

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran Umum Lokasi dan Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruang penyakit dalam III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari satu ruangan perawat, tiga ruangan perawatan dengan 19 tempat tidur, satu ruang obat, satu ruang pantry, dan satu gudang. RPD III memiliki 16 orang perawat, satu orang administrator dan dua orang *cleaning service*.

Ruang penyakit dalam III adalah tempat dimana pasien yang membutuhkan pemantauan dan perawatan intensif dapat di rawat selama beberapa hari atau lebih. Pasien yang dirawat di ruang tersebut terdiri dari pasien yang mengalami penyakit pada sistem kardiovaskular seperti CHF dan hipertensi, penyakit diabetes, kolesterol, kelainan ginjal, gangguan tiroid, anemia dan kelainan darah, gangguan muskuloskeletal serta infeksi saluran pernapasan seperti asma.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 23 Oktober 2024 pukul 10:00 WITA di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a) Pengumpulan Data

Studi kasus dilakukan pada Ny. T.E. yang berumur 49 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam III ruangan C. Pasien berjenis kelamin

Perempuan, beragama islam, tinggal di jln. Onekore, status pasien sudah menikah, dengan Pendidikan SD. Penanggung jawab pasien yaitu Ny. L. Y. sebagai anak angkat pasien yang berumur 24 tahun, tinggal Bersama pasien di jln. Onekore.

1) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama: Sesak napas

b) Riwayat kesehatan saat ini

Sesak napas dirasakan sepuluh menit sebelum masuk UGD RS pada tanggal 22 Oktober 2024 pukul 17.00. Pasien mengeluh sesak napas disertai batuk, demam dan sakit kepala. Sebelum masuk RS pasien sedang mengantri ke klinik dokter praktik dengan keluhan demam, sakit kepala dan batuk. Namun karena lama menunggu antrian, pasien merasa sesak napas sehingga memutuskan datang ke IGD.

Setelah sampai di rumah sakit pasien mendapatkan perawatan pada pukul 17.00 sore terpasang infus NaCl 0,9% 20 Tpm, stoper di tangan kiri, dan mendapat terapi obat Ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV, Paracetamol 1 gr/ 8 jam/IV, Salbutamol 2 mg/8 jam/oral, Ambroxol 30 mg/8 jam/oral, Amlopidine 1x 10 mg/ 24 jam /oral, Nebu Ventolin 1 gr/ 8 jam/inhalasi,. Setelah dari IGD pasien di antar ke RPD III pukul 00:24 tgl 23 oktober 2024.

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan menderita asma sejak tahun 2023 dan masuk IGD saat itu lalu diberikan terapi nebulizer Ventolin. Pasien juga mengatakan alergi dengan cuaca dingin. Pasien tidak memiliki kebiasaan merokok atau minuman keras.

d) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan dari semua anggota keluarganya tidak ada yang menderita asma maupun penyakit sistem pernapasan lain seperti bronchitis dan juga penyakit turunan seperti hipertensi maupun stroke.

2) Pemeriksaan pola kesehatan

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan sakitnya timbul karena alergi terhadap dengan suhu lingkungan yang dingin menyuruh pasien memakai pakaian yang tebal

2) Pola nutrisi dan metabolic

Keseharian pasien makan 3x sehari, jenis makanan yang di makan yaitu nasi, sayur, ikan, tahu tempe, dan sesekali makan dengan buah, minum air putih sekitar 2.000 cc atau setara dengan 8 gelas per-hari, porsi makan yang di sediakan sudah habis saat ini pasien makan 3 x sehari dan jenis makanan yang dihabiskan yaitu nasi, sayur, ikan, tahu-

tempe, minum air putih sekitar 1.500 cc atau setara dengan 6 gelas.

3) Pola eliminasi

Keseharian pasien BAB 1-2 x sehari, konsistensi feses lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 x sehari, warna urine kuning keruh, aroma khas tidak ada keluhan saat BAK.

4) Pola aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan kesehariannya sebagai ibu rumah tangga dan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, jika melakukan aktivitas yang berat seperti mengangkat air sering sesak napas. Saat ini pasien hanya berbaring dan duduk di atas tempat tidur karena lemas dan sesak napas tampak lemah tetapi aktivitas seperti toileting masih bisa dilakukan secara mandiri.

5) Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan kesehariannya tidur malam pukul 22:00 dan bangun pukul 07:00, Pasien sering terbangun karena sesak yang timbul akibat udara dingin pada pukul 02:00 atau 03:00. Saat dirawat pasien tidur pukul 21:00 dan bangun pukul 07:00. Pasien sering terbangun pada pukul 02:00 karena sesak dan batuk dan menganjurkan pasien untuk minum air hangat.

