

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN D.I DENGAN
DIAGNOSA MEDIK ASMA BRONCHIALIS DI RUANGAN
RPD III RSUD ENDE**



OLEH :

MARIA YASINTA AGA
PO 530320219942

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN D.I DENGAN
DIAGNOSA MEDIK ASMA BRONCHIALIS DI RUANGAN
RPD III RSUD ENDE**

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH :

MARIA YASINTA AGA
PO 530320219942

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE**

2022

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN D.I DENGAN
DIAGNOSA MEDIKASMA BRONCHIALIS DI RUANGAN RPD III RSUD
ENDE**

OLEH

**MARIA YASINTA AGA
PO.530320219942**

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 02 September 2022

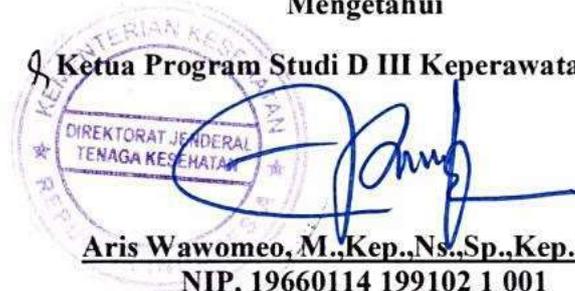
Pembimbing



**Maria Salestina Sekunda, SST,M.kes
NIP. 198101242009122 001**

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



**Aris Wawomeo, M.,Kep.,Ns.,Sp.,Kep.,Kom
NIP. 19660114 199102 1 001**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN D.I DENGAN
DIAGNOSA MEDIKASMA BRONCHIALIS DI RUANGAN RPD III
RSUD ENDE

OLEH

MARIA YASINTA AGA
PO 530320219942

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan Dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 02 September 2022

Penguji Ketua



Irwan Budiana, S.Kep.Ns, M.Kep
NIP : 198906272019021001

Penguji Anggota



Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes
NIP : 19810124 200912 2 001

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, S,Kp, M,Kep, Ns, Sp, Kep,Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

PERNYATAAN KEASLIHAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Yasinta Aga

NIM : PO.530320219942

Program Studi : D III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn D.I Dengan
Diagnosa Medik Asma Bronchialis Di Ruang RPD III
RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat di buktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Ende, september 2022

Yang Membuat Pernyataan



MARIA YASINTA AGA

NIM : PO.530320219942

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasihnya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn D.I Dengan Diagnosa Medik Asma Bronchialis Di RPD-III RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik

Karya Tulis Ilmiah ini di susun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk melaksanakan penelitian guna mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan

Sebagai Manusia yang lemah, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan. Namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Ibu Dr Ragu Harming Kristina, SKM. M. Kes, Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kes., Ns., Sp. Kep. Kom, Ketua Program Studi Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi Keperawatan Ende
3. Ibu Maria Selestina Sekunda, SST., M.Kes, Dosen Pembimbing sekaligus Penguji Anggota yang telah mengorbankan waktu, tenaga, dan pikiran untuk

membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis

4. Bapak Irwan Budiana, S.Kep., Ns., M.Kep, sebagai ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu, dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Klien dan keluarga yang telah bersedia membantu penulis dan telah bekerja sama dalam memberikan informasi kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan
6. Kedua orang tuaku, keluarga, saudara/saudari serta teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis ilmiah yang sederhana ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu, segala usul dan saran serta kritik yang membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan demi penyempurnaan proposal ini.

Akhir kata, semoga Karya Tulis ilmiah yang sederhana ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan mahasiswa keperawatan pada khususnya

Penulis :

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. D.I Dengan Diagnosa Asma Bronchial Di Wilayah Kerja Kerja RSUD Ende Ruangan Penyakit Dalam 3

Maria Yasinta Aga¹

Maria Selestina Sekunda, SST, M. Kes²

Latar Belakang : Penyakit asma bronkhial di Indonesia termasuk dalam sepuluh besar penyakit penyebab kesakitan dan kematian.. Asma Bronchial merupakan salah satu penyakit saluran pernapasan yang banyak dijumpai di masyarakat. Saluran pernapasan tersebut bereaksi mengalami penyempitan dan menghalangi udara yang masuk. Sehingga muncul masalah salah satunya gangguan pertukaran gas dan intoleransi aktivitas. **Tujuan :** dapat menggambarkan asuhan keperawatan kepada Tn. D.I dengan asma bronchial di RPD III RSUD Ende. **Metode studi kasus:** menggunakan metode Deskriptif dalam bentuk studi kasus yang dilakukan pada Klien Tn. D.I dengan diagnosa medik Asma Bronchial di Ruang Penyakit Dalam 3 RSUD Ende tanggal 5-7 juli 2022. **Hasil studi kasus :** Ditemukan data : sesak napas, wajah, klien mengeluh lemah, pucat, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, bunyi napas mengi, akral dingin, CRT >3 detik. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan. **Kesimpulan :** berdasarkan evaluasi keperawatan pada klien TN D.I dari hari pertama sampai hari ke tiga peroleh hasil bahwa masalah gangguan pertukaran gas teratasi, dan masalah intoleransi aktivitas teratasi. Klien sudah menunjukkan kemajuan yang signifikan dan perkembangan kesehatan klien jauh lebih membaik dari sebelumnya

Kata kunci : *Asuhan Keperawatan, Asma Bronchiale, Broncospasme, Deskriptif*

Sumber : 15 (2017-2022)

ABSTRACT

Nursing Care for Mr. D.I With the Diagnosis of Asthma Bronchiale in the Working Area of Ende Hospital, Internal Medicine Room 3

Maria Yasinta Aga¹

Maria Selestina Sekunda, SST, M. Kes²

Beckaground : Bronchial Asthma in indonesianis included in the top ten diseaases cause of morbidity and mortality, Bronchial Asthma is one of the most common respiratory diseases in the community. The respiratory tract is realized it nawwros and bolcks the incoming air. So that problems arise, one of which is impaired gas exchange and activity intolerance. **Purpose** : The aims is to describe nurshing care to Mr. D.I with brot chail asthma in RPD III RSUD Ende. **The Case Study Methods** : uses a descriptive methods in the form of a case study conducted on client Mr D.I with a medical diagnosis of bronchial asthma in internal medicine room 3 RSUD Ende on 5-7 july 2022. **Case study results** : Data found on shortness of breath, face, client complaining of weaknes, palleness, use of accessory muscles for breathing, tachipnea breathing, wezzhing, cold akral, CRT > 3 seconds the nurshing diagnosis that was appointed was impaired gas exchange related to bronchospasme and activity intolerance related to weakness. **Conclotions** : based on nurshing evaluation of TN D.I clients form the first day to the third day, the results showed that the problems of gas exchange disorders was resolved, and the problem of activity intolerance was resolved. The client has shown significant progress and the devlopment of the client's health is much better than beforee

Keywords :Nursing care, *Asthma Bronchiale*, *Bronchospasm*, *Descriptive*

Source : 15 (2017-2022)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBARAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	5
D. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Medis	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	14
BAB III METODE STUDI KASUS	28
A. Rancangan/Desain Studi Kasus	28
B. Subyek Studi Kasus.....	28
C. Batas Istilah (Definisi Operasional)	28
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	29
E. Prosedur studi kasus	29
F. Teknik Pengumpulan Data	29
G. Instrumen Pengumpulan Data	29
H. Keabsahan Data.....	30
I. Analisa Data	31
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	32

A. Hasil Studi Kasus	32
B. Pembahasan	45
BAB V PENUTUP	46
A. Kesimpulan	46
B. Saran.....	47
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asma merupakan salah satu penyebab kematian dini dan turunnya kualitas hidup manusia pada seluruh rentang umur di dunia. Asma merupakan suatu penyakit inflamasi yang terjadi pada saluran pernapasan yang menyebabkan pembengkakan kelenjar maupun produksi sekret berlebihan sehingga mengakibatkan aliran udara di saluran pernapasan menjadi terhambat atau sedikit yang biasa disebut sesak nafas. Penyempitan saluran napas yang terjadi pada asma bersifat reversibel, ditandai oleh obstruksi pernapasan diantara dua interval asimtomatik. Gejala orang yang terkena asma sangat khas, yang terdiri atas: wheezing, hipersekresi, bronkospasme, dipsnea, dan pernafasan cuping hidung (Candra, 2021).

Menurut perkiraan *World Health Organization* (WHO), 235 juta orang menderita Asma. Lebih dari 80% kematian asma terjadi pada negara-negara berpenghasilan rendah dan berpenghasilan menengah kebawah (WHO, 2018). Berdasarkan data dari *Global Asthma Report* (2018). asma bronkhial termasuk penyakit pernapasan kronis yang menyebabkan 15% kematian di dunia. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun (2020). Diperkirakan lebih dari 339 juta orang menderita asma. Asma kurang terdiagnosis dan kurang dirawat. Ini menciptakan beban besar bagi individu dan keluarga dan sering kali membatasi aktivitas individu seumur hidup. Penyakit asma bronkhial di Indonesia termasuk dalam sepuluh besar penyakit penyebab

kesakitan dan kematian. Angka kejadian Asma dari hasil survey Riskesdas Nasional tahun 2018 mencapai 2.4% dengan penderita terbanyak adalah perempuan yaitu 2.5 % dan laki-laki sebanyak 2.3% (Kemenkes RI, 2018). Berdasadata rekam medik yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Ende diketahui bahwa prevalensi asma pada tahun 2020 sebanyak 105 kasus (15%) dan 10 diantaranya meninggal dan pada tahun 2021 menurun menjadi 71 orang (4,73%) dengan jumlah kematian sebanyak 15 orang (Profil RSUD Ende, 2022).

Risiko berkembangnya asma merupakan interaksi antara faktor pejamu (host) dan faktor lingkungan. Faktor pejamu disini termasuk predisposisi genetik yang mempengaruhi untuk berkembangnya asma bronkial, yaitu genetik, alergi (atopi), hiperaktivitas bronkus, jenis kelamin dan ras. Faktor lingkungan yang mempengaruhi individu antara lain alergen, sensitisasi lingkungan kerja, asap rokok, polusi udara, infeksi pernapasan (virus), diet, status sosio-ekonomi dan besarnya keluarga (Nuari, dkk, 2018).

Dampak yang akan terjadi jika individu dengan asma broncial tidak ditangani dengan tepat akan mengalami sesak napas dan sangat mengganggu dalam beraktivitas sehari-hari dimana penderita memiliki napas yang pendek sehingga menyebabkan terganggunya aktivitas. Penderita dapat mengalami napas yang tersengal dan jika aktivitas berlebihan, maka dapat mengakibatkan sesak napas dan bisa berakibat menjadi hipoksemia (Somantri, 2012).

Penatalaksanaan pada *asma bronkhial* terbagi 2, yaitu pengobatan non-farmakologi (keperawatan) dan farmakologi (medis). Pengobatan non

farmakologis yakni dengan menjaga kebersihan rumah dan lingkungan, hindari merokok dan asap rokok serta asap korbondioksida, hindari binatang yang mempunyai bulu yang halus dan menjaga pola makan agar tidak terjadinya obesitas, karena obesitas juga merupakan faktor resiko terjadinya asma pada individu (Somantri, 2012). Pengobatan farmakologis dengan mengkonsumsi terapi medik yang diperoleh dari dokter. Tujuan utama penatalaksanaan asma adalah untuk mencapai dan mempertahankan asma terkontrol, sehingga dapat dicegah timbulnya serangan saat malam dan siang hari serta pasien tetap dapat melakukan aktivitas fisik (Muttaqin, 2013).

