru-paru. Secara normal 97 % oksigen akan berikatan dengan hemoglobin di dalam sel darah merah dan dibawa ke jaringan sebagai oksihemoglobin. Sisanya 3 % ditransportasikan ke dalam cairan plasma dan sel. Faktor-faktor yang mempengaruhi laju transportasi : curah jantung (cardiac Output / CO), Jumlah sel darah merah, hematokrit darah, latihan (exercise)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Riwayat keperawatan untuk status oksigenasi meliputi pengkajian tentang masalah pernapasan dulu dan sekarang; gaya hidup; adanya batuk; sputum; nyeri; medikasi; dan adanya faktor resiko untuk gangguan status oksigenasi. 1) Masalah pada pernapasan (dulu dan sekarang) 2) Riwayat penyakit atau masalah pernapasan : a. Nyeri b. Paparan lingkungan atau geografi c. Batuk d. Bunyi nafas mengi e. Faktor resiko penyakit paru (misalnya perokok aktif atau pasif) f. Frekuensi infeksi pernapasan g. Masalah penyakit paru masa lalu h. Penggunaan obat 3) Adanya batuk dan penanganan 4) Kebiasaan merokok 5) Masalah pada fungsi sistem kardiovaskuler (kelemahan, dispnea), (Universitas Sumatera Utara).

6) Faktor resiko yang memperberat masalah oksigenasi a. Riwayat hipertensi b. Merokok c. Usia paruh baya atau lanjut usia d. Obesitas e. Diet tinggi lemak f. Peningkatan kolesterol 7) Riwayat penggunaan medikasi 8) Stressor yang dialami 9) Status atau kondisi kesehatan (Iqbal, 2005).

Pola batuk dan produksi sputum. Menilai apakah batuk termasuk batuk kering, keras dan kuat dengan suara mendesing, berat, dan berubah-ubah seperti kondisi pasien yang mengalami penyakit kanker juga dilakukan pengkajian apakah pasien mengalami sakit pada bagian tenggorokan saat batuk kronis dan produktif serta saat dimana pasien sedang makan, merokok, atau pada saat malam hari. Pengkajian terhadap lingkungan tempat tinggal pasien (apakah berdebu, penuh asap, dan adanya kecenderungan mengakibatkan alergi). Pengkajian sputum dilakukan dengan cara memeriksa warna, kejernihan, dan apakah bercampur dengan darah (Alimul, 2006).

Sakit Dada Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagian yang sakit, luas, intensitas, Faktor yang menyebabkan rasa sakit, perubahan nyeri dada apabila pasien berubah posisi, serta ada atau tidaknya hubungan antara waktu inspirasi dan ekspirasi dengan rasa sakit (Alimul, 2006).

Pengkajian Fisik a. Inspeksi Mengamati tingkat kesadaran klien, penampilan umum, postur tubuh, kondisi kulit dan membrane mukosa, dada, pola napas, (frekuensi, kedalaman pernapasan, durasi inspirasi dan ekspirasi), ekspansi dada secara umum, adanya sianosis, deformitas dan jaringan parut pada dada.(Universitas Sumatera Utara)

b. Palpasi Dilakukan dengan meletakkan tumit tangan pemeriksa mendatar diatas dada pasien. Saat palpasi perawat menilai adanya fremitus taktil pada dada dan punggung pasien dengan memintanya menyebutkan “tujuh-tujuh” secara berulang. Perawat akan merasakan adanya getaran pada telapak tangan nya. Normalnya fremitus taktil akan terasa pada individu yang sehat dan akan meningkat pada kondisi konsolidasi. Selain itu, palpasi juga dilakukan untuk mengkaji temperature kulit, pengembangan dada, adanya nyeri tekan, titik impuls maksimum abnormalitas massa dan kelenjar sirkulasi perifer, denyut nadi, serta pengisian kapiler. c. Perkusi Dilakukan untuk menentukan ukuran dan bentuk organ dalam serta untuk mengkaji adanya abnormalitas, cairan, atau udara didalam paru,. Perkusi sendiri dilakukan dengan jari tengah (tangan non-dominan) pemeriksa mendatar diatas dada pasien. Kemudian jari tersebut diketuk-ketuk dengan menggunakan ujung jari tengah atau jari telunjuk tangan sebelahnya. Normalnya dada menghasilkan bunyi resonan atau gaung perkusi. Pada penyakit tertentu adanya udara pada dada atau paru menimbulkan bunyi hipersonan atau bunyi drum. Sedangkan bunyi pekak atau kempis terdengar apabila perkusi dilakukan di atas area yang mengalami atelektasis. d. Auskultasi Auskultasi dilakukan langsung dengan menggunakan stetoskop. Bunyi yang terdengar digambarkan berdasarkan nada, intensitas durasi, atau kualitasnya. Untuk mendapatkan hasil yang lebih valid atau akurat, auskultasi sebaiknya dilakukan lebih dari satu kali. Pada pemeriksaan fisik paru, auskultasi dilakukan untuk mendengar bunyi napas vasikuler, bronchial, bronkovasikular, ronkhi, juga untuk mengetahui adanya perubahan bunyi napas serta lokasi dan waktu terjadinya (Iqbal, 2005).

Pemeriksaan Diagnostik 1. Penilaian ventilasi dan oksigenasi : uji fungsi paru, pemeriksaan gas darah arteri, oksimetri, pemeriksaan darah lengkap. 2. Tes struktur pernapasan : sinar-x dada, bronkoskopi, scan paru.(Universitas Sumatera Utara)

4. Deteksi abnormalitas sel dan infeksi saluran pernapasan : kultur kerongkongan, sputum, uji kulit, torakentesis (Iqbal, 2005).

2.2.2 Diagnosa yang mungkin muncul

Menurut Asmadi.(2008), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien gangguan pemenuhan oksigenasi dengan *Chronic Obstruktive Pulmonary Disease* adalah : ketidakefektifan jalan nafas, ketidakefektifan pola nafas, gangguan pertukaran gas, gangguan perfusi jaringan.