6) Pola kognitif dan persepsi sensori

Pasien mengatakan dapat mengingat dengan baik tempat dan nama orang di buktikan dengan pasien mengingat nama dokter dan mahasiswa praktek pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium bau seperti bau minyak kayu putih serta dapat meraba dan mendengar dengan baik.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya pasien adalah seorang istri dan seorang ibu yang bertanggung jawab untuk menurus anak-anak dan suaminya pasien mengatakn anggota keluarganya menerima keadaan sakitnya dan selalu mendukungnya. Pasien tidak merasa rendah diri dengan sakitnya saat ini pasien mengatakan bahwa ia merupakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III RSUD Ende, pasien berharap cepaat sembuh dari sakitnya dan beraktivitas seperti biasa.

8) Pola peran- hubungan dengan sesama

Pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga tetangga dan orang lain berjalan baik. Saat ini pun pasien bersikap ramah dengan dokter, perawat, dan juga pasien lainnya tampak keluarga mengunjungi pasien

9) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress

Pasien mengatakan tidak mudah stress/putus asa jika ada masalah pasien selalu menceritakan ke suami dan anaknya

10) Pola nilai -kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam setiap hari pasien selalu sholat di rumah.

3) Pemeriksaan fisik

Pada tanggal 22 Oktober 2024 pukul 17.00 WITA Keadaan umum pasien tampak lemah kesadaran composmentis, GCS :15 (E 4, V: 5, M: 6) TD: 140/70 mmHg, N : 120 x/m, S :36,1, SpO₂ : 95% RR : 28x/m, pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih, konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, mata sembab, telinga tampak bersih, dan tidak ada cairan yang keluar, hidung simetris, terdapat pernapasan cuping hidung, terpasang nasal canul 4 lpm, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dada simetris, menggunakan otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, bunyi paru sonor, bunyi napas wheezing, abdomen simetris, tidak ada nyeri tekan, bunyi bising usus normal 18x/m, pemeriksaan genitalia tidak dilakukan karena menjaga privasi pasien, ekstremitas atas tidak ada edema, terpasang stoper di tangan kanan, jari tangan lengkap, CR<3 detik, ekstremitas bawah tidak ada edema, jari kaki lengkap, fungsi otot baik.

4) Pemeriksaan penunjang

Selasa, 22 Oktober 2024 18:00 WITA dilakukan pemeriksaan darah lengkap dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Lab Darah Rutin (22 Oktober 2024)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	12.58 +	[10 ³ /μL]	3.60 - 11.00
LYMPH#	0.81 -	[10 ³ /UL]	1.00 - 3.70
MONO#	0.55	[10 ³ /UL]	0.00 - 0.70
EO#	0.03	[10 ³ /UL]	0.00 - 0.40
BASO#	0.02	[10 ³ /UL]	0.00 - 0.10
NEUT#	11.17 +	[10 ³ /UL]	1.50 - 7.00
LYMPH%	6.4 -	[%]	25.0 - 40.0
MONO%	4.4	[%]	2.0 - 8.0
EO%	0.2 -	[%]	2.0 - 4.0
BASO%	0.2	[%]	0.0 - 1.0
NEUT%	88.8 +	[%]	50.0 - 70.0
IG#	0.05	[10 ³ /UL]	0.00 - 7.00
IG%	0.4	[%]	0.0 - 72.0
RBC	4.63	[10 ⁶ /UL]	3.80 - 5.20
HGB	3.0	[g/dL]	11.7 - 15.5
HCT	34.5 -	[%]	35.0 - 47.0
MCV	74.5 -	[fL]	80.0 - 100.0
MCH	23.8 -	[pg]	26.0 - 34.0
MCHC	31.9 -	[g/dL]	32.0 - 36.0
RDW-SD	45.6	[fL]	37.0 - 54.0
RDW-CV	16.8 +	[%]	11.5 - 14.5
PLT	94 *	[10 ³ /UL]	150 - 440
MPV	10.6 *	[fL]	9.0 - 13.0
PCT	0.10 *	[%]	0.17 - 0.35
PDW	11.5 *	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	30.2 *	[%]	13.0 - 43.0

5) Terapi

Pada tanggal 22 Oktober pasien mendapat terapi obat ceftriaxone 2x 1 gr, Paracetamol 3x 1 gr/iv, Salbutamol 3x2 mg, Ambroxol 3x30 mg, Amlodipine 1x 10 mg, Nebu Ventolin 3x1 gr.

b) Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian nadi temukan data sebagai berikut: pasien mengatakan sesak napas, frekuensi napas cepat, RR:28x/m, batuk, lendir susah di keluarkan, penggunaan otot bantu pernapasan, ada retraksi dinding dada, takipnea, pasien tampak batuk, suara napas ronchi, pernapasan cuping hidung, sering terbangun malam hari karena sesak, pasien tampak lemah, wajah sembab, terpasang oksigen nasal canul 4 lpm, SPO2: 95% N: 120x/m, merasa lemas, tampak lemah, badan terasa lemah dan pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang dideritanya, pasien tampak bingung.