Strategi penatalaksanaan upaya yang penting dalam menyembuhkan dengan perawatan yang tepat merupakan tindakan utama dalam menghadapi klien penderita asma, untuk mencegah komplikasi yang lebih fatal dan diharap klien dapat segera sembuh. Penanganan utama pada penderita asma bronkhial, lakukan tindakan pemberian oksigen melalui masker maupun kanul nasal. Posisikan klien senyaman mungkin atau dudukan klien semifowler, lakukan pemberian inhalasi nebulizer, terapi pemberian obat, lakukan fisioterapi dada dan ajarkan klien berlatih pernapasan agar klien dapat mengontrol pernapasannya, anjurkan pasien minum minuman yang hangat. Kerja sama dengan tim medis serta melibatkan klien dan keluarga sangat diperlukan agar perawatan dapat berjalan dengan lancar (Claudia, 2014).

Peran perawat untuk merawat pasien dengan Asma adalah melalui pendekatan proses keperawatan. Dari hasil pengamatan oleh penulis, asuhan keperawatan yang diberikan pada klien belum berjalan secara maksimal karena

masih ada perawat jarang melakukan pengkajian secara lengkap. Dari pengkajian yang kurang lengkap secara otomatis akan salah dalam penegakan diagnosa, serta penentuan perencanaan. dan hasil dari asuhan keperawatan kurang maksimal, selain itu penegakan diagnosa oleh perawat yang memberikan pelayanan jarang menggunakan buku SDKI, SLKI, dan SIKI, serta dalam proses pengkajian perawat tidak melakukan pemeriksaan fisik tetapi lebih banyak melakukan observasi terhadap pasien.

Melihat permasalahan diatas, makapenulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada penderita asma bronchial dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Asma Bronkial di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimanakah Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medik Asma Bronchialis di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende? ”

C. Tujuan Penelitian

1) Tujuan umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Asma Bronchial di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

2) Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medik Asma Bronchial di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- b. Menggambarkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Asma Bronchial di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- c. Menggambarkan intervensi keperawatan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Asma Bronchial di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- d. Menggambarkan melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Asma Bronchial di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- e. Menggambarkan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Asma Bronchial di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- f. Menggambarkan kesenjangan antara teori dan kasus pasien dengan diagnosa medik Asma Bronchial.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Peneliti

Hasil proposal Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah wawasan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medik asma.

2. Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medik asma.

3. Pasien dan Keluarga

Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit asma yang di derita klien dan mengetahui cara penanganan klien dengan Asma Bronchial.

4. Perkembangan Ilmu Teknologi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman perawat tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Asma Bronchial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik Asma Bronchial

1. Pengertian

Penyakit asma berasal dari kata “Asthma“ yang diambil dari bahasa Yunani yang berarti “Sukar Bernafas“. Penyakit asma merupakan proses inflamasi kronis saluran pernapasan yang melibatkan banyak sel dan elemennya. Proses infalmasi kronik ini menyebabkan saluran pernapasan menjadi hiperesposif, sehingga memudahkan terjadinya brokokonstriksi, edema hipersekresi kelenjar yang menghasilkan pembatasan aliran udara di saluran pernapasan, dengan menifestasi klinis yang bersifat periodik berupa mengi, sesak napas, dada terasa berat, batuk-batuk terutama pada malam hari atau dini hari.

Asma bronkhial merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan yang banyak dijumpai di masyarakat. Asma adalah penyakit saluran nafas ditandai oleh peningkatan daya responsif percabangan trakeobronkial terhadap berbagai jenis stimulus (Isselbacher et al, 2015). Asma adalah suatu penyakit heterogen dengan interaksi berbagai yaitu faktor genetik yang meliputi predisposisi genetik, atopi, dan hipersensitivitas saluran nafas dan faktor lingkungan yang meliputi alergen dalam rumah, alergen luar rumah, lingkungan kerja, perokok pasif dan infeksi saluran nafas (Loscanzo, 2016).

2. Etiologi

Asma merupakan gangguan kompleks yang melibatkan faktor autonom, imunologis, infeksi, endokrin dan psikologis dalam berbagai tingkat pada berbagai individu.

a) Faktor imunologis

Pada beberapa penderita yang disebut asma ekstrinsik atau alergik, eksaserbasi terjadi setelah pemaparan terhadap faktor lingkungan seperti debu rumah, tepungsari, dan ketombe.

b) Faktor Endokrin

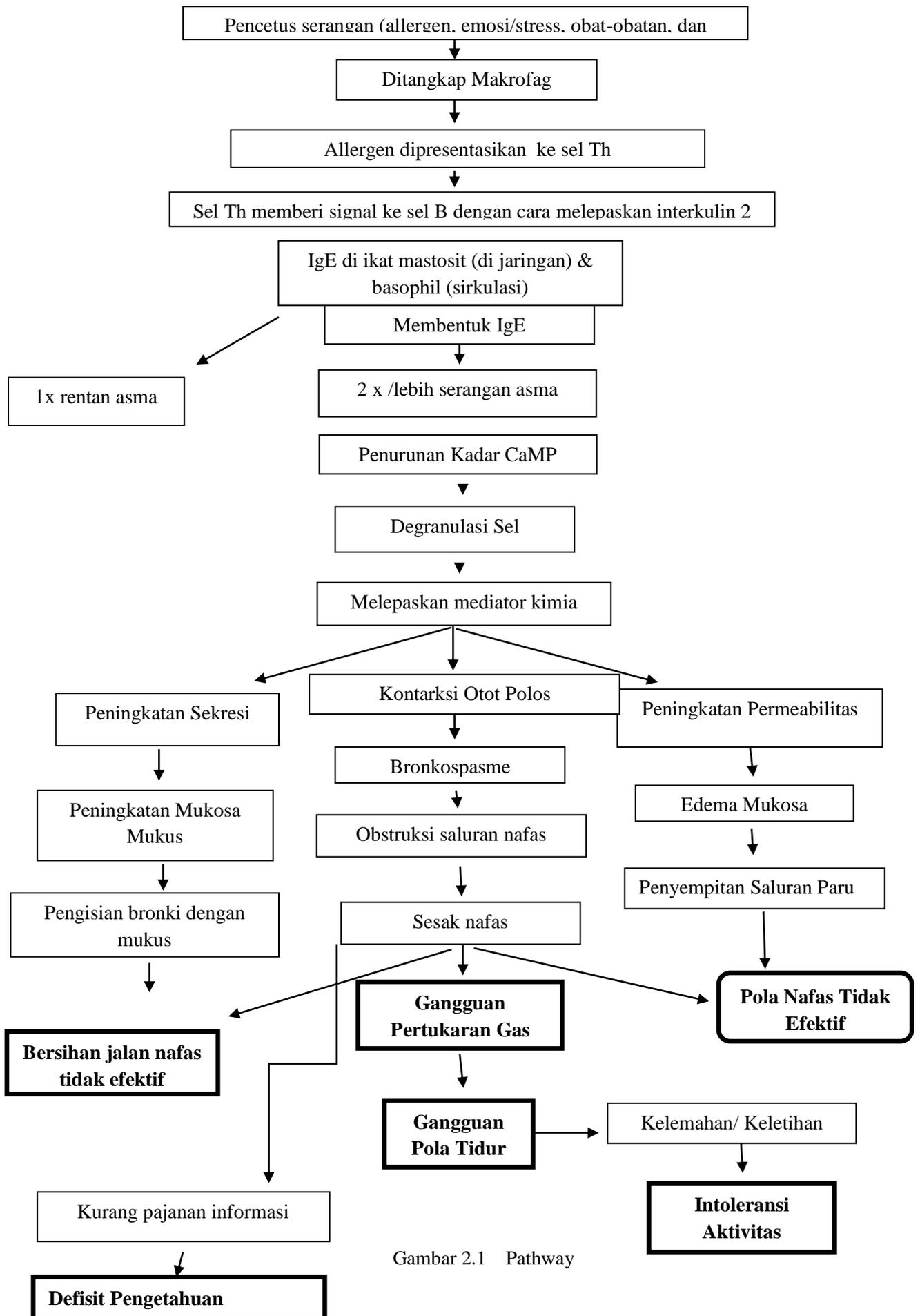
Asma dapat lebih buruk dalam hubungannya dengan kehamilan dan menstruasi, terutama premenstruasi, atau dapat timbul pada saat wanita menopause.

c) Faktor psikologis

Faktor emosi dapat memicu gejala-gejala pada beberapa anak dan dewasa yang berpenyakit asma, tetapi “penyimpangan” emosional atau sifat-sifat perilaku yang dijumpai pada anak asma tidak lebih sering dari pada anak dengan penyakit cacat kronis yang lain (Pery Paula, 2019)

3. Patofisiologi

Asma ditandai dengan kontraksi spastik dari otot polos bronkus yang menyebabkan sukar bernafas. Penyebab yang umum adalah hipersensitivitas bronkiolus terhadap benda-benda asing di udara. Reaksi yang timbul pada asma tipe alergi diduga terjadi dengan cara sebagai berikut : seorang yang alergi mempunyai kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibody IgE abnormal dalam jumlah besar dan antibody ini menyebabkan reaksi alergi bila reaksi dengan antigen spesifikasinya. Pada respon alergi di saluran nafas, antibody IgE berikatan dengan alergen menyebabkan degranulasi sel mast. Akibat degranulasi tersebut, histamin dilepaskan. Histamin menyebabkan konstriksi otot polos bronkiolus. Apabila respon histamin berlebihan, maka dapat timbul spasme asmatic. Karena histamin juga merangsang pembentukan mukus dan meningkatkan permeabilitas kapiler, maka juga akan terjadi kongesti dan pembengkakan ruang interstisium paru. Individu yang mengalami asma mungkin memiliki respon IgE yang sensitif berlebihan terhadap sesuatu alergen atau sel-sel mast-nya terlalu mudah mengalami degranulasi. Dimanapun letak hipersensitivitas respon peradangan tersebut, hasil akhirnya adalah bronkospasme, pembentukan mukus, edema dan obstruksi aliran udara (Yudhawati Resti, dkk 2017).



Gambar 2.1 Pathway

4. Tanda dan Gejala

Gejala asma terdiri atas 3 gejala utama, yaitu :

- a. Bising mengidentifikasi (*Wheezing*) yang terdengar dengan atau tanpa stetoskop.
- b. Batuk produktif, sering pada malam hari.
- c. Napas atau dada seperti tertekan
- d. Gejalanya bersifat paroksial yaitu membaik pada siang hari dan memburuk pada malam hari.

Gejala lain yang menyertai (Mansjoer, 2001), adalah :

- a. Dispnea
- b. Takipnea
- c. Takikardi
- d. Refraksi otot-otot aksesori pernapasan
- e. Diaphoreksis dan kelelahan
- f. Hipoksia

5. Penatalaksanaan

Prinsipnya penatalaksanaan asma dibagi menjadi 2, yaitu: penatalaksanaan asma jangka panjang dan penatalaksanaan asma akut/saat serangan

a) Tatalaksana Asma Jangka Panjang

Prinsip utama tatalaksana jangka panjang adalah edukasi, obat Asma (pengontrol dan pelega), dan menjaga kebugaran (senam asma). Obat pelega diberikan pada saat serangan, obat pengontrol

ditujukan untuk pencegahan serangan dan diberikan dalam jangka panjang dan terus menerus.

b) Tatalaksana Asma Akut pada Anak dan Dewasa

Tujuan tatalaksana serangan Asma akut:

1. Mengatasi gejala serangan asma
2. Mengembalikan fungsi paru ke keadaan sebelum serangan
3. Mencegah terjadinya kekambuhan
4. Mencegah kematian karena serangan asma (Pery Paula, 2019)

Menurut Kusuma (2016), ada program penatalaksanaan asma meliputi 7 komponen, yaitu :

1. Edukasi

Edukasi yang baik akan menurunkan morbiditi dan mortaliti. Edukasi tidak hanya ditujukan untuk penderita dan keluarga tetapi juga pihak lain yang membutuhkan energi pemegang keputusan, pembuat perencanaan bidang kesehatan/asma, profesi kesehatan.