2.2.3 Rencana Keperawatan

Menurut Asmadi.(2008), Intervensi keperawatan Chronic Obstructive Pulmonary Disease berdasarkan diagnosa yang ditegakkan yaitu sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan.Goal : pasien akan meningkatkan jalan napas yang efektif selama masa perawatan.Intervensi : 1).sediakan alat suction dalam kondisi baik.Rasional : peralatan dalam keadaan siap.2). Monitor jumlah bunyi napas.Rasional: indikasi dasar kepatenan /gangguan saluran pernapasan.3) pertahankan intake cairan 3.000 ml/hari.Rasional : membantu mengencerkan sekret.4).Terapi inhalasi dan latihan pernapasan dalam dan batuk efektif.Rasional :mengeluarkan sekret.5). Bantu hygiene oral setiap 4 jam.Rasional :memberi rasa nyaman.5). Mobilisasi pasien setiap 2 jam.Rasional :mempertahankan sirkulasi.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru.Goal : pasien akan meningkatkan pola napas yang efektif selama masa perawatan.Intervensi : 1). Berikan oksigen sesuai program.Rasional : mempertahankan oksigen arteri. 2). Monitor

jumlah pernapasan,otot bantu pernapasan,batuk,bunyi paru,tanda vital,warna kulit.Rasional : mengetahui status pernapasan.3). Laksanakan program pengobatan.Rasional : meningkatkan pernapasan.4) Atur posisi pasien (semi fowler).Rasional : meningkatkan pengembangan paru.5) Bantu dalam terapi inhalasi.Rasional : membantu pengeluaran sekret. 6). Alat-alat emergensi di siapkan dalam kondisi baik.Rasional : kemungkinan terjadi kesulitan bernapas yang akut.

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan obstruksi saluran pernapasan.Goal : pasien akan meningkatkan perubahan pertukaran gas selama masa perawatan.Intervensi : 1). Kaji frekuensi kedalaman pernapasan.Rasional : melihat kemajuan dari hasil yang dilakukan.2). tinggikan kepala tempat tidur,bantu pasien untuk memilih posisi yang mudah untuk bernapas.Rasional : pengiriman oksigenoksigen dapat diperbaiki dengan posisi duduk tinggi.3). Kaji/awasi secara rutin kulit dan warna membran mukosa.Rasional : sianosis mungkin perifer (terlihat pada kuku)atau sentral (terlihat di sekitar bibir atai daun telinga) 4). Auskultasi bunyi napas,catat area penurunan aliran udara/bunyi napas tambahan.Rasional : bunyi napas mungkin redup karena aliran udara atau area konsolidasi adanya mengi mengindikasikan sekret..5). Awasi tingkat kesadaran/status mental.Rasional : tachycardia disritmia,dan perubahan tekanan darah dapat menunjukkan efek hipoksemia sistemikpada fungsi jantung.6)Kaji tanda vital dan irama jantung.Rasional : dapat memperbaiki/mencegah memburuknya hypoksia.

4. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan hipovolemia.Goal : pasien akan meningkatkan insufisiensi jantung selama masa perawatan.Intervensi : 1). monitor denyut jantung dan irama.Rasional : mengetahui kelainan jantung.2). monitor tanda vital bunyi jantung,CVP,edema,tingkat kesadaran.Rasional : data dasar untuk mengetahui perkembangan pasien.3). kolaborasi dengan dokter dalam pemeriksaan AGD,elektrolit,darah lengkap.Rasional : mengetahui KU

pasien.4). berikan oksigen sesuai kebutuhan.Rasional : meningkatkan perfusi.5). Ukur intake dan output cairan.Rasional : untuk mengetahui kelebihan atau kekurangan.6) lakukan perawatan kulit.Rasional : menghindari gangguan integritas kulit

2.2.4 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk menilai masalah keperawatan tersebut tidak teratasi,teratasi sebagian atau teratasi sepenuhnya.Untuk tujuan itu,evaluasi dapat dilakukan dengan metode SOAP.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Gambaran Tempat Studi Kasus

Rumah sakit Bhayangkara Kupang adalah rumah sakit negeri kelas C yang menjadi badan layanan umum. Salah satu ruangan inap Rumah sakit Bhayangkara Kupang adalah Ruang Mawar yang di jadikan sebagai lokasi penelitian studi kasus tentang gangguan pemenuhan kebutuhan dasar oksigenasi dengan diagnosa Chronic Obstructive Pulmonary Disease Ruang Mawar mempunyai 12 ruangan, 1 ruangan perawat, 10 ruangan pasien. Dengan kapasitas setiap ruangan terdiri dari 2 sampai 4 tempat tidur.

3.1.2. Karakteristik Pasien

Nama pasien adalah Ny M.H di rawat di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang. Umur pasien 67 tahun jenis kelamin perempuan, suku Flores, beragama Kristen Katolik, pendidikan terakhir SD, dan bertempat tinggal di Naikoten 1.

3.1.3 Hasil Pengumpulan Data

3.1.3.1 Pengkajian

Pengkajian pada Ny M.H dilakukan pada 15 Juli 2019 jam 10.00. Proses pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, pemeriksaan fisik, dan data pendukung seperti laboratorium.

Data tentang sehat sakit Ny.M.H dikategorikan menjadi data subjektif dan objektif . Keluhan utama Ny.M.H mengeluh sesak nafas, dan batuk berdahak. Riwayat kesehatan saat ini : Ny.M.H mengatakan batuk pada tanggal 12 Juli 2019 dan batuk sudah satu minggu, batuk berdahak tapi tidak bisa mengeluarkan dahak. Pada 13 Juli diantar ke Rumah sakit Bhayangkara dan tiba di Ruang mawar pada jam 13.00

Riwayat kesehatan masa lalu : keluarga mengatakan bahwa Ny M.H memiliki riwayat sakit masa lalu, yaitu sakit Asma sejak tahun 1977

sampai sekarang, dan sering masuk rumah sakit. Selain itu pasien mengatakan tidak menderita penyakit menular.

Keluarga pasien mengatakan upaya yang dilakukan mengatasi masalah tersebut adalah langsung dibawah ke rumah sakit.

Pemeriksaan fisik : KU sedang, tanda-tanda vital, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 72 x/menit, pernapasan 28 x/menit, 36, 2°C, saturasi oksigen 88 %. Tidak sakit kepala dan pusing. Bentuk, ukuran, dan posisi kepala normal, tidak ada lesi dan masa pada kepala. Wajah simetris, penglihatan normal, konjungtiva merah mudah, sklera warna putih, tidak menggunakan kacamata. Tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri dan peradangan pada telinga, pada hidung tidak ada alergi rhinitus, riwayat polip tidak ada, sinusitis dan epistaksis tidak ada. Pada tenggorokan dan mulut keadaan gigi bersih, tidak ada caries gigi, tidak memakai gigi palsu, tidak ada gangguan menelan, dan bicara..