c) Klasifikasi data

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, batuk, lendir sulit di keluarkan, sering terbangun di malam hari karena sesak, badan terasa lemah, merasa Lelah dan pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit yang dideritanya. Data objektif : pasien tampak batuk, suara napas mengi, suara napas ronchi, frekuensi napas cepat, RR: 28x/m, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada takipnea, pernapasaan cuping hidung, pasien tampak lemah, wajah sembab, terpasang oksigen nasal canul 4 lpm, pasien tampak bingung SPO2: 95% N : 120x/m TD : 140/70 mmHg.

d) Analisa data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

Tabel 4.2 Analisa data

No.	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas dan batuk serta lendir sulit dikeluarkan. Data objektif : pasien tampak batuk, suara napas wheezing, SPO2 : 95%, RR : 28X/m.	Spasme jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif
2.	Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, dispnea. Data Objektif : frekuensi napas cepat, RR : 28 x/m, SPO2 : 95%, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada, takipnea, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen nasal canul 4 Lpm.	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
3.	Data subjektif : Pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena sesak. Data objektif : pasien tampak lemah, mata sembab, TD : 140/70 mmHg : SPO2 : 95% N : 120 x/m S : 36,1°C RR : 28 x/m.	Kurang kontrol tidur (sesak napas)	Gangguan pola tidur
4.	Data subjektif : pasien mengatakan kurang mengetahui penyakit yang dideritanya Data objektif : pasien tampak bingung TD : 140/70 mmHg : SPO2 : 95% N : 120 x/m S : 36,1°C RR : 28 x/m.	Ketidaktahuan menemukan sumber informasi	Deficit pengetahuan

3. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk Analisa data, dari Analisa data ditentukan diagnosa keperawatan. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. T.E adalah sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan

Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas dan batuk lendir sulit dikeluarkan

Data objektif : pasien tampak batuk, suara napas wheezing, SPO2 : 95%, TD :140/70mmHg N: 120x/m S : 36,1°C

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas ditandai dengan :

Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, dyspnea

Data objektif : frekuensi napas cepat, RR : 28x/m SPO2 : 95% takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan

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

Data subjektif : pasien mengeluh sering terbangun di malam hari karena sesak napas.

Data objektif : pasien tampak lemah, mata sembab, TD : 140/70mmHg, SPO2 : 95%, S : 36,1°C, RR : 28x/m, N : 120x/m.

- d. Deficit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Data subjektif : pasien mengatakan kurang mengetahui penyakit yang di deritanya

Data objektif : pasien tampak bingung TD : 140/70 mmHg : SPO2 : 95% N : 120 x/m S : 36,1°C RR : 28 x/m.

4. Rencana keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan Ny. T. E. masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalahnya adalah :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- d. Deficit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya disusun rencana keperawatan sebagai berikut :

- a. Diagnosa keperawatan 1** : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan :

Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, dispnea.

Data objektif : frekuensi napas cepat, RR : 28 x/m SPO2 : 95%
takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada,
takipnea, pernapasan cuping hidung.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam
diharapkan: dispnea menurun, ortopnea menurun, batuk efektif
meningkat, produksi sputum menurun, frekuensi napas membaik, suara
napas mengi/wheezing menurun.

Intervensi keperawatan.: **manajemen jalan napas**

Observasi :

- 1) Kaji produksi sputum (warna, bau dan konsistensi).

Rasional : Produksi sputum yang kental dan berlebihan dapat
mengakibatkan obstruksi jalan napas.

- 2) Monitor kemampuan batuk efektif.

Rasional : Batuk efektif membantu mengeluarkan sputum yang
ada di jalan napas.

Edukasi :

- 3) Jelaskan tujuan serta prosedur teknik napas dalam dan batuk
efektif.

Rasional : Pasien dapat melakukan teknik napas dalam dan batuk
efektif dengan benar.

- 4) Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif.

Rasional : Teknik napas dalam dan batuk efektif dilakukan untuk
memudahkan pengeluaran sekret. Ventilasi maksimal

membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan secret untuk dikeluarkan.

Terapeutik :

- 5) Posisikan pasien semi fowler.

Rasional : Membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

- 6) Berikan minum air hangat.

Rasional : Dengan menggunakan air hangat dapat memobilisasi dan mengeluarkan secret.

Penatalaksanaan :

- 7) Pemberian nebulizer dengan obat combivent 2,5 ml

Rasional : Menurunkan kekentalan secret dan meningkatkan diameter lumen percabangan trakeobronkial serta untuk keterlibatan luas pada hipoksemia dan bila reaksi inflamasi mengancam.

- b. Diagnosa keperawatan 11 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan : Data subjektif : pasien mengeluh sesak napas, dispnea. Data objektif : frekuensi napas lebih dari normal RR : 28 x/m, SPO2: 95%, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada, takipnea, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen nasal **canul 3 lpm.****

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil : dispnea

menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun.

Intervensi keperawatan :

Observasi :

1. Monitor pola napas, monitor saturasi oksigen

Rasional : Mendeteksi dan mencegah kondisi berbahaya seperti hipoksia, sesak napas, atau gangguan ventilasi, dengan mengamati frekuensi, irama, kedalaman, dan penggunaan otot bantu napas.

2. Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing)

Rasional : Mengi menyatakan adanya kongesti paru atau adanya gangguan pada pernapasan.

3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : Karakteristik sputum dapat menunjukkan berat ringannya obstruksi.

Terapeutik :

4. Posisikan semi fowler atau fowler.

Rasional : Membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan

5. Anjurkan Teknik napas dalam

Rasional : Meningkatkan ventilasi alveoli, mencegah atelectasis batuk, mengurangi stress fisik dan emosional seperti nyeri serta kecemasan.

6. Berikan oksigen

Rasional : Membantu memberikan oksigen hingga ke jaringan serta mencegah hipoksia jaringan.

7. Kolaborasi pemberian bronkodilator

Rasional : Pemberian bronkodilator via inhalasi akan langsung area bronkial yang mengalami spame sehingga lebih cepat berdilatasi.

- c. **Diagnosa keperawatan III** : Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan Data subjektif : pasien mengeluh sering terbangun pada malam hari karena sesak napas. Data objektif : pasien tampak lemah, mata sembab, TD : 140/70 mmHg, SPO2: 95%, S : 36,1°C, RR : 28x/m, N : 120 x/m.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun.

Intervensi keperawatan :

Observasi :

1) Identifikasi pola tidur.

Rasional : Mengapa kita perlu mengenali pola tidur kita, ini penting untuk menjaga kesehatan fisik dan mental optimal, karena pola tidur yang tidak teratur atau buruk dapat meningkatkan resiko penyakit kronis seperti hipertensi

dan penyakit jantung.

- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis/lingkungan).

Rasional : Faktor fisik seperti sesak napas, psikologis seperti stress dan suhu lingkungan yang dingin dapat menjadi penyebab gangguan pola tidur pasien.

Terapeutik :

- 3) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, kebisingan, tempat tidur diatur ketinnggiannya sesuai keadaan pasien).

Rasional : Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan tidur pasien.

Edukasi :

- 4) Anjurkan menggunakan bahan kain yang hangat seperti selimut dan jaket yang tebal bila terasa dingin.

Rasional : Penggunaan kain yang hangat dapat memberikan rasa hangat pada pasien.

- d. **Diagnosa keperawatan 1V** : Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahan menemukan sumber informasi ditandai dengan

Data subjektif : pasien mengatakan kurang mengetahui penyakit yang di deritanya

Data objektif : pasien tampak bingung TD : 140/70 mmHg : SPO2 : 95% N : 120 x/m S : 36,1°C RR : 28 x/m.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :
perilaku sesuai dengan pengetahuan Meningkat

Intervensi keperawatan :

Edukasi kesehatan

Observasi :

a.) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : Untuk menilai kesiapan individu dalam menerapkan pemikiran rasional dan analitis untuk membuat keputusan

Edukasi

b.) Jelaskan faktor resiko yang dapat memengaruhi kesehatan

5. Implementasi Keperawatan

a. Tindakan keperawatan pada hari/tanggal : Rabu, 23 Oktober 2024

1) Diagnosa I

Jam 10:05, Mengkaji produksi sputum (warna, bau dan konsistensi). Hasilnya sputum berwarna kuning dengan konsistensi kental. Jam 10:10, Memonitor kemampuan batuk efektif. Hasilnya pasien belum mampu batuk efektif. Jam 10:15. menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. Jam 10:20, kontrak waktu dengan pasien untuk latihan napas dalam dan batuk efektif. Jam 07:30, mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif. Hasilnya pasien mampu mencontohkan kembali teknik napas dalam dan batuk

efektif. Jam 10:40, memposisikan pasien semi fowler. Jam 11:00, melayani pemberian nebulizer combivent 1 tube. Jam 12:00, melayani injeksi omeprazole 40 mg/Iv, melayani injeksi skin prick test 500 mg/Iv, memberikan minum air hangat. Jam 12:05, menganjurkan pasien melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif. Jam 12:30, melayani makan.

2) Diagnosa II

Jam 10.00 : mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : TD : 140/70 mmHg, N : 134 x/m, S : 36,1° C. Jam 10.05 : memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. Hasilnya frekuensi napas 28 x/m, irama teratur. Jam 10.10 : memonitor pola napas (bradipnea, takipnea). Hasilnya pola napas pasien takipnea. Jam 10.20 : mengauskultasi bunyi napas (mengi). Hasilnya bunyi napas pasien ronchi. Jam 10.30 : Memonitor saturasi oksigen, hasilnya SPO² : 95%. Jam 11.00 : Memposisikan semi fowler. Hasilnya pasien berbaring dalam posisi semi fowler.

3) Diagnosa III

Jam 10.00 : Mengidentifikasi pola tidur, hasilnya pasien tidur jam 21.00 malam dan terbangun pada malam hari jam 01.00 pagi. Jam 10.15 : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasilnya faktor pengganggu tidur pasien yaitu sesak napas dan batuk. Jam 11.00 : Memodifikasi lingkungan suhu dengan tidak mengarahkan kipas angin kearah klien. Jam 11.10 : Menganjurkan menggunakan bahan

kain yang hangat dan tebal saat tidur malam. Hasilnya pasien tidur menggunakan selimut.