2. Menilai dan monitor berat asma secara berkala
3. Identifikasi dan mengendalikan faktor pencetus
4. Merencanakan dan memberikan pengobatan jangka panjang
5. Menetapkan pengobatan pada serangan akut
6. Kontrol secara teratur

7. Pola hidup sehat, misalnya seperti meningkatkan kebugaran fisik, berhenti atau tidak pernah merokok, lingkungan kerja (Pery Paula, 2019).

B. Konsep Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang di temukan pada pasien Asma antara lain :

1. Bersihan Jalan Napas Tidak efektif

Definisi : ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Penyebab : Penumpukan Sekret

Kriteria Mayor subjektif: Dspnea.

Kriteria Mayor Objektif : batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebihan, mengi, wheezing/ ronchi kering, bunyi napas.

menurun, pola napas berubah, frekuensi napas berubah. Kondisi Klinis terkait : infeksi saluran napas, stroke, asma.

2. Gangguan Pertukaran Gas

Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/ atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

Penyebab : ketidakseimbangan ventilasi-pervusi dan perubahan membran alveolus-kapiler.

Kriteria mayor subjektif : Dispnea, penglihatan kabur, pusing.

Kriteria mayor objektif : bunyi napas tambahan, Takikardia, PO₂menurun, sianosis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal, kesadaran menurun.

Kondisi klinis terkait : Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), gagal jantung Kongstif, asma, peneumonua, TB paru, infeksi saluran napas.

3. Pola Napas Tidak Efektif

Definisi : inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab : Hambatan Upaya Napas, obesitas.

Kriteria Mayor subjektif : Dispnea, Orthopnea.

Kriteria Mayor objektif : penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, kapasitas vital menurun.

Kondisi klinis terkait : Asma, Stroke, Cedera Kepala.

4. Gangguan Pola Tidur

Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Penyebab : Hambatan Lingkungan

Kriteria Mayor subjektif : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup

Kriteria Mayor objektif : -

Kondisi klinis terkait : nyeri atau kolik, hhipertiroidisme, kecemasan, penyakit paru obstruktif kronis, kehamilan, periode pasca partum, kondisi pasca operasi

5. Intoleransi Aktivitas

Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab : Kelemahan

Kriteria Mayor subjektif : mengeluh lelah, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.

Kriteria Mayor objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritma saat/setelah aktivitas, Sianosis, Gambaran EKG menunjukkan iskemia

Kondisi klinis terkait : Anemia, gagal jantung kongestif, penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, aritma, PPOK, gangguan metabolik, gangguan muskuloskeletal.

6. Defisit pengetahuan

Definisi : ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab : gangguan fungsi kognitif, kurang terpapar informasi.

Kriteria Mayor subjektif : menanyakan masalah yang dihadapi.

Kriteria Mayor objektif : menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan anjuran, menunjukkan perilaku berlebihan.

Kondisi klinis terkait : penyakit akut, penyakit kronis (SDKI, 2017).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Asma

Pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah asma terdiri atas 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Kelima proses ini harus dijalankan harus berkesinambungan antara satu terhadap dengan tahapan lainnya.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Biodata

- a) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, diagnose medis).
- b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Dapat ditemukan adanya sesak napas, pusing dan badan terasa lemas. pasien mengatakan pasien batuk berdahak sejak kemarin.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan saat ini. Sesak nafas, pusing dan badan terasa lemas.

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Pada pengkajian riwayat kesehatan pada keluarga ada mengalami penyakit yang sama seperti yang di derita klien.

Pada kasus tersebut terdapat keluarga klien yang mengalami penyakit Asma, dan Hipertensi.

d) Riwayat kesehatan keluarga.

Apakah ada anggota keluarga yang menderita emfisema, asma.

3) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik pasien menggunakan IPPA dan didapatkan data-data berupa keadaan umum pasien lemah dan tingkat kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital pasien dengan hasil pemeriksaan mengalami peningkatan.

a) Pada pemeriksaan mata,

I : lihat letak mata kanan dan kiri apakah simetris atau tidak,
pupil isokor atau tidak, sclera ikterik atau tidak,
konjunctiva anemis atau tidak,

P : ada atau tidak ada nyeri tekan.

P : -

A : -

b) Pada hidung pasien

I : ada atau tidak polip, ada pembengkakan atau tidak.

P : adanya nyeri tekan atau tidak

P : -

A : -

c) Mulut pasien

I : dilihat mukosa mulut dalam keadaan kering atau tidak,tidak terjadi sianosis atau tidak, lidah tidak sulit untuk digerakkan atau tidak, dan dalam kemampuan menelan ada gangguan atau tidak.

P : -

P : -

A : -

d) Pemeriksaan telinga

I : didapatkan letak yang simetris atau tidak, ada serumen atau tidak,

P : ada nyeri tekan atau tidak,ada massa atau tidak, dan pasien apa perlu disentuh ketika dipanggil atau tidak.

P : -

A : -

e) Pada leher pasien

I : -

P : terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak

P : -

A : -

f) Pada pemeriksaan dada,

I : perkembangan dada kanan dan kiri simetris atau tidak, ada retraksi interkosta atau tidak,

P : fremitus raba kanan dan kiri sama atau tidak,

P : -

A : terdengar bunyi sonor atau tidak, terdengar bunyi tambahan wheezing atau tidak.

g) Pada pemeriksaan jantung didapatkan hasil

I : ictus cordis Nampak atau tidak, ictus cordis kuat atau tidak, batas jantung melebar atau tidak,

P : -

P : -

A : bunyi jantung I dan II murni atau tidak.

h) Pemeriksaan abdomen

I : dinding perut cekung dari dada atau tidak, adalesi atau tidak,

P : ada nyeri tekan atau tidak

P : ada penumpukan cairan atau tidak

A : frekuensi bising usus dan peristaltik usus, terdengar suara tympani atau tidak

i) Pada genetalia

I : anus pasien terdapat hemoroid atau tidak, dan pasien terpasang kateter atau tidak, bersih atau tidak, dan ada tanda-tanda iritasi kulit atau tidak.

P : -

P : -

A : -

j) Pada ekstremitas atas dan bawah

I : bisa digerakkan atau tidak, ada luka maupun edema atau tidak.

P : adanya nyeri tekan atau tidak

P : -

A : -

b. Tabulasi Data

Berdasarkan teori keluhan utama pada pasien dengan asma adalah dispnea (sampai sehari-hari atau berbulan-bulan), adanya sesak napas, pusing dan badan terasa lemas, susah untuk tidur dikarenakan klien merasakan sesak napas, pasien lemah, tanda-tanda vital meningkat, batuk produktif, sering pada malam hari, napas atau dada seperti tertekan, dyspnea, takipnea, takikardi, refraksi otot-otot aksesori pernapasan, diaphoreksis dan kelelahan, hipoksia.

c. Klasifikasi data

Klasifikasi data pada penderita Asma yaitu:

DS: Batuk pilek, badan lemah, tidak bergairah, anoreksia, sesak napas, nyeri dada, kepala pusing, batuk produktif berupa sputum, nafsu makan menurun, mual.

DO: K/U lemah, hipoksemia, adanya sputum di jalan napas, suara napas wheezing, napas cepat dan nadi cepat, BB menurun, porsi makan tidak dihabiskan. Pemeriksaan fisik ditemukan tanda-tanda konsolidasi paru berupa perkusi paru pekak, auskultasi terdapat ronchi nyaring dan suara pernapasan wheezing, inspirasi ronchi dan terdapat penggunaan otot aksesori.

d. Analisa Data

Analisa adalah kemampuan mengkaitkan data menghubungkan data tersebut dengan pemberian asuhan keperawatan yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Rohman, 2018).

Tabel 2.1 Analisa Data

No.	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : Batuk berdahak, ada sputum, sesak napas, dispnea, ortopnea DO : Klien napas menurun, bunyi napas rales, batuk berdahak, sputum berlebihan	Spasme jalan napas (Broncospasme)	Inefektif bersihan jalan napas
2.	DS : Sesak napas, pusing, lemah DO : Klien napas cepat, bunyi napas ronchi, tampak sesak	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas
3.	DS : Sesak napas DO : Klien napas cepat, kelemahan, penggunaan otot aksesori. Sianosis, diaforesis, gelisah	Perubahan membran kapiler alveoli	Gangguan pertukaran gas
4.	DS : Sesak Napas DO : Dispnea, Adanya penggunaan otot Bantu napas, Takipnea, pernapasan cuping hidung	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
5.	DS : Badan lemah, sesak napas, menggantung DO : Sesak napas, sering mengguap, tidak fokus.	Sesak napas	Gangguan pola tidur
6.	DS : - DO : Menanyakan tentang sakitnya	Kurang terpaparnya informasi	Kurang pengetahuan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status kesehatan atau masalah aktual atau potensial. Perawat memakai proses keperawatan dalam mengidentifikasi dan mensintesis data klinis dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan

atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggungjawabnya
(Brunner & Suddarth, 2002)

Berikut adalah diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien dengan asma bronchial:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme dan peningkatan sekresi pulmoner yang ditandai dengan:

DS: Klien batuk berdahak, ada sputum, sesak napas

DO: Klien napas cepat, bunyi napas mengi, batuk berdahak

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran kapiler alveoli yang ditandai dengan:

DS : Sesak napas

DO : Klien napas cepat, kelemahan, penggunaan otot aksesori.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas yang ditandai dengan:

DS : Badan lemah, mengantuk

DO : Sesak napas, sering menguap, tidak fokus.

- d. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang ditandai dengan :

DS :Sesak Napas

DO : Dispnea, Adanya penggunaan otot Bantu napas, Takipnea, pernapasan cuping hidung

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan:

DS : Sesak napas, pusing, lemah

DO : Klien napas cepat, bunyi napas ronchi, tampak sesak, dispnea

f. Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang informasi tentang proses penyakit dan tindakan yang ditandai dengan:

DS : -

DO : Klien menanyakan tentang sakitnya.

3. Perencanaan

Setelah pengumpulan data klien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan (Safitry R, 2019). Berdasarkan diagnosa di atas maka masalah inefektif bersihan jalan napas dan gangguan pertukaran gas merupakan prioritas utama karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan perawatan dan pengobatan. Diagnosa intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur, pola napas tidak efektif merupakan prioritas kedua karena dapat mengancam kesehatan sedangkan untuk masalah kurang pengetahuan merupakan prioritas ketiga karena dapat mengancam tumbuh kembang.

Intervensi merupakan tahap selanjutnya setelah menetapkan diagnosa keperawatan dan sebagai perencanaan untuk melaksanakan implementasi pada pasien. Berdasarkan diagnosa di atas pelaksanaan ditetapkan dalam suatu tujuan, kriteria evaluasi, intervensi, dan rasional.

Berikut intervensi untuk diagnosa keperawatan yang diangkat dari buku SIKI (2018)

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif.