Tidak ada perdarahan dan tanda-tanda peradangan, keadaan gusi normal, warna kulit, tidak ada luka. Pada rektal tidak ada luka, tidak ada perdarahan, hemoroid, dan lecet, dan bengkak. Auskultasi, bising usus 15 x/menit, tidak ada nyeri dan masa.

Pada sistem kardiovaskuler pasien mengatakan tidak nyeri dada, kesadaran composmentis, dengan hasil GCS E : 4 V : 5 M : 6. Bentuk dada normal, kuku dan bibir tidak sianosis. Capillary reffil time normal, kembali dalam waktu 3 detik. Tangan, kaki, dan sendi tidak edema. Vena jugularis teraba, tidak ada pembesaran jantung, dan tidak ada murmur.

Pada sistem respirasi jejas tidak ada, bentuk dada normal, jenis pernapasan dispnea, ada pernapasan cuping hidung, irama pernapasan tidak teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan, adanya penggunaan alat bantu pernapasan yaitu nasal kanul 4 liter/menit dan nebulizer 2,5 ml. Pada saat di Auskultasi terdengar bunyi napas ronchi paru kiri lobus atas.

Sistem pencernaan tidak ada keluhan, turgor kulit normal, keadaan bibir lembab, warna mukosa merah muda,

Sistem persarafan pupil normal, tidak ada kelumpuhan parasthesia, koordinasi gerak dan reflek normal.

Sistem muskuloskeletal, tidak ada kelainan pada ekstermitas, nyeri otot dan sendi tidak ada, refleks sendi normal, dan kekuatan otot normal.

Sistem integumen tidak ada rash, tidak ada lesi, turgor normal, kelembapan normal, petechie tidak ada.

Sistem perkemihan, tidak ada gangguan kencing, tidak menggunakan alat bantu seperti kateter, tidak ada pembesaran pada kandung kemih, produksi urin 1300 cc/hari, minum 6-8 gelas.

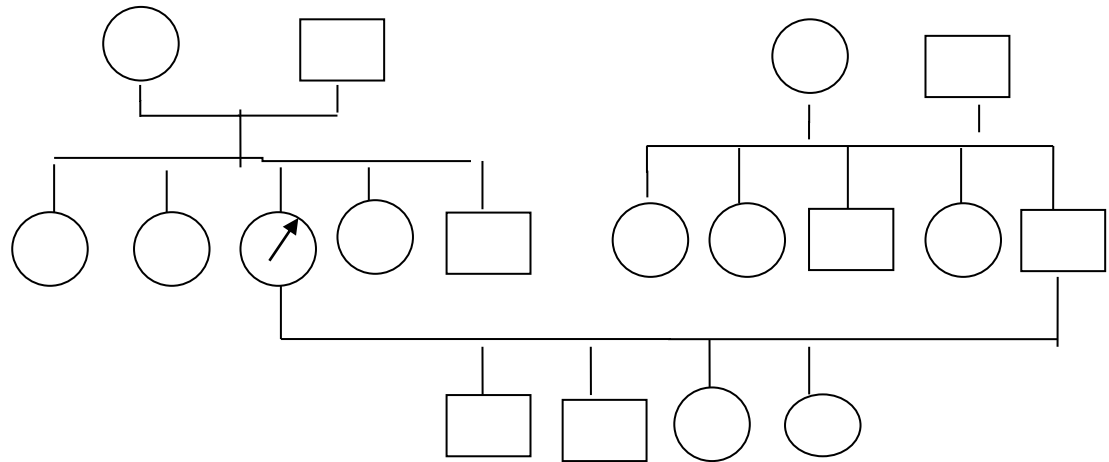
Sistem endokrin, tidak ada pembesaran kelenjar, dan tidak ada keluhan lain-lain. Sistem reproduksi, keadaan payudara normal, riwayat persalinan spontan, abortus tidak ada.

Aktivitas atau olahraga, kegiatan olahraga yang dilakukan yaitu tidak ada, dan olahraga yang dilakukan tidak teratur.


Istirahat dan tidur, tidur malam jam 09.00, bangun jam 07.00 pagi, tidur siang jam 10.00 bangun jam 11.00 siang, pasien mengatakan muda terbangun.


Pola interaksi sosial, orang terdekat anak-anak, tidak ada organisasi yang diikuti, status rumah, rumah sendiri.


Riwayat keluarga/genogram :



Keterangan :

 : Perempuan (pasien)

 : Laki-laki

 : Pasien

Obat-obat yang didapat adalah NAC (N-acetylcysteine/N-acetyl-L-cysteine) 3 x 1 tab.NAC adalah obat yang digunakan sebagai terapi pada orang dengan kondisi paru- paru tertentu sepaerti cystic fibrosis,emfisema, bronkitis, pneumonia, atau tuberkulosis. Acetylcysteine adalah obat golongan mukolitik yang berfungsi untuk mengencerkan dahak yang menghalangi saluran pernapasan.Prednison 2 x 62,5 mg.Prednison adalah obat golongan kortikosteroid yang berfungsi untuk mengurangi peradangan dalam beberapa kondisi medis,seperti arthritis,asma,kelainan sistem kekebalan tubuh,kelainan darah,gangguan paru dan pernapasan alergi parah,penyakit persendian dan otot,serta penyakit kulit. Secara umum, prednison bekerja dengan menekan sistem kekebalan tubuh untuk mengurangi peradangan dan pembengkakan.Salbutamol 3 x2 mg.Salbutamol juga dikenal sebagai albuterol dan dipasarkan sebagai Ventolin,adalah obat yang digunakan membuka saluran napas di paru-paru.Obat ini di gunakan untuk mengobati asma,penyempitan bronkus yang dipicu

olahraga, dan penyakit paru obstruktif kronis. Nebulizer combivent, combivent adalah obat untuk mengatasi penyakit saluran pernapasan seperti PPOK dan asma.

3.1.3.1. Analisa Data

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka di tegakkan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah: Data subjektif : pasien mengeluh batuk berdahak selama satu minggu. Data objektif : pasien nampak batuk, terdengar bunyi ronchi pada paru kiri, lobus atas. Penyebab : penumpukan sekret pada jalan napas. Masalah : ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Pasien mengatakan sesak napas. Data objektif : pernapasan 28 x/menit, terdengar napas cuping hidung dan retraksi dinding dada. Penyebab : obstruksi sekret pada jalan napas. Masalah : ketidakefektifan pola napas.