4) Diagnosa IV

Jam 10.00 : mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi . jam 11.10 : mengedukasi faktor resiko yang dapat memengaruhi kesehatan

b. Tindakan keperawatan pada hari/tanggal : Kamis, 24 oktober 2024

1) Diagnosa I

Jam 07.05 : Mengkaji produksi sputum, (warna, bau dan konsistensi). Hasilnya sputum berwarna tidak terlalu kuning dengan konsistensi kental. Jam 07.10 : Memonitor kemampuan batuk efektif. Hasilnya pasien sudah mampu batuk efektif. Jam. 07.20 : Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif dengan cara menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik, mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali dan pada tarikan napas yang ketiga disusul dengan batuk kuat. Hasilnya pasien dapat melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif. Jam 07.30 : Memposisikan pasien semi fowler. Jam 08.00 : Melayani pemberian obat methylprednisolone 62,5 mg per iv. Jam 09.00 : Memberikan minum air hangat. Jam 09.05 : Mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif.

2) Diagnosa II

Jam 07.00 Mengukur tanda-tanda vital hasilnya TD : 103/65, N : 100 x/m , S : 36°C, Spo² : 95%. Jam 07.05 : Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. Hasilnya frekuensi napas 24 x/m, irama teratur . Jam 07.10 : Memonitor pola napas (bradipnea, takipnea). Hasilnya pola napas pasien takipnea. Jam 07.20 : Mengauskultasi bunyi napas (mengi/wheezing). Hasilnya bunyi napas pasien ronchi. Jam 08.00 : Memonitor saturasi oksigen, hasilnya SPO² : 95%. Jam 09.00 Memposisikan semi fowler. Hasilnya pasien diposisikan semi fowler. Jam 10.00 : memberi pasien minum air hangat.

3) Diagnosa III

Jam 08.00 : mengidentifikasi pola tidur, hasilnya pasien tidur jam 22.00 malam dan terbangun di pukul 02.00. Jam 08.15 : Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasilnya faktor pengganggu tidur pasien yaitu sesak napas dan batuk. Jam 09.00 : Memodifikasi lingkungan suhu dengan tidak mengarahkan kipas angin kearah pasien.

4) Diagnosa IV

Jam 09.15 : mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Jam 09.16 : mengedukasi faktor resiko yang dapat memengaruhi kesehatan

- c. Tindakan keperawatan dilakukan pada hari/tanggal : Jumat, 25 Oktober 2024

Implementasi hari jumat 25 oktober 2024 dilakukan dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi.

6. Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada hari Selasa, 23 Oktober 2024, pukul 14:00 WITA

1) Diagnosa I

Data subjektif : pasien mengatakan masih sesak napas, dan batuk lendir sulit dikeluarkan.

Data objektif : pasien tampak batuk, lendir berwarna kuning dengan konsistensi kental, suara napas ronchi SPO2: 98%, TD : 100/70 mmHg, S : 36,6° C, N : 120 x/m. Assesment : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. Planning : Intervensi 1,2,4,5,6,7,8 dan 9 dilanjutkan

2) Diagnosa II

Data subjektif : pasien mengatakan masih sesak napas, dispnea.

Data objektif : frekuensi napas lebih dari normal 24 x/m, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dada, pernapasan cuping hidung, terpasang nasal canul 3 lpm, SPO2 : 95%, TD : 100/70 mmHg, S : 36,6°C, N : 120 x/m. Assesment : Masalah bersihan pola pola napas belum teratasi. Planning : Intervensi 1-7 dilanjutkan .

3) Diagnosa III

Data subjektif : pasien mengatakan terbangun di malam hari sekitar pukul 01.00 karena sesak dan batuk.

Data objektif : pasien masih tampak lemah, mata sembab, TD : 100/70 mmHg, S : 36,6° C, N : 120 x/m, RR : 28 x/m, SPO2 : 95%.

Assesment : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi. Planning : Intervensi 1-5 dilanjutkan

4) Diagnosa IV

Data subjektif : pasien mengatakan kurang mengetahui penyakit yang di deritanya

Data objektif : pasien tampak bingung TD : 100/70 mmHg, S : 36,6° C, N : 120 x/m, RR : 28 x/m, SPO2 : 95%. Assesment : deficit pengetahuan sudah teratasi. Planning : intervensi 1-2 dihentikan

2. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada hari Selasa tanggal 24 Oktober 2024, pukul 14:00 WITA.

1) Diagnosa I

Data subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang, batuk lendir sebagian bisa dikeluarkan. data objektif : pasien tampak batuk sesekali, suara napas ronchi TD : 103/65 mmHg, N : 90 x/m, S : 36,6° C. Assesment : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. Planning : intervensi 1,3,5,6,7 dan 8 dipertahankan, intervensi 2,4 dilanjutkan.