Tujuan:

Intervensi:

Manajemen Jalan Nafas (I. 01011)

Observasi

1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
2. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
3. Monitor kemampuan batuk efektif
4. Auskultasi bunyi napas
5. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronchi kering)
6. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
7. Monitor adanya sumbatan pada jalan napas
8. Monitor hasil X-Ray toraks

Terapeutik

- a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical)

- b. Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- c. Berikan minum hangat
- d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- e. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- f. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- h. Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.
- 2) Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

- i. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*.

- b. Gangguan pertukaran gas

Pemantauan respirasi (I.01014)

Observasi

- 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.
- 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, CheyneStokes, Biot, ataksik)
- 3. Monitor kemampuan batuk efektif
- 4. Monitor adanya produksi sputum
- 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas
- 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 7. Auskultasi bunyi napas

8. Monitor saturasi oksigen
9. Monitor nilai A G D
10. Monitor hasil x-ray toraks

Terapeutik

1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
2. Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

c. Pola napas tidak efektif

Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

1. Pertahankan kepatenan jalan napas
2. Posisikan semi fowler atau fowler
3. Berikan minum air hangat
4. Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

2. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian bronkodilator

d. Intoleransi aktivitas

Manajemen Energi (I.05178)

Observasi

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
3. Monitor pola dan jam tidur
4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
2. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif
3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
4. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

1. Anjurkan tirah baring
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

e. Gangguan pola tidur

Dukungan Tidur (1.09265)

Observasi

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
2. Identifikasi faktor pengganggu tidur
3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik

1. Modifikasi lingkungan
2. Batasi waktu tidur siang
3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
4. Tetapkan jadwal rutin tidur
5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga

Edukasi

1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
2. Anjurkan menepati kebiasaan tidur.
3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

f. Kurang pengetahuan

Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan (1.12383)

Observasi

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Safitri R, 2019). Tujuan dari pelaksanaan atau implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi untuk menentukan perubahan system tubuh untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien dan untuk mengimplementasikan pesan dokter (Safitry R, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Dalam proses keperawatan evaluasi keperawatan menjadi bagian akhir yang memberikan evaluasi sudah sejauh mana keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan. Evaluasi keperawatan juga digunakan untuk penelitian seberapa pengaruhnya/efektifnya perawatan yang diberikan dan menjadi media komunikasi. Informasi keadaan pasien setelah dilakukan implementasi keperawatan apakah kemungkinan untuk melakukan perubahan perawatan yang disesuaikan dengan keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi. Evaluasi ini dilakukan dengan keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi (Koten Bota H. Elisabet et al , 2021).

Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu: a) Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai, b) Evaluasi somatif merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Nursalam, 2011).

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain studi kasus

Karya Tulis ini menggunakan jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan utama dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Nursalam,2011). pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Asma di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek penelitian adalah subjek yang dituju untuk di teliti oleh peneliti atau subjek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran penelitian. Subjek penelitian pada kasus ini adalah satu orang pasien yang di rawat dengan diagnosa medik Asma di Ruang RPD III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

C. Batasan istilah

Asma merupakan penyakit obstruktif saluran pernapasan yang bersifat reversibel yang menyebabkan penyempitan pada saluran pernapasan sehingga menimbulkan kesulitan dalam bernapas. Asuhan Keperawatan Asma adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari

pelayanan kesehatan yang meliputi kebutuhan biologis, psikologis, social dan spiritual yang di berikan langsung kepada klien dengan sama.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi Kasus ini akan dilakukan selama 3 hari pada bulan Juni 2022 di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Studi Ksus ini diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus, setelah di setuju oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus di lanjutkan dengan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara, dan studi dokumentasi terhadap kasus yang di jadikan subjek studi kasus (Nursalam,2011). Dalam pengkajian perlu adanya Informed Consent. Penggunaan Informed Consent dengan cara :

1. Komunikasi dengan pasien/keluarga

Komunikasi yang dilakukan bisa memberikan pencerahan kepada pasien yang etis dimana tidak melanggar etika-etika medis

2. Menjelaskan tentang kondisi pasien

Dalam hal ini perawat yang akan memberika Asuhan Keperawatan harus memahami bagaimana kondisi klinis dan kompetensi pada saat memberikan informasi. Jika yang di hadapi pasien dewasa yang sadar dan kompeten Informed Consent harus terjadi pada perawat dan pasien.

3. Klarifikasi

Perawat harus memberikan klarifikasi (Penjelasan) minimal pasien harus tau mengapa perlu dilakukan tindakan keperawatan, bagaimana prosedur tindakan dan seberapa besar keberhasilannya.

4. Mendapatkan Informed Consent dari pasien/keluarga

Dengan pemahaman yang diberikan oleh perawat, pasien dapat mengambil keputusan untuk mengabulkan tindakan keperawatan

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara yang dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, biodata orang tua wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi

Observasi pada klien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien dengan prinsip Head To Toe. Observasi ini dilakukan secara berturut-turut selama 3 hari untuk melihat perkembangan klien

3. Studi kasus

Studi kasus dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil dari pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah Format Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari:

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun di rumah sakit dan studi dokumentasi.

I. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan pengumpulan data-data yang berupa data keperawatan yang kemudian di klasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan data tersebut dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien dengan Asma. Dari masalah keperawatan yang di temukan tersebut di jadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah di lakukan. Data dari hasil pengkajian sampai evaluasi di tampilkan dalam bentuk naratif. (Rohman,2018).

BAB VI

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di ruangan Penyakit Dalam 3 dengan jumlah ruangan 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan.

2. Pengkajian

Pasien berinisial Tn. D.I berumur 72 tahun berjenis kelamin laki-laki dan pendidikan terakhir klien SD beralamatkan Ndonga, Rt 007, Rw 004, kelurahan Onelako dan beragama Islam dengan diagnosa medis Asma Bronchialis.

a. Pengumpulan data

1) Biodata

Pasien berinisial Tn. D.I berumur 72 tahun berasal dari Ndonga pekerjaan sehari-hari sebagai Petani. Pasien beragama Islam dan pendidikan terakhir adalah SD. Klien sudah menikah dan memiliki 4 anak, tanggal masuk Rumah Sakit 04 Juli 2022. Penanggung jawab pasien adalah anak kandungnya sendiri dengan inisial Tn. D.D umur 42 tahun, pendidikan terakhir adalah S1, pekerjaan seorang guru

2) Keluhan utama

sesak napas

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengeluh sesak napas, klien mengeluh lemah, Napas cepat, terpasang infus tangan sebelah kiri Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang 02 Simpel Mask 4 liter dan Nasal Kanul 5 liter.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga klien mengatakan klien sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit dengan keluhan yang sama sesak napas dan di RSUD Ende tepatnya di bulan Maret 2022 dan di berikan terapi obat omeprazole dan Methylprednisolone untuk meredakan perasangan pada asma serta pengobatan reaksi alergi yang parah.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan kalau anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit Asma, maupun penyakit penyerta lainnya seperti Hipertensi dan Penyakit Jantung

4) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Keluarga klien dan klien mengatakan bahwa jika sakit selalu berobat ke Dokter atau di Fasilitas Kesehatan dan

klien selalu minum obat yang diberikan pada klien. Klien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola nutrisi metabolic

Keluarga klien mengatakan klien makan 3 kali sehari dan minum sekitar 6-8 gelas per hari (1.600 cc), jenis makanan yang di makan seperti nasi, sayur, ikan, tahu-tempe dan sesekali disertai buah. Porsi makanan yang disediakan dapat dihabiskan. Saat ini klien makan 3 kali sehari, jenis makanan bubur, ikan, tahu, sayur. Klien menghabiskan 1/2 porsi makan yang diberikan

c) Pola eliminasi

Klien mengatakan BAB sebelumnya 1x sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK klien bisa dengan 4-5 kali sehari warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK. Saat ini klien BAB 1-2 hari sekali, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK saat ini 4-6 kali sehari, warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola aktifitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktifitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil,) klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga

e) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur malam mulai dari jam jam 22.00- 05.00 pagi, sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur. Saat ini keluarga klien mengatakan klien tidur mulai jam 10.00-05.00, tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan pada saat tidur.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

klien mengatakan dapat mengingat dengan baik tempat dan orang, klien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium bau, dapat meraba, dan mendengar dengan baik. Klien juga mengatakan tidak ada gangguan pada system pengelihatan, pendengaran, perasa dan penciuman. Orientasi klien terhadap waktu tempat dan orang sangat baik.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Sebelum sakit klien merupakan seorang ayah dengan 4 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan

anggota keluarganya, semua keputusan selalu dibicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk sembuh, klien mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan selalu aktif dalam kegiatan yang ada di masyarakat. Saat ini klien merupakan seorang petani, klien mempunyai hubungan yang baik dengan keluarga dan semua keputusan selalu dibicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk cepat sembuh.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stress

klien merupakan seorang petani dengan 4 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada didalam keluarga selalu dibicarakan bersama-sama, klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan aktif dalam kegiatan masyarakat.

i) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit keluarga klien mengatakan klien rajin beribadah ke Mesjid. Saat sekarang klien tidak pernah melakukan ibadah di Mesjid karna sakit yang dialaminya, klien merasa lemah klien sudah jarang beribadah semenjak di rawat di rumah sakit.

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : Composmentis, nadi 106x/m, suhu 36,0°C, TD, 100/70 mmHg, RR 28x/m, Spo2 94%,

Kepala: tampak bersih, rambut uban, penyebaran rambut rata, tidak rontok, tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.

Mata: Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat.

Telinga : tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar. Hidung : bentuk simetris,

tidak ada lesi, terpasang 02 simpel mask 4 liter dan Nasal

kanul 5 liter. Mulut : Mukosa bibir pucat, dan kering, lidah tidak kotor, gigi berjumlah 28 buah, dan ada karang gigi.

Wajah : tampak bersih, bentuk wajah simetris, kelenjar tampak pucat, tampak kusam. Leher : bentuk simetris, tidak ada lesi

tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada kelenjar getah bening. dada: bentuk simetris, adanya penggunaan

otot bantu napas, Dispnea, tidak ada masa, tidak adanya nyeri tekan, bunyi napas mengi, Napas Cepat. Pernapasan

Takipnea. Abdomen: bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan,

peristaltik usus 20x/m. Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan genetalia karna klien tidak mengeluh sakit

pada daerah genetalia. Ekstermitas Atas : tangan daerah dextra terpasang infus Nacl 0,9% 20x/m tpm, CRT >3 detik

ekstermitas bawah : tidak ada edema, CRT >3detik, akral teraba dingin, kulit tanpak pucat, diaforesis.