3.1.3.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.M.H diagnosa keperawatan yang di pakai yaitu : 1)ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas.2). ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi sekret pada jalan napas.

3.1.3.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas. Goal : pasien akan meningkatkan bersihan jalan napas yang efektif selama dalam perawatan. Obyektif : dalam jangkawaktu 3 x 24 jam bersihan jalan napas kembali efektif dengan kriteria hasil : batuk berkurang, pernapasan dalam batas normal (16- 20x/menit), ronchi dan lendir berkurang.

Intervensi keperawatan adalah : 1) kaji status pernapasan setiap 4 jam. Rasional : untuk mendekteksi tanda awal bahaya.2) Anjurkan pasien minum air hangat. Rasional : air hangat dapat memobilisasi dan mengeluarkan sekret..3)Ajarkan pasien napas dalam dan batuk efektif. Rasional : untuk membantu mengeluarkan dahak. 4) Sediakan tisu dan

kantong kertas sebagai tempat pembuangan sputum. Rasional : untuk mencegah penyebaran infeksi.5) kolaborasi pemberian ekspektoran dan mukolitik.Rasional : memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas. Goal : pasien akan meningkatkan pola napas yang efektif selama dalam perawatan. Objektif : dalam jangka waktu 1 x 30 menit pola napas akan kembali efektif dengan kriteria hasil : sesak napas berkurang, pernapasan dalam batas normal (16-20x/menit), napas cuping hidung berkurang dan retraksi dinding dada berkurang.

Intervensi keperawatan adalah : 1) Kaji dan catat status pernapasan setidaknya setiap 4 jam. Rasional : untuk mendekteksi tanda-tanda awal gangguan.2) ukur tanda –tanda vital, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 72 x/menit, pernapasan 28 x/menit, 36, 2°C, saturasi oksigen 88 %.Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien dan menentukan intervensi yang tepat. 3) Atur posisi semi fowler. Rasional : untuk memudahkan bernapas. 4) Menginstruksikan untuk pasien beristirahat.Rasional : untuk menghindari kelelahan. 5) kolaborasi pemberian bronkodilator.Rasional : memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret.

3.1.3.4 Implementasi

Implementasi dilakukan mulai 15 Juli sampai 18 Juli 2019. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik.

Hari Pertama, Senin, 15 Juli 2019

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napasyaitu :1) 08.00 mengkaji status pernapasan.Hasil pengukuran 28x/menit. 2) pukul. 08.30 : menganjurkan pasien untuk minum air hangat. 3).pukul. 09.00 mengajarkan napas dalam dan batuk efektif.4).pukul 11.00 memberikan nebulizer : combivent 2,3 ml.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas yaitu : 1) 10.00 : mengkaji dan mencatat status pernapasan. Hasil pengukuran : 25 x/menit. 2) 11.00 : mengatur posisi semi fowler.3). 13.00 menginstruksikan untuk pasien untuk beristirahat

Hari Kedua , Selasa 16 Juli 2019

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napasyaitu :1) pukul 08.30 : mengkaji status pernapasan. Hasil pengukuran 25 x/menit. 2) pukul.10.00 menganjurkan pasien untuk minum air hangat.3)pukul. 10.30 mengajarkan pasien napas dalam dan batuk efektif.4) pukul 11.00 melakukan pemberian nebulizer : combivent 2,5 ml

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas yaitu : 1)pukul. 11.30 : mengkaji dan mencatat status pernapasan. Hasil pengukuran : 25 x/menit. 2) pukul. 12.00 : mengatur posisi semi fowler. 3) 13.00 : Menginstruksikan untuk pasien untuk beristirahat.

Hari Ketiga , Rabu 17 Juli 2019

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napasyaitu :1) pukul. 08.30 : mengkaji status pernapasan. Hasil pengukuran 20 x/menit. 2) pukul.09.00 Menganjurkan pasien untuk minum air hangat.3) pukul 10.30 : mengajarkan pasien napas dalam dan batuk efektif. 4).pukul.12.00 melakukan pemberian nebulizer : combivent 2,5 ml.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas yaitu : 1) pukul.10.30 : mengkaji dan mencatat status pernapasan. Hasil pengukuran : 20 x/menit. 2) 11.00 : mengatur posisi fowler.

3.1.3.5 Evaluasi Keperawatan

Hari Pertama, Senin 15 Juli 2019

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. M.H adalah S : pasien masih mengeluh batuk berdahak. O : pasien nampak batuk, terdengar suara ronchi pada paru kiri, lobus atas, pernapasan 28x/menit. A : masalah belum teratasi .P : intervensi dilanjutkan dari 1-3.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas. Evaluasi yang dilakukan yaitu S : pasien mengatakan masih sesak napas. O : pernapasan 28 x/menit, terdapat napas cuping hidung, ada retraksi dinding dada. A : masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan dari 1-4

Hari Kedua, Selasa 16 Juli 2019

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. M.H adalah S : pasien mengeluh batuk sudah mulai berkurang. O : pasien nampak batuk, terdengar suara ronchi pada paru kiri, lobus atas, pernapasan 25x/menit. A : masalah teratasi sebagian. P : intervensi dilanjutkan dari 1-4.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas. Evaluasi yang dilakukan yaitu S : pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang. O : pernapasan 25 x/menit, masih terdapat napas cuping hidung, retraksi dinding dada sudah berkurang. A : masalah teratasi sebagian. P : intervensi dilanjutkan 1-3.

Hari Ketiga, Rabu 17 Juli 2019

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. M.H adalah S : pasien mengatakan sudah tidak batuk lagi. O : pasien tidak batuk lagi, tidak terdengar suara ronchi, pernapasan 20x/menit. A : masalah sudah teratasi. P : Intervensi dipertahankan.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas. Evaluasi yang dilakukan yaitu S : pasien mengatakan tidak sesak lagi. O : pernapasan 20 x/menit, tidak terdapat napas cuping hidung, tidak ada retraksi dinding dada. A : masalah sudah teratasi. P : Intervensi dipertahankan.