2) Diagnosa II

Data subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang, dyspnea.

data objektif : frekuensi napas 24x/m, penggunaan otot bantu pernapasan berkurang, retraksi dada berkurang, takipnea, pernapasan cuping hidung, terpasang nasal kanul 3 lpm, SPO² : 95%, S : : 36° C

. Assesment : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

Planning : intervensi 1-7 dilanjutkan.

3) Diagnosa III

Data subjektif : pasien terbangun dimalam hari sekitar jam 01.00

karena batuk. data objektif : pasien tampak lemah, mata sembab, TD

: 103/65 mmHg, N : 90x/m, SPO² : 95%, RR : 24x/m. Assesment :

masalah gangguan pola tidur belum teratasi , Pllaning : intervensi 1-

4 dilanjutkan .

3. Catatan perkembangan dilakukan pada hari Rabu 25 Oktober 2024, pukul 14.00 WITA

1) Diagnosa I

Jam : 08.00 WITA

Data Subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang dan batuk

lendir bisa dikeluarkan. Data Objektif : pasien tampak batuk

sesekali, suara napas ronchi berkurang, RR : 24x/m. **A** : masalah

bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. **P** : intervensi

1,2,4,5 dan 6 dilanjutkan. Implementasi : jam 10.00 : menanyakan

keluhan pasien. Hasilnya : batuk 1 kali pada pagi hari. Jam 10.15 :

mengkaji produksi sputum, (warna, bau dan konsistensi). Hasilnya sputum berwarna putih bening dengan konsistensi encer. Jam 10.20 : menganjurkan pasien minum air hangat. Jam 11.00 : menganjurkan pasien melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif . hasilnya : pasien sudah mampu melakukan teknik napas dalam dan batuk efektif. Jam 11.30 : mengedukasikan ke suami untuk tidak merokok di dekat pasien, Jam 12.00 : melatih anak pasien untuk melakukan clipping fibrasi ke pasien, hasilnya : tampak anak pasien mencoba untuk melakukan clipping fibrasi kepada pasien . Evaluasi, jam 14.00 WITA : pasien tampak batuk sesekali, RR : 20x/m, keluarga pasien dengan edukasi yang diberikan, masalah bersihan jalan napas telah teratasi pasien pulang, Hentikan Intervensi .

2) Diagnosa II

Jam : 08.00 WITA

Data subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang, dispnea berkurang . data objektif : frekuensi napas 24x/m, penggunaan otot bantu pernapasan berkurang, retraksi dada berkurang, tidak ada pemasangan cuping hidung, SPO² : 95%. Assesment : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi . Planning : intervensi 1,2,5,6, dilanjutkan . Implementasi : jam 10.05 : mengukur tanda –tanda vital hasilnya : 120/80mmHg, N : 87x/m , S : 36,7 jam 10.00 : memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. Hasilnya frekuensi napas 20x/m, irama teratur. Jam 10.35 : memposisikan semi fowler.

Hasilnya pasien di posisikan semi fowler. Evaluasi , jam 14.00
WITA : frekuensi napas 20x/m, penggunaan otot bantu pernapasan
berkurang, retraksi dada berkurang, tidak ada pernapasan cuping
hidung masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian.

3) Diagnosa III

Jam 08.00 WITA

Data subjektif : pasien mengatakan tidur nyenyak dan tidak
terbangun pada malam hari . data objektif : tampak segar, mata
sembab berkurang, TD 120/80mmHg , N : 78x/m, RR : 22x/m,
SPO₂:95%. Assesment: masalah gangguan pola tidur teratasi
sebagian. Planning: intervensi 1-3 dilanjutkan, implementasi .

Jam 10.30: identifikasi pola tidur. Hasilnya pasien tidur pukul
22.00 malam dan bangun 06.00 pagi.

Jam 10.35: mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Hasilnya :
pasien dapat tidur nyenyak karena tidak sesak nafas dan batuk. Jam
10.40: memodifikasi lingkungan suhu dengan tidak mengarahkan
kipas angin kearah pasien. Jam 11.00 : Menganjurkan pasien untuk
tidur menggunakan selimut yang tebal untuk menghindari dingin.
Hasilnya: pasien paham dengan apa yang dianjurkan. Evaluasi , jam
14.00 WITA : lemah berkurang , mata sembab berkurang, TD
120/80mmHg, N : 87x/m, RR : 20x/m, masalah gangguan pola
tidur teratasi .

B. Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Ny. T.E di RPD 111 RSUD Ende

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Ny T. E data ya ng didapatkan yaitu sesak napas, sering terbangun pada malam hari karena sesak, frekuensi napas cepat, RR :28x/m, penggunaan otot bantu pernapasan, terdapat retraksi dinding dada, batuk, lendir sulit dikeluarkan, pasien tampak batuk, suara napas wheezing pernapasan cuping hidung, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, Spo2: 95%. Gejala sesak napas muncul akibat cuaca yang dingin

Puspasari (2019), beberapa tanda dan gejala yang muncul pada pasien yang menderita asma bronchiale antara lain : Sesak napas, sianosis, batuk (dengan atau tanpa lendir), dispnea, dan mengi, asma biasanya menyerang pada malam hari, kelelahan, eksaserbasi (perburukan gejala pernapasan yang akut) sering didahului dengan meningkatnya gejala selama sehari-hari tapi bisa juga terjadi secara tiba-tiba, pernapasan berat dan mengi, obstruksi jalan napas yang memperburuk dispnea, batuk kering pada awalnya : diikuti dengan batuk yang lebih kuat dengan produksi sputum yang berlebih, nyeri dada yang terasa tumpul atau tajam dan menusuk di area tulang dada atau tepat dibawahnya.

World Health Organization (WHO) menyatakan prevalensi jumlah penderita asma adalah dari tahun 2019, yaitu sekitar 262 juta orang di seluruh dunia, dengan angka kematian mencapai 455.000 hingga 461.000

kasus kematian. Pada tahun 2020, kementerian kesehatan mencatat asma sebagai penyakit yang banyak diderita di Indonesia, dengan sekitar 12 juta lebih penderita atau 4,5% dari total penduduk. Gejala asma lebih lazim terjadi pada anak laki-laki dibanding perempuan berusia sekitar 4-14 tahun, namun setelah pubertas gejala dan kekambuhan asma menjadi lebih umum dan semakin memberat pada perempuan, terutama yang memiliki riwayat menarche dini atau dengan kehamilan multiple, dan hal ini berakibat penurunan kualitas hidup akibat asma dan peningkatan kebutuhan mencari pertolongan medis pada perempuan penderita asma. Pada lansia gejala asma kembali lebih berat pada laki-laki (Litanto, 2021).

Faktor risiko utama yang dapat memicu gejala asma menurut Dharmayanti & Hamdan (2020) adalah udara dingin, kelelahan, asap rokok, infeksi, iritan (contohnya tungau, polusi, bulu hewan peliharaan, debu, jamur serta serbuk sari) dan riwayat genetik asma. Adanya alergen dalam lingkungan sekitar akan meningkatkan risiko penyakit asma. Kondisi geografis suatu wilayah yang berakibat pada perubahan cuaca maupun iklim yang menyebabkan perubahan suhu setempat menjadi ekstrim dapat memperburuk kondisi tubuh penderita asma. Udara dingin dan kering merupakan iritan yang sangat poten bagi penderita asma. Perubahan cuaca yang mungkin menjadi iritan seperti cuaca yang panas dan lembab, sangat dingin, perubahan suhu/kelembaban/tekanan udara yang tiba-tiba, angin kencang, badai bergemuruh, cuaca yang ekstrim, dan lain-lain.

Mubarak (2016), keluhan utama pasien asma bronkial yaitu takipnea, dsypnea, suara mengi, gelisah, frekuensi napas abnormal, napas cuping hidung, istirahat tidur terganggu, serangan biasanya bermula dengan batuk dan rasa sesak, takikardi, merasa lelah.

Gelisah pada pasien asma disebabkan ketika penderita mengalami kecemasan yang memicu penderita asma untuk merasakan ketakutan dan stres berat sehingga berpikir lebih banyak dan menyebabkan kekambuhan sesak napas. Seseorang yang cemas dapat memicu melepaskan kelelahan, asap rokok, infeksi, iritan (contohnya tungau, polusi, bulu hewan peliharaan, debu, jamur serta serbuk sari) dan riwayat genetik asma. Adanya alergen dalam lingkungan sekitar akan meningkatkan risiko penyakit asma. Pasien tinggal di daerah yang memiliki hawa dingin sehingga memicu serangan asma. Kondisi geografis suatu wilayah yang berakibat pada perubahan cuaca maupun iklim yang menyebabkan perubahan suhu setempat menjadi ekstrim dapat memperburuk kondisi tubuh penderita asma. Udara dingin dan kering merupakan iritan yang sangat poten bagi penderita asma. Perubahan cuaca yang mungkin menjadi iritan seperti cuaca yang panas dan lembab, sangat dingin, perubahan suhu/kelembaban/tekanan udara yang tiba-tiba, angin kencang, badai bergemuruh, cuaca yang ekstrim, dan lain-lain (MacNaughton, 2008).

Mubarak (2016), keluhan utama pasien asma bronkial yaitu takipnea, dsypnea, suara mengi, gelisah, frekuensi napas abnormal, napas cuping

hidung, istirahat tidur terganggu, serangan biasanya bermula dengan batuk dan rasa sesak, takikardi, merasa lelah.

Kondisi gelisah tidak ditemukan pada kasus. Gelisah pada pasien asma disebabkan ketika penderita mengalami kecemasan yang memicu penderita asma untuk merasakan ketakutan dan stres berat sehingga berpikir lebih banyak dan menyebabkan kekambuhan sesak napas. Seseorang yang cemas dapat memicu melepaskan histamin yang menyebabkan penyempitan saluran napas ditandai dengan sakit tenggorokan dan sesak napas yang akhirnya memicu terjadinya serangan asma. Sedangkan pada kasus tidak ditemukan gelisah dikarenakan pasien sudah seringkali mengalami sesak dan mengetahui cara mengatasinya sehingga kegelisahan dapat dicegah. Oleh karena itu disarankan agar pasien harus tetap tenang dalam mengatasi serangan asma yang timbul.