b) Pemeriksaan penunjang

Darah lengkap

Result	Flags	Unit	Reference Range
WBC	9,20	10 ³ / μL	3,80 - 10,60
LYMPH#	1,12	10 ³ / μL	1,00 - 3,70
MONO#	0,99 +	10 ³ / μL	0,00 - 0,70
EO#	0,36	10 ³ / μL	0,00 - 0,40
BASO#	0,03	10 ³ / μL	0,00 - 0,10
NEUT#	6,70	10 ³ / μL	1,50 - 7,00
LYMPH%	12,2 -	%	25,0- 40,0
MONO%	10,8 +	%	2,0 - 8,0
EO%	3,9	%	2,0 - 4,0
BASO%	3,0	%	0,0 - 1,0
NEUT%	72,8 +	%	50,0 - 70,0
IG#	0,04	10 ³ / μL	0,00 - 7,00
IG%	0,4	%	0,0 - 72,00
RBC	5,15	10 ³ / μL	4,40 - 5,90
HGB	13,3	g/dL	13,2 - 17,3
HCT	40,4	%	40,0 - 52,0
MCV	78,4 -	fL	80,2 - 100,0
MCH	25,8 -	Pg	26,0 - 34,0
MCHC	32,9	g/dL	32,0 - 36,0
RDW-SD	40,1	fL	37,0 - 54,0
RDW-CV	13,8	%	11,5 - 14,5
PLT	209	10 ³ / μL	150 - 450
MPV	8,2 -	fL	9,0 - 13,0
PCT	0,17	%	0,17 - 0,35
PDW	8,0 -	fL	9,0 - 17,0
P-LCR	11,2 -	%	13,0 - 43,0

c) Terapi

No	Nama obat	Dosis
1.	Nebu Ventolin	3X1 gram
2.	Paracetamol	3X2 mg
3.	Furosemi	40 mg
4.	CTM	2X4 mg
5.	Methylprednisolone	2X62,5 mg
6.	Infus RL	20 Tpm

b. Tabulasi data

klien mengeluh sesak napas dan badan terasa lemas, Klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga, terpasang infus tangan sebelah kiri Nacl 0,9% 20 tpm, Klien Napas Cepat, terpasang 02 Simpel Mask 4 liter dan 02 nasal kanul 5 liter, nadi 106x/m, Suhu 36,0°C, TD 100/70 mmHg, RR 28x/m, SpO₂ 94%, mukosa bibir pucat, dan kering, adanya penggunaan otot bantu napas, Dispnea, pernapasan takipnea, bunyi napas mengi, akral dingin, diaforesis, CRT >3detik.

c. Klasifikasi data

DS : klien mengeluh sesak napas, dan badan terasa lemas,
Klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga

DO : terpasang infus tangan sebelah kiri Nacl 0,9% 20 tpm, Klien Napas Cepat, dan kusam, terpasang O₂ simpel mask 4 liter dan O₂ nasal kanul 5 liter. Nadi 106x/m, Suhu 36,0°C, TD 100/70 mmHg , RR 28x/m, SpO₂ 94%, mukosa bibir pucat, dan kering, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, Diaforesis, bunyi napas

mengi, akral dingin, wajah tampak meringis, CRT >3 detik.

d. Analisa data

1) Sign/Symptom

DS : Klien mengeluh sesak napas

DO : Klien Napas Cepat, pernapasan takipneu, Dispnea, Diaforesis, Kelemahan, RR 28x/m, CRT >3 detik, adanya bunyi napas tambahan mengi, adanya penggunaan otot bantu napas.

Problem : Gangguan pertukaran gas

Etiologi : Broncospasme.

2) Sign/symptom

DS : klien mengeluh sesak napas, badan terasa lemas, Klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga

DO : Klien Napas Cepat, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, Dispnea, Kelemahan, RR 28x/m.

Problem Intoleransi aktivitas

Etiologi : Kelemahan

3. Diagnosa keperawatan

- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme ditandai dengan :

DS : klien mengeluh sesak napas

DO: Klien Napas Cepat, pernapasan takipneu, Dispnea, Diaforesis, Kelemahan, RR 28x/m, CRT >3 detik, SpO₂ 94%, adanya bunyi napas tambahan mengi, adanya penggunaan otot bantu napas.

- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan :

DS : klien mengeluh sesak napas, badan terasa lemas, Klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga

DO : Klien Napas Cepat, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, Dispnea, Kelemahan, RR 28x/m.

4. Intervensi Keperawatan (Buku SIKI, 2018)

Berdasarkan masalah di atas, maka masalah Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme merupakan masalah utama karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan merupakan masalah yang mengancam kesehatan.

Untuk diagnosa pertama Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme. Tujuan : tujuannya Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi. Kriteria hasil : a) Dispnea menurun, b) bunyi napas tmbaahan menurun, c) Diaforesis menurun, d) Napas cuing hidung menurun, e) Pola napas membaik. f) Sanosis membaik. dengan Rencana tindakan : .

- 1). Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas . Rasional :takipnue, pernapasan dangkal dan gerakan dada tak simetris sering terjadi ketidaknyaman gerakan-gerakan dinding dada/cairan paru, 2) Monitor pola napas. Rasional : mengetahui frekuensi kedalaman, irama napas, 3) Monitor kemampuan batuk. Rasional : untuk menentukan tingkat obstruksi sputum, 4) Monitor adanya sumbatan jalan napas. Rasional : untuk mengetahui adanya jalan napas pada system pernapasan pasien ,5) Auskultasi bunyi napas. Rasional : untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru pasien. 6) Monitor saturasi oksigen. Rasional : mengetahui adanya perubahan saturasi oksigen.

diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi terhadap aktivitas meningkat dengan Kriteria hasil: a) Frekuensi nadi mningkat, b) SpO₂ meningkat, c) Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat, d) Dispnea saat aktivitas menurun, e) Perasaan lemah menurun, f) warna kullit membaik, g) Tekanan darah membaik. dengan Rencana tindakan: 1) identifikasi gangguan fungsi tubuh,

Rasional: untuk mengetahui fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan. 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional. Rasional : untuk mengetahui koping klien, 3) Monitor pola dan jam tidur, Rasional : menghindari kelelahan akibat kurang istirahat, 4). Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas. Rasional : mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait dengan aktivitas yang akan dilakukan, 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan). Rasional : memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien, 6) Anjurkan tirah baring. Rasional : Untuk mengurangi aktivitas yang berlebihan, 7) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap. Rasional : untuk meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, dan mencegah kontrafraktur, 8) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang. Rasional : untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat

5. Implementasi

a. Hari Selasa 5 Juli 2022

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pertukaran gas antara lain : jam 08.10 Memonitor frekuensi, irama dan kedalaman napas dengan hasil : pernapasan takipnue, bunyi napas Mengi, RR 28x/m, adanya penggunaan otot bantu napas. 08.15 Monitor pola napas dengan hasil: adanya bunyi napas tambahan Mengi,

pernapasan takipneue. 08.20 Memonitor kemampuan batuk efektif dan monitor saturasi oksigen dengan hasil: klien mampu melakukan batuk efektif, Spo₂ 90%. Jam 08.30 Memonitor adanya sputum jalan napas dengan hasil : klien mendapatkan terapi oksigen 4 l/m. 09.14 Auskultasi bunyi napas dengan hasil : bunyi napas mengi, pernapasan takipneue. 09.18 Monitor saturasi oksigen dengan hasil : SpO₂ 90%

Evaluasi :klien mengatakan sesak napas berkurang karena memakai oksigen, klien tampak rileks dan nyaman beristirahat

2) Dignosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Intoleransi Aktivitas antara lain : Jam 09:35 WITA Mengidentifikasi kemampuan yang mengakibatkan kelelahan, Jam 09.45 WITA Memonitor kelelahan fisik dan emosional, Jam 09.55 WITA Memonitor pola dan jam tidur, Jam 10.05 WITA Memontor lokasi dan ketidaknyamanan selamam melakukan aktivitas, Jam 10.10 WITA Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan). Jam 10.18 WITA Menganjurkan tirah baring, Jam 10.25 WITA Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Jam 10.30 WITA Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. Evaluasi : Klien mengatakan bawah klien mengerti dengan anjuran yang diberikan dan mampu menerapkan di rumah.

b. Hari Rabu 6 Juli 2022

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pertukaran gas antara lain : 08.15 monitor frekuensi, irama dan kedalaman serta upaya napas dengan hasil : pernapasan takipneue, bunyi napas mengi, RR 26x/m, 08.30 memonitor pola napas dengan hasil : pernapasan takipneue, 08:45 Memonitor kemampuan batuk efektif dan monitor saturasi oksigen dengan hasil: klien belum mampu untuk beraktifitas karna lemah, Spo2 90%. Jam 08.55 WITA Auskultasi bunyi napas dengan hasil : bunyi napas mengi, pernapasan takipneue. 09.18 Monitor saturasi oksigen. Evaluasi :klien mengatakan sesak napas berkurang karena memakai oksigen, klien tampak rileks dan nyaman beristirahat

2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Intoleransi aktivitas antara lain : Jam 09:20 WITA Mengidentifikasi kemampuan yang mengakibatkan kelelahan, Jam 09.25 WITA Memonitor kelelahan fisik dan emosional, Jam 09.32 WITA Memonitor pola dan jam tidur, Jam 109.45 WITA Memontor lokasi dan ketidaknyamanan selamam melakukan aktivitas, Jam 09.58 WITA Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan). Jam 10.13 WITA Menganjurkan tirah baring, Jam 10.20 WITA Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Jam 10.28 WITA

Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. Evaluasi : Klien mengatakan bahwa klien mengerti dengan anjuran yang diberikan dan mampu menerapkan di rumah.

6. Evaluasi

a. Hari Selasa 5 Juli 2022

1. Diagnosa I

Subjektif : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sedikit berkurang

Objektif : klien menggunakan alat bantu napas O₂ nasal 4 l/m, klien terpasang infus NaCl 0,9% 20 atm, takipneu, dispnue, RR 28 x/m, bunyi napas ronki, Spo2 90%, adanya penggunaan otot bantu napas.

Assesment : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi.

Planing : intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7

2. Diagnosa II

Subjektif : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sedikit berkurang

Objektif : klien mengatakan sudah bisa beraktifitas sendiri, hanya masih memerlukan pengawasan dari keluarga

Assessment : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi

Plaining : intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7

b. Hari Rabu 6 Juli 2022

1. Diagnosa I

Subjektif : klien mengeluh masih lemah, sesak sedikit berkurang

Objektif : klien masih tampak lemah, pucat, RR 26x/m, bunyi napas ronchi, aktifitas klien masih di bantu, masih terpasang O₂ nasal kanul 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.

Asesment : masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan 1,3,5, 6

2. Diagnosa II

Subjektif : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sedikit berkurang

Objektif : klien mengatakan sudah bisa beraktifitas sendiri, hanya masih memerlukan pengawasan dari keluarga

Assessment : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi

Plaining : intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7

- c. Kamis 7 juli 2022 jam 14.00 WITA dilakukan catatan perkembangan dan di peroleh hasil

1. Diagnosa I

Subjektif : klien mengatakan sesak sedikit berkurang, tidak lemah lagi.

Objektif : klien tidak lemah lagi, wajah masih tampak pucat, RR 22x/m, terpasang O₂ nasal kanul 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.

Assessment : masalah gangguan petukaran gas sebagian teratasi

Planing : lanjutkan intervensi 1, 2, 8

Implementasi :

jam 08.10 Memonitor frekuensi, irama dan kedalaman napas dengan hasil : pernapasan Veskuler, bunyi napas normal, RR 22x/m, tidak ada penggunaan otot bantu napas. 08.15 Monitor pola napas dengan hasil: tidak ada bunyi napas tambahan, pernapasan veskuler. 08.20 Memonitor kemampuan batuk efektif dan monitor saturasi oksigen dengan hasil: klien mampu melakukan batuk efektif, SpO₂ 90%. Jam 08.30 Memonitir adanya sputum jalan napas dengan hasil : klien mendapatkan terapi oksigen 4 l/m. 09.14 Auskultasi bunyi napas dengan hasil : bunyi napas normal, pernapasan vesikuler.