3.2. Pembahasan

Pada pembahasan studi kasus, yang akan dibahas adalah kesenjangan antara teori yang ada dengan praktek di lapangan. Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, menggunakan proses keperawatan yang dimulai dari melakukan pengkajian sampai pada evaluasi keperawatan. Pada pengkajian keperawatan yang dilakukan adalah mengambil data-data melalui proses wawancara (anamnesa) dan melalui pengkajian fisik, dimana data-data yang diambil dapat berupa data primer maupun sekunder dan dapat bersifat subyektif maupun obyektif. Kemudian data-data yang telah didapat, dianalisa untuk menegakkan diagnosa keperawatan menggunakan rumus P E S S (*Problem, Etiologi, Sign and symptom*). Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang ada pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah menegakkan diagnosa keperawatan, maka langkah selanjutnya adalah membuat perencanaan keperawatan dengan menggunakan.

Setelah menyusun perencanaan, langkah selanjutnya yaitu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Setelah melakukan tindakan keperawatan, diperlukan melakukan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan dari tindakan keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi formatif maupun evaluasi sumatif (hasil). Begitupun dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah pemenuhan kebutuhan dasar oksigen dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease. Dalam pembahasan ini juga akan dilihat apakah terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek (kasus nyata) pada pasien dengan masalah pemenuhan kebutuhan dasar oksigen dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang

3.2.1. Pengkajian

Menurut Asmadi,(2008), pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan masalah pemenuhan kebutuhan dasar oksigenasi dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease adalah sesak napas, batuk berdakah, suara napas terdengar ronchi, pernapasan abnormal.

Berdasarkan kasus data yang didapatkan adalah sesak napas, batuk berdakah, pernapasan 28 x/menit, suara napas terdengar ronchi. Berdasarkan teori menurut Asmadi dan kasus pada Ny M.H tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

3.2.2. Diagnosa keperawatan

Menurut potter perry,(2005) diagnosa keperawatan yang muncul yaitu Ketidakefektifan jalan nafas, ketidakefektifan pola nafas, gangguan pertukaran gas, gangguan perfusi jaringan. Pada kasus Ny M.H diagnosa yang didapatkan yaitu ketidakefektifan pola nafas, dan bersihan jalan nafas tidak efektif hal ini disebabkan karena tidak ditemukan data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa keperawatan tersebut. Oleh sebab itu maka disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara diagnosa keperawatan teori dan studi kasus

3.2.3. Intervensi Keperawatan

Penyusunan intervensi keperawatan menurut potter perry,(2005) Maka, kriteria hasilnya ditetapkan secara umum tanpa membedakan tujuan umum dan tujuan khusus untuk setiap diagnosa keperawatan. Intervensi keperawatan yang disusun pada Ny M.H semuanya sesuai dengan intervensi keperawatan teori sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan teori dan praktek.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Asmadi, 2012) implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny M.H semuanya sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa tidak kesenjangan implmentasi teori dan studi kasus.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang di harapkan,(Asmadi 2008).Evaluasi keperawatan dilakukan pada Ny M.H sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada intervensi keperawatan.

Evaluasi keperawatan pada diagnosaketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalannapas, masalah sudah teratasi, sedangkanDiagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas sudah teratasi. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan studi kasus.

- 1) ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas.
- 2) ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi sekret pada jalan napas.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah pemenuhan kebutuhan dasar oksigenasi dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease antara teori dan kasus. Hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan teori pada Ny M.H. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan langsung pada Ny. M.H hasil pengkajian diantaranya: pasien mengeluh sesak napas, batuk berdahak, pernapasan 28 x/ menit. Masuk rumah sakit pada 15 Juli 2019 di Rumah sakit Bhayangkara Kupang Ruang Mawar

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan 2 diagnosa keperawatan antara lain : 1) ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas. 2) ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi sekret pada jalan napas

4.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang ada pada Ny. M.H sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan pada Ny M.H sesuai dengan intervensi yang ditetapkan dengan diagnosa keperawatan prioritas, implementasi dilakukan selama 3 hari.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka Selama 3 hari penulis melakukan evaluasi pada Ny. M.H dengan, 2 diagnosa

keperawatan dengan hasil sebagai berikut :1) ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas sudah teratasi. 2).ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi sekret pada jalan napas sudah teratasi.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi ini menjadi acuan untuk pengembangan ilmu keperawatan pada waktu yang akan datang pada kasus Chronic Obstruktive Pulmonary Disease.

4.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

Diharapkan bagi pelayanan kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerjasama baik antar tim kesehatan maupun klien sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada umumnya terutama dalam perawatan pasien dengan Chronic Obstruktive Pulmonary Disease

4.2.3 Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga disarankan untuk tetap menjaga kondisi kesehatan pasien, agar tidak cepat lelah dan semua aktivitas dapat dibantu

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A.A., 2012. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. 2nd ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Alimul, A. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses dan Keperawatan* . Jakarta : Salemba Medika.
- Asmadi, 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Brunner & Suddarth ,2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*.8th.Jakarta : Ed.3-Jakarta : EGC,1999
- Ir.M.Igbal Hasan.,2005,"*pokok-pokok materi statistik 2*"PT Bumi Aksara,Jakarta,Cetakan Ketiga.
- Perry, P.A dan Potter A.G, 2005. *Buku Ajar Fundalmental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. 4th ed. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN

Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
ADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
OLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa Fransiska Soi Seran Lo`o

Nim : PO5303201181186.

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny.M.H

Ruangan/Kamar : Ruang Mawar

Diagnosa Medis : Chronic Obstructive Pulmonary Disease

No.Medikal Record : 1099110

Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 10.15

Masuk Rumah Sakit : 13 Juli 2019 Jam : 18.30

Identitas Penanggung

Nama : Ny. U.K Pekerjaan: Ibu Rumah Tangga

Jenis Kelamin : Perempuan

Hubungan dengan Klien : Anak Kandung

Alamat : Naikoten I

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama: Pasien mengeluh sesak napas.

- Kapan : Tgl 13 Juli 2019
- Lokasi : Dada

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : pasien mengatakan sesak napas 1 hari terakhir sebelum masuk rumah sakit.
- Sifat keluhan : Nyeri menetap.
- Lokasi : Dada.

- Keluhan lain yang menyertai : Pasien mengeluh batuk berdahak 1 minggu, riwayat asma sejak dari tahun 1977 sampai dengan sekarang.
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Pasien mengatakan sesak napas tiba-tiba saat batuk dan saat beraktifitas.
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Pasien mengatakan sesak napas berkurang pada saat tidur, sesak napas bertambah pada saat batuk, dan bergerak untuk berdiri atau berjalan.
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: pasien mengatakan langsung dibawa kerumah sakit.

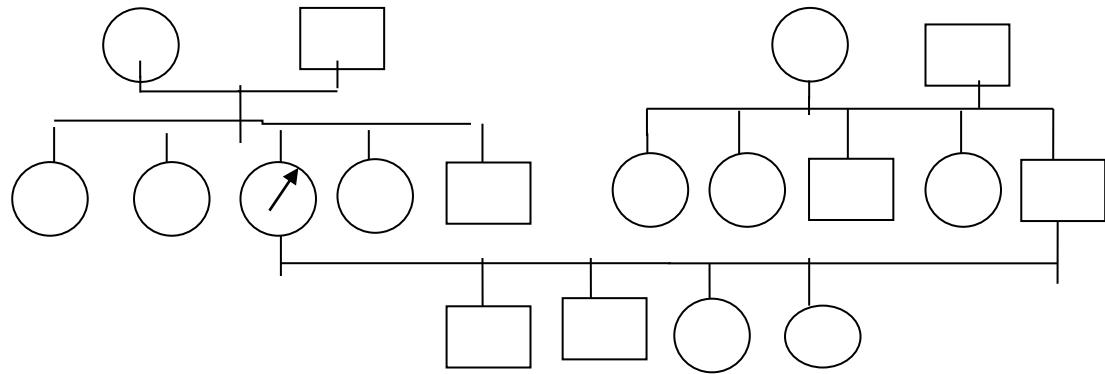
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita : Asma
- Riwayat alergi : Tidak ada.
- Riwayat operasi: Tidak pernah di operasi
- Kebiasaan merokok : Tidak pernah merokok
- Minum alkohol : Tidak pernah minum alkohol
- Minum kopi : ya, 1x/hari, 1 gelas pada pagi hari.
- Minum obat-obatan: tidak.


Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :


Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.


Bagan 3.1 Genogram



Keterangan :

 : Perempuan (pasien)

 : Laki-laki

 : Pasien

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 72x/menit

Pernapasan : 28x/menit, Suhu badan: 36,2⁰C

2. Kepala dan leher

- Kepala :

Sakit kepala : Ny.M.H mengatakan tidak sakit kepala dan tidak pusing

Bentuk , ukuran dan posisi:

√ normal abnormal, jelaskan :

Lesi: ada, Jelaskan : **tidak ada**

Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**

Observasi Wajah : √ **simetris** asimetri, Jelaskan

Penglihatan:Baik

Konjungtiva: Merah Muda

Sklera: putih

Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : **tidak**

Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : **tidak**

Nyeri : Tidak ada keluhan

Peradangan :Tidak ada keluhan

Operasi :

Jenis :Tidak ada

Waktu :Tidak ada

Tempat :Tidak ada

Pendengaran:

Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : **tidak**

Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**

Peradangan : Ya, Jelaskan : **tidak**

Hidung:

Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : **tidak**

Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : **tidak**

Sinusitis : Ya, Jelaskan : **tidak**

Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**

Tenggorokan dan mulut:

Keadaan gigi : Bersih

Caries : Ya, Jelaskan : **tidak**

Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**

Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : **tidak**

Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : **tidak**

Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

Sistem Kardiovaskuler:

Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**

Inspeksi :

Kesadaran/ GCS : Compos Mentis E:4,V:5,M:6

Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : **normal**

Bibir : sianosis **normal**

Kuku : sianosis **normal**

Capillary Refill : Abnormal **normal**

Tangan : Edema **normal**

Kaki : Edema **normal**

Sendi : Edema **normal**

Ictus cordis/Apical Pulse: **Teraba** tidak teraba

Vena jugularis : Teraba tidak teraba

Perkusi : pembesaran jantung:

Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**

BJ II : Abnormal **normal**

Murmur : Tidak ada

Sistem Respirasi

Keluhan : Tidak ada keluhan

Inspeksi :

Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**

Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**

Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) tidak

Irama Napas : teratur tidak teratur

Retraksi otot pernapasan : Ya tidak

Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan **tidak**

Perkusi : Cairan : Ya **tidak**

Udara : Ya **tidak**

Massa : Ya **tidak**

Auskultasi :

Inspirasi : Normal Abnormal

Ekspirasi : Normal Abnormal

Ronchi : Ya tidak

Wheezing : Ya **tidak**

Krepitasi : Ya **tidak**

Rales : Ya **tidak**

Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

Sistem Pencernaan:

Keluhan : pasien mengatakan tidak ada keluhan

Inspeksi :

Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : **Normal**

Keadaan bibir : lembab kering

Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : Merah Muda

Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**

Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan **tidak**

Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan **normal**

Keadaan abdomen

Warna kulit : Sawo matang

Luka : Ya, Jelaskan **tidak**

Pembesaran : Abnormal, Jelaskan **normal**

Keadaan rektal

Luka : Ya, Jelaskan **tidak**

Perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**

Hemmoroid : Ya, Jelaskan **tidak**

Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan **tidak**

Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : Normal 5-30x/menit

Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan **normal**

Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Palpasi:

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan **normal**

Nyeri : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Persyarafan:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Tingkat kesadaran: Compos Mentis GCS (E4/M5/V6) jumlah 15.

Pupil : **Isokor** anisokor

Kejang : Abnormal, Jelaskan **normal**

Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**

Parasthesia : Ya, Jelaskan **tidak**

Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan **normal**

Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan **normal**

Reflexes : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Musculoskeletal

Keluhan : Tidak ada keluhan

Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan **tidak ada**

Nyeri otot : ada **tidak ada**

Nyeri Sendi : ada **tidak ada**

Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan **normal**

kekuatan otot :

Atropi hipertropi **normal**

5	5
5	5

Sistem Integumen:

Rash : ada, Jelaskan tidak ada keluhan **tidak ada**

Lesi : ada, Jelaskan **tidak ada**

Turgor : Baik Warna : Sawomatang

Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**

Petechie : ada, Jelaskan **Tidak ada**

Lain lain: Tidak ada

Sistem Perkemihan:

Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi

gross hematuri disuria poliuri

oliguri anuri

Alat bantu (kateter, dll) ya **tidak**

Kandung kencing : membesar ya **tidak**

nyeri tekan ya **tidak**

Produksi urine :

Intake cairan : oral : ± 750 cc/hr parenteral : 1.000cc/hr

Bentuk alat kelamin : **Normal** Tidak normal, sebutkan

Uretra : **Normal** Hipospadi Epispadia

Lain-lain : Tidak ada

Sistem Endokrin:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Pembesaran Kelenjar : Tidak ada pembesaran kelenjar

Lain – lain : Tidak ada.