Evaluasi :

Subjektif : klien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi

Objektif : tidak adanya suara napas tambahan, RR 22x/m, SpO₂ 90%

Assesment : masalah gangguan pertukaran gas teratasi

Planing : hentikan intervensi (pasien pulang)

2. Diagnosa II

Subjektif : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sudah berkurang

Objektif : klien mengatakan sudah bisa beraktifitas sendiri tanpa bantuan, klien tampak sudah bias beraktifitas sendiri secara mandiri dan klien sudah di perbolehkan untuk pulang, RR 22x/m

Assesment : masalah intoleransi aktivitas teratasi

Plaining : intervensi di hentikan (pasien pulang)

Implementasi :

Jam 09:35 WITA Mengidentifikasi kemampuan yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil : Klien sudah tidak lemah lagi, Jam 09.45 WITA Memonitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil : Klien mampu mengontrol emosi, Jam 09.55 WITA Memonitor pola dan jam tidur dengan hasil : klien tidur dari jam 21.00 WITA - 05.00 WITA, Jam 10.05 WITA Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil : klien merasa nyaman, Jam 10.10 WITA Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) dengan hasil : klien merasa nyaman. Jam 10.18 WITA Mengajukan tirah baring dengan hasil : klien mengikuti anjuran yang di berikan, Jam 10.25 WITA Mengajukan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : klien mampu mengikuti anjuran yang diberikan, Jam 10.30 WITA Mengajukan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, dengan hasil : klien mengerti dengan anjuran yang di berikan.

Evaluasi :

Subjektif : Klien mengatakan bahwa klien mengerti dengan anjuran yang diberikan dan mampu menerapkan di rumah.

Objektif : tidak adanya suara napas tambahan, RR 22x/m, klien sudah bisa beraktivitas sendiri

Assesment : masalah Intoleransi aktivitas teratasi

Planing : hentikan intervensi (pasien pulang)

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Tn. D.I dengan diagnosa medis Asma Bronchialis menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktik (kasus nyata), yang di temukan pada klien Tn. D.I di Ruang Penyakit Dalam 3 RSUD Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian pada Tn. D.I dengan diagnosa medis Asma Bronchialis di temukan data, klien mengeluh sesak napas dan badan terasa lemas. Saat dilakukan pemeriksaan fisik klien tampak sesak, pada saat di auskultasi terdapat bunyi napas mengi, RR 28x/m, Nadi 106x/m, Suhu 36,5°C, TD 100/70 mmHg, SpO₂ 90%. Pernapasan takipnue, Dispnea, wajah tampak pucat, tangan daerah dextra terpasang infus Nacl 0,9% 20tpm, terpasang O₂ nasal kanul 3 l/m, aktifitas di bantu oleh keluarga.

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata di mana data yang tidak di temukan pada kasus adalah tidak adanya Sputum. hal ini menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan manifestasi klinik pada Tn. D.I karena klien sudah

mendapatkan pengobatan dan perawatan sebelumnya di Rumah Sakit pada bulan Maret 2022 dan mendapatkan terapi Nebu dan 02 nasal kanul 5 l/m.

Studi kasus ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan oleh oleh Kuriawati 2021 dengandiagnosa medis asma bronchial.dimana pada kasus tersebut tidak ditemui adanya sputum. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala pada penderita asma bronchial masing-masing orang berbeda tergantung dari lamanya menderita dan kecepatan dalam mencari pengobatan.

2. Diagnosa medis

Secara teori diagnosa medik untuk kasus asma bronchial ada 6 yaitu 1) Inefektifitas Bersihan Jalan Napas, 2) Intoleransi Aktivitas, 3) gangguan pertukaran gas, 4) Pola Napas Tidak Efektif, 5) Gangguan Pola Tidur, 6) Kurang Pengetahuan. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Tn D.I hanya dua diagnosa yaitu : 1). Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme. 2) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus hanya diangkat 2 buah diagnosa sedangkan terdapat 6 diagnosa keperawatan pada teori. Adapun diagnosa keperawatan pada kasus dan terdapat pada teori yaitu gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas. Selain itu untuk diagnosa keperawatan Inefektif bersihan jalan napas, gangguan

pola tidur, pola napas tidak efektif dan kurangnya pengetahuan tidak diangkat karna pada saat dikaji tidak ditemukan Sputum. Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini berarti bahwa tidak semua penderita Asma akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien dan kecepatannya dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan.

3. Intervensi keperawatan

Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun pada tinjauan kasus adalah sama intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya. Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1-3 telah dilaksanakan dengan baik karna adanya peran serta klien dan keluarga dalam membantu perawat didalam memberikan data-data dan bekerja sama dengan perawat saat melaksanakan intervensi keperawatan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Tn I.D dengan diagnosa medis Asma Bronchialis berdasarkan tiga diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realitas mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum, hingga tindakan mandiri klien, dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari pola napas tidak efektif, gangguan

pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ketiga masalah diatas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 5 juli 2022, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 6-7 juli 2022. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerjasama antar pasien., keluarga dan tenaga kesehatan. Tidak ada perbedaan antar teori dan kasus.Semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah serta memberi hasil yang baik, dimana pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Evaluas keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Tn D.I evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang terdapat pada kasus nyata Tn D.I yaitu untuk masalah keperawatan gangguan pertukaran gas, dimana klien mengatakan sesak napas sedikit berkurang, tidak ada penggunaan otot bantu napas, RR 22x/m. Untuk masalah keperawatan intoleransi aktifitas, dimana klien mengatakan sudah bisa beraktifitas sendiri tanpa bantuan, klien tampak sudah bisa beraktifitas sendiri secara mandiri dan klien sudah di perbolehkan untuk pulang, RR 22x/m. Untuk masalah keterbatasan studi kasus,

dalam studi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus antara lain waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai bahan acuan teori.

Implikasi untuk keperawatan yaitu beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain : 1. Sebagai pendidik : memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi nyata ditemukan perawat menjelaskan kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun lainnya. 2. Sebagai advokat : tindakan perawat dalam mencapai suatu kepentingan pasien atau bertindak untuk atau untuk bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan. Pada studi kasus nyata di temukan perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. 3. Sebagai pemberi perawatan : memberikan perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata di temukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung pada pasien Tn. D.I

BAB V

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan kasus Asma Bronchialis di RPD III RSUD Ende, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien Tn D.I

A. Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah di uraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Asma Bronchial dengan masalah keperawatan Gangguan pertukaran gas dan Intoleransi aktivitas maka penulis dapat mengambil keputusan sebagai berikut :

1. Data pengkajian pada pasien TN D.I dengan diagnosa medis Asma Bronchialis ditemukan data hampir semuanya sesuai dengan yang ada di teori. Klien mengatakan sesak napas, klien mengeluh lemah, aktifitas klien di lakukan secara mandiri dan kadang di bantu oleh keluarga, Nadi 106x/m, Suhu 36,5^oc, TD 100/70 mmHg, RR 28x/m, Spo2 90%, mukosa bibir pucat dan kering, ada penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, bunyi napas mengi, akral dingin. Setelah data di kumpulkan kemudian dianalisa, ditemukan masalah keperawatan yaitu, gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas
2. Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang di angkat pada kasus TN. D.I yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan peningkatan tekanan

klapiler alveolus dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing diagnosa dan dilaksanakan dengan kemampuan perawat serta kesepakatan dengan pasien dan keluarga.
4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta klien, keluarga dan didukung oleh ketaatan penderita dalam mengkonsumsi obat Asama Bronchialis secara teratur. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap klien Tn D.I diperoleh hasil bahwa masalah, gangguan pertukaran gas telah teratasi, masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. Ada kesenjangan antara data yang di temukan pada kasus dengan data yang di temukan.

B. Saran

1. Bagi perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dengan asma bronchialis

2. Bagi institusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dan praktek laboratorium yang efektif.

3. Bagi klien

Agar selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk minum obat serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

Lampiran**A. Pengkajian****I. Pengumpulan data****a. Identitas pasien**

Nama : TN. D.I
 Umur : 72 Tahun
 Jenis kelamin : Laki-Laki
 Pendidikan : SD
 Alamat : Ndona, Rt 007/ Rw 004, Kelurahan
 Onelako

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. D.D
 Umur : 42 tahun
 Hubungan dengan klien : anak kandung
 Alamat : Ndona, Rt 007/ Rw 004, Kelurahan
 Onelako

Diagnosa medis : Asma Bronchialis

Waktu dan tanggal pengobatan : -

Obat-obat yang terakhir dipakai : -

No	Nama obat	Dosis
7.	Nebu Ventolin	3X1 gram
8.	Paracetamol	3X2 mg
9.	Furosemi	40 mg
10.	CTM	2X4 mg
11.	Methylprednisolone	2X62,5 mg
12.	Infus RL	20 Tpm

II. Keadaan Umum

a. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama :sesak napas.
2. Riwayat kesehatan sekarang : Klien mengeluh sesak napas, klien mengeluh lemah, Napas cepat, terpasang infus tangan sebelah kiri Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang 02 Simpel Mask 4 liter dan Nasal Kanul 5 liter. Sebelum di bawah ke RS klien sudah mendapatkan pertolongan pertama di rumah yaitu terapi nebulizer
3. Riwayat kesehatan masa lalu : keluarga klien mengatakan klien sebelumnya pernah di rawat dengan keluhan yang sama sesak napas. Dan dengan diagnosa yang sama yaitu Asma Bronchiale di RSUD Ende
4. Riwayat kesehatan keluarga : keluarga klien mengatakan kalau anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit Asma , maupun penyakit penyerta lainnya seperti Hipertensi dan Penyakit Jantung.

Pengkajian perpola :

a) Pola persepsi terhadap kesehatan :

Dahulu : keluarga klien megatakan sakit yang dialami sekarang ini adalah sakit akibat reaksi tubuh terhadap penyakit, klien membutuhkan pengobatan dan perawatan yang tepat dari fasilitas kesehatan, klien dan keluarga

tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialami adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma.

Sekarang : keluarga klien mengatakan sakit yang dialami sekarang karna akibat reaksi tubuh terhadap penyakit, klien membutuhkan pengobatan dan perawatan yang tepat dari fasilitas kesehatan, klien dan kelaurga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialami adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma.

b) Pola nutrisi metabolik

Dahulu : klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan porsi makan banyak dan di habiskan, klien makan dengan menu seperti nasi, sayur, dan kadang-kadang lauk seperti ikan dan, telur dan tahu, klien tidak ada pantangan dalam makanan dan minuman.

Sekarang : klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan porsi makan banyak dan di habiskan, klien makan dengan menu seperti nasi, sayur, dan kadang-kadang lauk seperti ikan dan, telur dan tahu

c) Pola eliminasi

Dahulu : keluarga mengatakan klien BAB 1x sehari , dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK sehari 4-5 kali warna kuning keruh, berbauh urine, tidak ada keluhan saat BAK.

Sekarang : keluarga klien mengatakan klien BAB 2-3 kali sehari, dengan konsisten padat, klien BAB dengan di bantu keluarga, BAK sehari 4-6 kali warna kuning keruh, berbauh urine, tidak ada keluhan saat BAK,

d) Pola aktifitas dan latihan

Dahulu : klien dapat melakukan aktifitas seperti biasa tanpa di bantu keluarga, tidak ada keluhan ketika klien melakukan aktifitas.

Sekarang : aktifitas klien di bantu oleh keluarga, klien mudah lelah saat melakukan aktifitas dan sesak napas, pergerakan klien terbatas.

e) Pola istirahat dan tidur

Dahulu : keluarga klien mengatakan klien tidur mulai dari jam 09.00- 05.00 untuk tidur malam, sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Sekarang : keluarga klien mengatakan klien tidur mulai jam 10.00-05.00, tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan pada saat tidur.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Dahulu : klien merupakan seorang petani dengan 4 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, semua keputusan selaluh di bicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk sembuh, klien mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan selaluh aktif dalam kegiatan yang ada di masyarakat

Sekarang : klien merupakan seorang petani, klien mempunyai hubungan yang baik dengan keluarga dan semua keputusan selaluh di bicarakan bersama-sama, keluarga selaluh mendukung klien untuk cepat sembuh, tetangga sering datang untuk mengunjungi klien ketika sedang sakit.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stres

Dahulu : klien dan keluarga mengatakan jika mengalami masalah klien selaluh membicarakan bersama istri dan mengambil keputusan bersama istri, klien tidak secara terus-menerus memikirkan masalahnya.