Sistem Reproduksi

Keluhan : Tidak ada

Wanita : Siklus menstruasi : Teratur setiap bulan

Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Riwayat Persalinan: Tidak ada

Abortus: Tidak ada

Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan **normal**

Lain-lain: Tidak ada

Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada

Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL):

Nutrisi:

Pola makan :Makan sendiri,nasi,sayur dan ikan/daging.

Frekuensi makan :3x1/hari

Nafsu makan :Baik

Makanan pantangan :Pasien mengatakan tidak ada pantangan.

Makanan yang disukai :Semua makanan.

Banyaknya minuman dalam sehari :± 1.500ml/hari

Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada

BB :70Kg TB : 158Cm

Kenaikan/Penurunan BB: -kg, dalam waktu: -

Perubahan selama sakit :Pasien mengatakan tidak tahu karena belum di timbang berat badannya

Eliminasi:

- Buang air kecil (BAK)

Frekuensi dalam sehari :1-3x/hari Warna : Kuning

Bau :kas urineJumlah/ hari : ±1 750ml

Perubahan selama sakit :Tidak ada

- Buang air besar (BAB)

Kebiasaan :1-2x/hari Frekuensi dalam sehari : 1-2x/hari

Warna :Kuning Bau : Khas

Konsistensi :Lembek

Perubahan selama sakit :Tidak ada

Olah raga dan Aktivitas:

Kegiatan olah raga yang disukai :tidak ada

Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak pernah olah raga

Istirahat dan tidur:

Tidur malam jam : 21.00

Bangun jam : 07.00

Tidur siang jam : 10.00

Bangun jam : 11.00

Apakah mudah terbangun :ya mudah terbangun

Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

Siapa orang yang penting/ terdekat :Anak-anak

Status rumah :Milik sendiri

Cukup / tidak :Cukupluas

Bising / tidak: bising

Banjir / tidak :Tidak,jauh dari sungai/kali

Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang

dipercayai/ terdekat :Dibicarakan dengan anak-anak

Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga :Dibicarakan dengan baik-baik.

Bagaimana interaksi dalam keluarga :Baik dan harmonis

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

Ketaatan menjalankan ibadah :Sesuai dengan keyakinan

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan :ibadat bersama

Keadaan Psikologis Selama Sakit

Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita :Pasien mengatakan hanya bisa pasrah pada Tuhan.

Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Yakin akan sembuh

Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Baik dan komunikatif.

Data Laboratorium & Diagnostik:

- Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
			13-07-2019					
1	Ureum	10-50 mg/dl	29					
2	Kreatinin	0,5-0,9 mg/dl	0,6					
3	LED	2-20 mm/jm	38					
4	Glukosa Darah Sewaktu	s/d-120 mg/dl	164					
5	Elektrolit : Na	136-145/µl	142					
6	K	3,50-5,30	3,04					

7	Cl	97,0-111,0	106,3				
8	Ca	1,120-1,320	1,120				

- Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			13-07-2019				
	PH		1,0				
	BJ		1,010				
	protein		Pos +-				
	Leucocyte		5-6/LP				
	epitel		penuh				

Diagnostik Test:

Foto Rontgen

Foto gigi dan mulut :Tidak dilakukan pemeriksaan

Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :Tidak dilakukan

Cholescystogram : Tidak dilakukan

Foto colon : Tidak dilakukan

Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : tidak dilakukan

Biopsy : Tidak dilakukan

Colonoscopy : Tidak dilakukan

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

Pembedahan: Tidak dilakukan

2	pernapasan 28 x/menit, terdengar napas cuping hidung dan retraksi dinding dada	obstruksi sekret pada jalan napas	
---	--	--------------------------------------	--

--	--	--	--

2. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas

C. Intervensi keperawatan.

No	Diagnosa Keperawatan	Goal dan Obyektif	Intervensi
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas	<p>Goal: pasien akan meningkatkan bersihan jalan napas yang efektif selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : dalam jangka waktu 1 x 24 jam bersihan jalan napas kembali efektif dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -batuk berkurang, - pernapasan dalam batas normal (16- 20x/menit), -ronchi dan lendir berkurang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) kaji status pernapasan setiap 4 jam. untuk mendekteksi tanda awal bahaya. 2) Anjurkan pasien minum air hangat. air hangat dapat memobilisasi dan mengeluarkan sekret.. 3) Ajarkan pasien napas dalam dan batuk efektif.untuk membantu mengeluarkan dahak. 4) Sediakan tisu dan kantong kertas sebagai tempat pembuangan sputum. untuk mencegah penyebaran infeksi. 5) kolaborasi pemberian ekspektoran dan mukolitik.memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret.
2.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi pada jalan napas	<p>Goal: pasien akan meningkatkan pola napas yang efektif selama dalam perawatan</p> <p>Objektif dalam jangka waktu 1 x 30 menit pola napas akan kembali efektif dengan kriteria hasil :</p>	

		<p>-sesak napas berkurang,</p> <p>-pernapasan dalam batas normal,</p> <p>-tidak ada napas cuping hidung dan tidak ada retraksi dinding dada.</p>	<p>1) Kaji dan catat status pernapasan setidaknya setiap 4 jam. untuk mendeteksi tanda-tanda awal gangguan</p> <p>2). ukur tanda –tanda vital. untuk mengetahui keadaan umum pasien dan menentukan intervensi yang tepat</p> <p>3). Bantu pasien untuk posisi semi fowler. untuk memudahkan bernapas</p> <p>4). Menginstruksikan untuk pasien beristirahat. untuk menghindari kelelahan</p> <p>5). kolaborasi pemberian bronkodilator. memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret</p>
--	--	--	---

--	--	--	--

D. Implementasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Ttd perawat	Keterangan
1.	Senin, 15 Juli 2019 Diagnosa 1	08 : 00 08.30 09.: 00 11 : 00	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji status pernapasan. Hasil pengukuran 28x/menit 2. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat. 3. mengajarkan napas dalam dan batuk efektif. 4. melakukan pemberian nebulizer : combivent 2,3 ml 		
	Senin 15-07-2019. Diagnosa 2	10: 00	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji dan mencatat status pernapasan. Hasil pengukuran : 25 x/menit. 2. mengatur posisi semi fowler 3. Menginstrusikan untuk pasien untuk beristirahat 		
			<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji status pernapasan. Hasil pengukuran 28x/menit 		

	<p>Selasa, 16 Juli 2019</p> <p>Diagnosa 1</p>	<p>01: 00</p> <p>12: 15</p> <p>08 : 30</p> <p>10 : 00</p> <p>10 : 30</p> <p>11 :00</p>	<p>2. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat.</p> <p>3. mengajarkan napas dalam dan batuk efektif.</p> <p>4. melakukan pemberian nebulizer : combivent 2,3 ml.</p> <p>1. mengkaji dan mencatat status pernapasan. Hasil pengukuran: 25 x/menit. 2)</p> <p>2. mengatur posisi semi fowler</p> <p>3. Menginstruksikan untuk pasien untuk beristirahat</p> <p>1. mengkaji status pernapasan. Hasil pengukuran 25 x/menit.</p> <p>2. menganjurkan pasien untuk minum air hangat</p> <p>3. mengajarkan pasien napas dalam dan batuk efektif</p> <p>4. melakukan pemberian nebulizer : combivent 2,5 ml</p>		
	<p>Selasa, 16 Juli 2019.</p>				

	Diagnosa 2	11.30			
		12 : 10			
		13.15			
	Rabu, 17-07-2017.				
	Diagnosa 1				
		08: 30			
		09 : 10			
		09 : 30			
		02 :00			
			1. mengkaji dan mencatat status pernapasan. Hasil pengukuran : 20 x/menit.		
			2. mengatur posisi semi fowler.		
			3. Menginstruksikan untuk pasien untuk beristirahat		

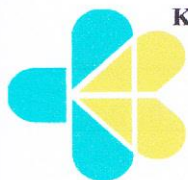
	Rabu, 17-07-2019 Diagnosa 2	10 : 30 11: 00 12 : 20			
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--	--

E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Ttd perawat	Keterangan
1	Senin, 15-07-2019 Diagnosa 1	14 : 00	<p>S: Ny.M.H mengatakan batuk berdahak</p> <p>O: pasien nampak batuk, terdengar suara ronchi pada paru kiri, lobus atas, pernapasan 28x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1-4.</p>		
	Senin, 15-07-2019 Diagnosa 2	14.10	<p>S: Ny.M.H mengatakan sesak napas</p> <p>O: pernapasan 28 x/menit, terdapat napas cuping hidung, ada retraksi dinding dada.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1-3.</p>		
			<p>S: Ny.M.H mengatakan batuk sudah mulai berkurang</p> <p>O: pasien nampak batuk,</p>		

2.	<p>Selasa, 16 Juli 2019</p> <p>Diagnosa 1</p>	14 : 00	<p>terdengar suara ronchi pada paru kiri, lobus atas, pernapasan 28x/menit</p> <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1-4.</p> <p>S: Ny.M.H sesak napas sudah mulai berkurang.</p> <p>O: pernapasan 25 x/menit, masih terdapat napas cuping hidung, retraksi dinding dada sudah berkurang</p>		
	<p>Selasa, 16 juli 2019</p> <p>Diagnosa 2</p>	14.10	<p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1-3</p> <p>S: Ny.M.H mengatakan batuk sudah tidak batuk lagi.</p> <p>O: pasien tidak batuk lagi, tidak terdengar suara ronchi, pernapasan 20x/menit</p> <p>A: Masalah sudah teratasi</p> <p>P: Intervensi</p>		

3.	<p>Rabu, 17 Juli 2019</p> <p>Diagnosa 1</p>	14.00	<p>dipertahankan</p> <p>S: Ny.M.H. mengatakan tidak sesak lagi</p> <p>O: pernapasan 20 x/menit,tidak terdapat napas cuping hidung,tidak ada retraksi dinding dada</p> <p>A: Masalah telah teratasi.P:intervensi dipertahankan.</p>		
	<p>Rabu, 17 Juli 2019</p> <p>Diagnosa 2</p>	13.20			



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp./fax : (0380)881045)

LEMBAR KONSULTASI




BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH


NAMA MAHASISWA : FRANSISKA SOI SERAN LO'O

NIM : PO 5303201181186

NAMA PEMBIMBING : YULIANTI KRISTIANI BANHAE,S.Kep. Ns. M.Kes.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat, 12 Juli 2019	Konsul Judul Karya Tulis Ilmiah	
2	Senin, 15 Juli 2019	Konsul BAB 1 dan BAB 2 / BAB 1 : Latar belakang, tujuan, manfaat, teori penyakit, angka kejadian, dampak dan alasan penulisan KTI, BAB 2 : Landasan teori Asuhan kebutuhan dasar.	
3	Selasa, 16 Juli 2019	Konsul BAB 1 dan BAB 2/ BAB 1 : Revisi / Perbaikan latar belakang. BAB 2 : Revisi tinjauan teori kebutuhan dasar.	
4	Jumat, 19 Juli 2019	Konsul BAB 3 dan BAB 4/ BAB 3 : Penulisan hasil studi kasus dari per s/d evaluasi dan pembahasan studi kasus. Penulisan kesimpulan dan daftar pustaka.	

5	Senin, 22 Juli 2019	Konsul dari BAB 3 dan BAB 4/ BAB 3 : perbaiki penulisan hasil studi kasus. BAB 4 : perbaiki dan fokus pada teori dan kasus nyata pada aspek pemenuhan kebutuhan dasar.	
6	Rabu, 24 Juli 2019	Konsul dari BAB 1 s/d 4 : BAB 1 : perbaiki latar belakang/dibuat simple. BAB 2 : perbaiki dan fokus pada teori aspek pemenuhan kebutuhan dasar, (cara pengetikan KTI/ukuran, spasi yang benar) BAB 3 : Perbaiki Penerapan Askep harus sesuai/ berdasarkan konsep teori. BAB 4 : perbaiki kesimpulan	
7	Kamis, 25 Juli 2019	Konsul BAB 1 s/d 4 Perbaiki Cover depan s/d abstrak. BAB 1 : Latar belakang dibuat lebih simple lagi. BAB 2 : Perbaiki jarak spasi BAB 3 : Perbaiki spasi, pengkajian s/d evaluasi BAB 4 : Perbaiki kesimpulan dan daftar pustaka	

8	Selasa, 29 Juli 2019	Konsul BAB 1 s/d.4 Perbaiki cover depan s/d abstrak(ukuran huruf) BAB 3 : Perbaiki pengkajian, analisa data, evaluasi BAB 4 : Perbaiki kesimpulan dari dignosa s/d evaluasi.	
9	30 Juli 2019	Konsul BAB 1 s/d 4 / Perbaiki Cover depan dan Abstrak. BAB 3 : Perbaiki Evaluasi.	