Sekarang : klien dan keluarga mengatakan jika mengalami masalah klien selaluh membicarakan bersama istri dan mengambil keputusan bersama istri, klien tidak secara terus-menerus memikirkan masalahnya.

i) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Dahulu : keluarga klien mengatkan klien rajin beribadah ke mesjid

Sekarang ; klien tidak pernah melakukan ibadah di mesjid karna sakit yang di alaminya, klien merasa lemah klien sudah jarang beribadah di rumah sakit.

6 Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : composmentis

TTV : Nadi 106x/m

Suhu 36,5°c

TD 100/70 mmHg

RR 28x/m

SpO₂ 90%

a) Kepala :

I : tanpak bersih, testur rambut lembut, penyebaran rambut rata, tidak rontok, rambut uban,

P : tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.

P : -

A :-

b) Mata :

I : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak iterik, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat

P : -

P :-

A :-

c) Telingah :

I : tidak ada serume, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar

P :-

P:-

A :-

d) Hidung :

I : bentuk simetris, tidak ada lesi, terpasang O₂ nasal kanul 4 l/m dan O₂ masker 5 l/m

P :-

P :-

A :

e) Bibir :

I : mukosa bibir pucat, dan kering, lidah tidak kotor, gigi tidak utuh, ada karang gigi

P :-

P :-

A :-

f) Wajah :

I : tampak bersih, bentuk wajah simetris, klien tampak pucat, tampak kusam

P :-

P:-

A:-

g) Leher :

I : bentuk simetris, tidak ada lesi

P : tidak ada pembesaran vena jugularis

P:-

A: -

h) Dada :

I : bentuk simetris, adanya penggunaan otot bantu napas,
pernapasan takipnue, Dispnea

P : tidak ada masa, tidak adanya nyeri tekan.

P :

A : RR 28x/m, adanya bunyi napas tambahan mengi,
dyspnea

i) Abdomen :

I : bentuk simetris

P : tidak ada nyeri tekan, tidak adanya masa.

P : -

A : peristaltik usus 20x/m

j) Genetelia

Tidak dilakukan pemeriksaan genetelia karna klien tidak
mengeluh sakit pada daerah genetelia

k) Ekstermitas

Atas : tangan daerah dextra terpasang infus NaCl 0,9%

20x/m tpm, CRT >3 detik,

Bawah : tidak ada edema, CRT >3 detik, akral teraba dingin. Kulit tampak pucat. Diaforesis

l) Pemeriksaan penunjang

Darah lengkap

Result	Flags	Unit	Reference Range
WBC	9,20	10 ³ / μL	3.80 - 10,60
LYMPH#	1,12	10 ³ / μL	1,00 - 3,70
MONO#	0,99 +	10 ³ / μL	0,00 - 0,70
EO#	0,36	10 ³ / μL	0,00 - 0,40
BASO#	0,03	10 ³ / μL	0,00 - 0,10
NEUT#	6,70	10 ³ / μL	1,50 - 7,00
LYMPH %	12,2 -	%	25,0 - 40,0
MONO%	10,8 +	%	2,0 - 8,0
EO%	3,9	%	2,0 - 4,0
BASO%	3,0	%	0,0 - 1,0
NEUT%	72,8 +	%	50,0 - 70,0
IG#	0,04	10 ³ / μL	0,00 - 7,00
IG%	0,4	%	0,0 - 72,00
RBC	5,15	10 ³ / μL	4,40 - 5,90
HGB	13,3	g/dL	13,2 - 17,3
HCT	40,4	%	40,0 - 52,0

8) Terapi

No	Nama obat	Dosis
13.	Nebu Ventolin	3X1 gram
14.	Paracetamol	3X2 mg
15.	Furosemi	40 mg
16.	CTM	2X4 mg
17.	Methylprednisolone	2X62,5 mg
18.	Infus RL	

b. tabulasi data

klien mengeluh sesak napas dan badan terasa lemas, Klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga, terpasang infus tangan sebelah kiri Nacl 0,9% 20 tpm, Klien Napas Cepat, terpasang O₂ Simpel Mask 4 liter dan O₂ nasal kanul 5 liter, nadi 106x/m, Suhu 36,0^oc, TD 100/70 mmHg, RR 28x/m, SpO₂ 94%, mukosa bibir pucat, dan kering, adanya penggunaan otot bantu napas, Dispnea, pernapasan takipnea, bunyi napas mengi, akral dingin, diaforesis, CRT >3 detik.

c. Klasifikasi data

DS : klien mengeluh sesak napas, dan badan terasa lemas,
Klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga

DO : terpasang infus tangan sebelah kiri Nacl 0,9% 20 tpm, Klien Napas Cepat, dan kusam, terpasang O₂ simpel mask 4 liter dan O₂ nasal kanul 5 liter. Nadi 106x/m, Suhu 36,0^oc, TD 100/70 mmHg , RR 28x/m, SpO₂ 94%, mukosa bibir pucat, dan kering, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, Diaforesis, bunyi napas

mengi, akral dingin, wajah tampak meringis, CRT >3 detik.

d. Analisa data

No	Sign/simptom	Etiologi	Problem
1.	DS: klien mengeluh sesak napas DO : Klien Napas Cepat, pernapasan takipneu, Dispnea, Diaforesis, Kelemahan, RR 28x/m, CRT >3 detik, adanya bunyi napas tambahan mengi, adanya penggunaan otot bantu napas	Broncospasme	Gangguan pertukaran gas
2.	DS : Klien mengeluh sesak napas, badan terasa lemas, klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga DO : Klien Napas Cepat, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, Dispnea, Kelemahan, RR 28x/m.	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

Prioritas masalah :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme yang ditandai dengan :

DS: klien mengeluh sesak napas

DO : Klien Napas Cepat, pernapasan takipneu, Dispnea, Diaforesis, Kelemahan, RR 28x/m, CRT >3 detik, adanya bunyi napas tambahan mengi, adanya penggunaan otot bantu napas

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan :

DS : klien mengeluh sesak napas, badan terasa lemas, Klien mengatakan saat ini aktifitasnya terbatas, klien tidak bisa melakukan aktifitas yang berat, dan sesekali di bantu oleh keluarga

DO : Klien Napas Cepat, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan takipnea, Dispnea, Kelemahan, RR 28x/m

C. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
1	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi. Dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dispnea menurun, bunyi napas tmbaahan menurun, Diaforesis menurun, Napas cuing hidung menurun, Pola napas membaik. sianosis membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Monitor pola napas. Monitor kemampuan batuk, Monitor adanya sumbatan jalan napas. Auskultasi bunyi napas Monitor saturasi oksigen. 	<ol style="list-style-type: none"> takipnue, pernapasan dangkal dan gerakan dada tak simetris sering terjadi ketidaknyaman gerakan-gerakan dinding dada/cairan paru. mengetahui frekuensi kedalaman, irama napas, untuk menentukan tingkat obstruksi sputum, untuk mengetahui adanya jalan napas pada system pernapasan pasien untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru pasien. menurunnya saturasi oksigen atau meningkatnya Pco2 menunjukkan perluhnya penanganan yang lebih adekuat atau perubahan terapi.
2	Intoleransi aktivitas berhubungan	setelah dilakukan tindakan keperawatan	1. identifikasi gangguan fungsi tubuh	1. untuk mengetahui fungsi tubuh

	<p>dengan Kelemahan</p>	<p>diharapkan toleransi terhadap aktivitas meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi nadi mningkat, b. SpO₂ meningkat, c. Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat, d. Dispnea saat aktivitas menurun, e. Perasaan lemah menurun, f. warna kullit membaik, g. Tekanan darah membaik.. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional, 3. Monitor pola dan jam tidur, 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas, 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), 6. Anjurkan tirah baring, 7. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, 8. Anjurkan menghubungi perawat jika 	<p>yang mengakibatkan kelemahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. untuk mengetahui koping klien 3. menghindari kelelahan akibat kurang istirahat 4. mengetahui kemampuan dan batsan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan 5. memberikan rasa aman dan nyaman kepada klien 6. Untuk mengurangi aktivitas yang berlebihan 7. untuk meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, dan mencegah kontrafraktur. 8. Untuk mengidentifikasi rencana tindakan
--	-------------------------	---	---	---

			tanda dan gejala tidak berkurang	selanjutnya yang dapat di lakukan oleh perawat
--	--	--	----------------------------------	--

6. Implementasi keperawatan

Hari/tangga	No D X	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa 5 juli 2022	1	08.10	1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas dengan hasil : pernapasan takipneue, bunyi napas mengi, RR 28x/m, adanya penggunaan otot bantu napas	S : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sedikit berkurang O : klien menggunakan alat bantu napas O ₂ nasal 4 l/m, klien terpasang infus Nacl 0,9% 20 atm, takipneu, dispneu, RR 28 x/m, bunyi napas rongki, SpO ₂ 90%, adanya penggunaan otot bantu napas. A: masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan
		08:15	2. memonitor pola napas dengan hasil : RR 28x/m, dispneu, adanya penggunaan otot bantu napas, terpasang O ₂ nasal kanul 5 l/m.	
		08:20	3. Memonitor kemampuan batuk dan monitor saturasi oksigen dengan hasil : klien mampu melakukan batuk efektif, SpO ₂ 90%	
		08:30	4. Memonitir adanya sputum jalan napas dengan hasil : klien mendapatkan terapi oksigen 4 l/m.	
		09.14	5. Auskultasi bunyi napas tambahan dengan hasil : adanya bunyi napas tambahan mengi, pernapasan takipnea	
		09.18	6. Monitor saturasi oksigen. dengan hasil: SpO ₂ 90%	

Selasa 5 juli 2022	2	09:35	1. Mengidentifikasi kemampuan yang mengakibatkan kelelahan,	S : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sedikit berkurang O:klien mengatakan sudah bisa beraktifitas sendiri, hanya masih memerlukan pengawasan dari keluarga A:masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi P : intervensi di lanjutkan
		09.45	2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional	
		09.55	3. Memonitor pola dan jam tidur	
		10.05	4. Memontor lokasi dan ketidaknyamanan selamam melakukan aktivitas	
		10.10	5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)	
		10.18	6. Menganjurkan tirah baring	
		10.25	7. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	
		10.30	8. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	

Hari/tanggal	D X	Jam	Implementasi	Evaluasi
Rabu 6 juli 2022	1	08:15	1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas Dengan hasil :pernapasan takipnue, bunyi napas mengi, RR 26x/m	S : klien mengeluh masih lemah, sesak sedikit berkurang O :klien masih tampak lemah, pucar, RR 26x/m, bunyi napas rongki, aktifitas klien masih di bantu, masih terpasang O ₂ nasal kanul 2 l/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. A :masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi P: intervensi dilanjutkan
		08:30	2. Memonitor pola napas dengan hasil : RR 26 x/m, pernapasan takipnue.	
		08.45	3. Memonitor kemampuan batuk efektif dan monitor saturasi oksigen dengan hasil: klien belum mampu untuk beraktifitas karna lemah, SpO ₂ 90%.	
		08.55	4. Mengauskultasi bunyi napas dengan hasil : terdapat bunyi napas	

		09:18	Mengi, pernapasan takipnea 5. Monitor saturasi oksigen	
Rabu 6 juli 2022	2	09:20 09:25 09:32 09:45 09:58 10.13 10.20 10.28	1. Mengidentifikasi kemampuan yang mengakibatkan kelelahan, 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional, 3. Memonitor pola dan jam tidur 4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selamam melakukan aktivitas, 5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan). 6. Mengajukan tirah baring 7. Mengajukan melakukan aktivitas secara bertahap 8. Mengajukan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.	S : Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sedikit berkurang O : klien mengatakan sudah bisa beraktifitas sendiri, hanya masih memerlukan pengawasan dari keluarga A : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi P : intervensi di lanjutkan

7. Evaluasi keperawatan

Tanggal/ jam	Diagnosa keperawatan	Cacatan perkembangan (14.00)
7 juli 2022	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Broncospasme	S : Klien mengatakan sesak sedikit berkurang, tidak lemah lagi. O : Klien tidak lemah lagi, wajah masih tanpak pucat, RR 22x/m, terpasang O ₂ nasal kanul 5 l/m, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm A : Masalah gangguan petukaran gas sebagian teratasi P : : lanjutkan intervensi I : 1. monitor pola napas 2. monitor adanya suara napas tambahan. 3. monitor saturasi oksigen

		E : klien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi, tidak adanya suara napas tambahan, RR 20x/m, SpO ₂ 90%, masalah gangguan pertukaran gas teratasi, hentikan intervensi (pasien pulang)
7 juli 2022	Intoleransi aktivitas berhubungan Kelemahan	S :Klien mengatakan masih lemah, sesak napas sudah berkurang O :Klien mengatakan sudah bisa beraktifitas sendiri tanpa bantuan, klien tampak sudah bias beraktifitas sendiri secara mandiri dan klien sudah di perbolehkan untuk pulang A :Masalah intoleransi aktivitas teratasi P :Intervensi di hentikan (pasien pulang)

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner, dkk. 2002. Diagnosa Keperawatan Pada Asma Bronchial. Jakarta : EGC
- Chandra Agung Perwira. 2021. Definisi Asma menurut Global Asthma Report. Jurnal Skripsi
- Chandra Agung Perwira. 2021. Riskesdas Prevalensi asma
- Claudia. 2014. Strategi Pelaksanaan Asma. Jakarta : EGC
- Info Datin (Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI)
- Isselbacher et al. 2013. Definisi ASMA BRONCHIAL. Selemba Medika
- Kemkes RI. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2018. Jakarta : Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia . 2018
- Koten Bota H, Elisabet et al. 2021. Evaluasi Keperawatan. Jakarta : EGC
- Kusuma. 2016. Pedoman teatalaksana asma. diunduh dari <http://www.dokternida.rekansejawat.com.pdf>
- Loscanzo. 2016. Asma Bronchial. Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1. Jakarta : Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK
- Mansjoer. 2001. Gejala dan tanda asma bronchial. Jakarta :SalembaMedika
- Mutaqin. 2013. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Jakarta :Selemba Medika
- Nuari, dkk. 2018. Faktor-faktor resiko yang berpengaruh terhadap perkembangan asma Bronchial. Tesis Program Studi Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro. Diunduh pada bulan 04-2022
- Nursalam. 2011. Jurnal Berita Ilmu Keperawatan. Vol 13.no 2
- Pery Paula A. Abenita. 2019. KTI Askep Pada Pasien Dengan Asma Bronkial Di Ruangan Kenanga RSUD PROF.DR. W.Z JOHANES : KUPANG
- Profil RSUD Ende, 2022. Prevalensi Asma di RSUD Ende
- Rohman. 2018. Pedoman Analisa Data. Diunduh dari <https://doi.org/10.21274/dinamika.2018.18.1.1.105-122>
- Safitry R. 2019. Implementasi Keperawatan pada asma bronchial. Jakarta : EGC
- Sahat Ompusunggu, Dkk. 2013. Riset Kesehatan Dasar Provinsi NTT. Jakarta : Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes.

- Somantri.2012. Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Dengan Sistem Pernapasan, Jakarta : Selemba Medika
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. STANDAR Diagnosa Keperawatan Indonesia Edisi (I). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim POKJA SLKI DPP PPNI. (2016). Standar diagnosis keperawatan indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Tim POKJA SIKI DPP PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Web Of Causation (WOC). 2017. Pathway Penyakit Asthma Bronchial. Dengan Menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Dalam PPNI 2017
- World Health Organization (WHO). 2018. Asthma Fact Sheets. Diunduh dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/> 2018
- World Health Organization (WHO). 2020. Noncommunicable Diseases in the south-East Asia region. Diunduh dari http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4793.pdf?us
- Yudhawati Resti, dkk. 2017. Jurnal Respirasi Imunopatogenesis Asma. Vol 3, No 1.

**INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN)**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai Proposal Karya Tulis Ilmiah yang akan dilakukan oleh Maria Y. Aga dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Asma di RSUD Ende".

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, Mei 2022

Saksi



(Maria Yasinta Aga)

Yang Memberi Persetujuan



(Dahlan Daud)



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Maria Yasinta Aga

NIM : PO.530320219942

PEMBIMBING : Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa, 08/02/2022	<p style="text-align: center;">PROPOSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan data kejadian asma di Dunia, Indonesia, NTT dan Ende - Perbaiki latar belakang - Tambahkan pada latar belakang bagaimana dampak asma apabila tidak ditangani dengan baik 	
2.	Rabu, 9/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan dampak apabila asma tidak di 	

		<p>tangani dengan baik, apa yang terjadi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan konsep dasar medic asma, jelaskan juga dengan penatalaksanaan asma - Tambahkan data Riskesdas kasus asma 	
3.	Senin, 14/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan sedikit alasan pengambilan kasus Asma pada latar belakang - Perbaiki Pathway pisahkan sesuai jenis Asma 	
4.	Rabu, 32/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Pisahkan antara penatalaksanaan keperawatan dan penatalaksanaan medis - Tambahkan penulisan diagnosa keperawatan sesuai SDKI, intervensi sesuai SIKI 	
5.	Rabu, 9/03/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi daftar pustaka - Lengkapi BAB I-BAB III - Perbaiki pathway 	

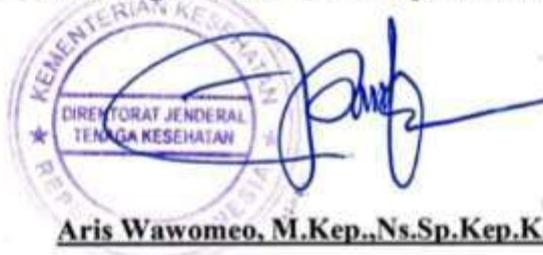
		tambahkan masalah keperawatan	
6.	Senin, 11/04/2022	- Batasan istilah/definisi operasional dijelaskan tentang Asma dan askep Asma: dibuat dengan kata-kata yang operasional	SP
7.	Jumad, 10/05/2022	- Lengkapi lampiran dan perbaiki pathway	SP
8.	Selasa, 17/05/2022	- ACC, kontrak waktu dengan penguji dan siap ujian	SP
9.	Senin, 20/06/2022	KTI - Tambahkan Pengkajian perpola - Lengkapi tabulasi data sesuai dengan pengkajian	SP
10.	Rabu, 29/06/2022	- Data kurang mendukung lengkapi pengkajian - Sesuaikan data pengkajian	SP
11.	Selasa 12/07/2022	- Sesuaikan Riwayat kesehatan, keluhan utama, pemeriksaan fisik, tabulsi	SP

		<p>data, klasifikasi data</p> <ul style="list-style-type: none"> - pemeriksaan fisik, tabulasi data dan analisa data lengkapi kembali 	
12.	Kamis, 21/07/ 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kembali bahasa dipengkajian - Apa diagnosa saat masuk RS - Diagnosa sesuaikan dengan pathway 	
13.	Selasa 2/08/ 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki lagi implementasi hari pertama di diagnosa 1 - Perbaiki pengkajian perpola di aktivitas - Pembahasan cek kembali dipanduan 	
14.	Kamis, 11//08/ 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana tingkat kemampuan aktivitas pasien - Perbaiki kembali dipembahasan pengkajian sampai evaluasi 	

15.	Senin, 22/08/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Data yang paling spesifik yang ada di diagnosa pembahasan - Urutkan sesuai data subjektif dan data objektif - Perbaiki kembali 	
16.	Selasa, 30/08/ 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Sesuaikan kembali data pengkajian - Lengkapi dengan jumlah perawat di ruangan RPD III - Gunakan bahasa dan kalimat yang sesuai - ACC LANUT UJIAN KTI 	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Maria Yasinta Aga

NIM : PO.530320219942

PENGUJI : Irwan Budiana, S.Kep.Ns, M.kep

NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF PENGUJI
1.	Rabu,25 Mei 2022	<p style="text-align: center;">PROPOSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan kesenjangan/Hasil observasi - Tambahkan tujuan - Sumber yang didapat harus sesuai dengan daftar pustaka 	
2.	Kamis,26 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Dibagian konsep dasar asuhan keperawatan Asma harus di Bold - Pada BAB III jarak spasi ke bawah harus sama - Perhatikan kembali sumber dan sesuaikan kembali dengan daftar pustaka 	
3.	Jumad,27 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan kembali pathway nya - Sertakan sumber pada pathway - Intervensi sesuaikan dengan buku SIKI 	

4.	Senin,30 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Sumber pada Intervensi,Diagnosa dan Implementasi menggunakan buku 3S - Perhatikan baik” pada penulisan dan pengetikan 	f
5.	Selasa,31 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Lihat baik” sumber dan harus sesuaikan kembali - ACC dan lanjut Turun Penelitian 	f
6.	Selasa,12 September 2022	<p style="text-align: center;">KTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pada Absrak - Pada Abstrak jadikan 1 paragraf - Ganti ukuran fount pada semua Hal - Pada tujuan harus menggunakan kata Menggambarkan jangan melakukan - Jabarkan sumbar menggunakan buku 3S 	f
7.	Rabu,13 September 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan kembali pengetikan - Diagnosa harus sesuaikan dengan pathway - Tambahkan sumber pada tatalaksana asma - Pada konsep masalah keperawatan di bagian diagnosa harus sesuai dengan pathway - Perhatikan ukum pada pengetikan - Lperbaiki kembali abstrak - Perbaiki daftar isi 	f
8.	Kamis,14 September 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Pada BAB III di bagian Observasi harus di perhatikan kembali - Lihat kembali pada pola aktivitas dan latihan pasien - Proposal harus sesuai dengan studi kasus 	f

		<ul style="list-style-type: none"> - Lihat kembali pada bagian diagnosa mana yang lebih masuk ke pasien - Perhatikan kembali spasi dan pengetikan - Pada pemeriksaan fisik harus sertakan dengan IPPA 	f
9.	Jumad,15 September 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Di bagian itervensi harus sertakan dengan sumbar - Harus menggunakan buku 3S - Pada pembahasan tambahkan sumber-sumber yang mendukung baik dari buku atau dari jurnal - Pada kesimpulan fokus ke masalah 	f
10.	Selasa,17 Oktober 2022	<ul style="list-style-type: none"> - ACC 	f

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Maria Yasinta Aga
Tempat/Tanggal Lahir : Wolotopo, 26 Februari 2001
Alamat : Wolotopo Timur
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2006-2012 : SDK Wolotopo 2
2. Tahun 2012-2015 : SMPK St. Aloysius Wolotopo
3. Tahun 2015-2018 : SMA Santo Petrus Ende

MOTO

Bertolaklah Ke Tempat Yang Dalam, Di Sana Engkau Akan

Menemukan Jalan Kebenaran