Selain itu, masalah pola nutrisi dan metabolik juga tidak dialami oleh pasien karena pasien membatasi makan makanan yang mengandung makanan seperti telur, kacang, dan buah-buahan tertentu umumnya dapat memicu reaksi alergi pada sebagian orang. Namun, melansir dari Better Health, alergi juga bisa disebabkan oleh beberapa bahan tambahan atau zat kimia di dalam makanan. Reaksi alergi bahan makanan ini bergantung dari dosis atau seberapa banyak jumlah zat kimia di dalamnya. Gejala alergi dapat menjadi parah jika seseorang menelan banyak bahan atau zat kimia dari makanan. Monosodium Glutamat (MSG) sering digunakan untuk menambah cita rasa pada masakan. Makanan yang mengandung MSG

dalam jumlah tinggi adalah makanan cepat saji dan makanan kemasan Bahan Makanan yang Sebabkan Alergi dan Asma Kambuh.

Selanjutnya masalah pola aktivitas, pada kasus tidak ditemukan masalah pada pola aktivitas dikarenakan walaupun merasa lemah pasien masih mampu melakukan aktivitasnya seperti makan dan toileting secara mandiri. Menurut Mumpuni & Wulandari (2013), fokus pengkajian pola kesehatan pada pasien dengan asma bronkial adalah pola napas, pola nutrisi metabolik, pola istirahat dan tidur dan pola aktivitas. Pada kasus ini pola kesehatan yang mengalami gangguan yaitu pola napas dan pola tidur. Pada pola napas pasien mengalami sesak napas, batuk serta lendir sulit dikeluarkan. Pada pola istirahat dan tidur pasien sering mengalami sesak di malam hari sehingga waktu istirahat dan tidur pasien terganggu. Riset terhadap 3.207 kasus asma menunjukkan 44-51% penderita mengalami batuk pada malam, bahkan 28,3% penderita mengaku mengalami gangguan tidur paling tidak sekali dalam seminggu. Penderita yang mengaku mengalami keterbatasan dalam berekreasi atau berolahraga sebanyak 52,7%, aktivitas sosial 38%, aktivitas fisik 44,1%, cara hidup 37,1%, pemilihan karier 37,9%, dan pekerjaan rumah tangga 32,6% (Nurssalam, 2021).

2. Diagnosa keperawatan

puspasari (2019) Diagnosa yang dapat di temukan pada pasien dengan Asma Bronkial terdapat 7 diagnosa keperawatan yaitu : pola nafas tidak efektif, bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas , intoleransi aktifitas, gangguan pola tidur, defisit nutrisi, dan ansietas. Adapun dignosa

yang ditemukan pada pasien Ny.T.E yaitu empat diagnosa diantaranya, tiga diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori dan satu diagnosa keperawatan yang tidak ada di teori tetapi di temukan pada kasus nyata yaitu diagnosa defisit pengetahuan. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dalam kasus Ny. T.E. Pada teori terdapat masalah gangguan pertukaran gas tetapi pada kasus Ny. T.E tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak ada sianosis. Masalah gangguan pertukaran gas bisa terjadi jika infeksi streptococcus pneumoniae pada jaringan paru-paru yang dapat memicu peradangan yang berpotensi menyebabkan kerusakan pada struktur alveoli dan bronkiolus . pada teori terdapat masalah

3. Rencana keperawatan

keperawatan, pada Ny. T.E disusun berdasarkan menurut standar intervensi keperawatan indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus . terdapat beberapa intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien asma bronkial seperti : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas sesuai tujuan dan kriteria hasil yang telah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Ny. T.E diharapkan masalah bersihan jalan napas teratasi dengan kriteria hasil : batuk efektif meningkat, sputum menurun, dispnea membaik, dan frekuensi napas membaik.

Masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, sesuai tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan perawatan

3x24 jam pada Ny. T.E diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil pola napas membaik, penggunaan otot bantu pernapasan menurun, pernapasan cupang hidung menurun, frekuensi napas membaik. Karena Ny. T.E tidak mengalami pernapasan cuping hidung sehingga kriteria hasil tidak tercapai

Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan pada perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan.

Implementasi pada Ny. T.E dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 23-25 oktober 2024. Beberapa implementasi dilakukan sesuai perencanaan, namun ada beberapa tindakan yang tidak dapat dilakukan sesuai perencanaan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (Perry dan Potter, 2014).

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, pola napas tidak efektif belum teratasi, gangguan pola tidur sudah teratasi. Namun tindakan tersebut harus terus dilakukan sehingga masalah keperawatan diatas dapat teratasi.

Berdasarkan uraian diatas mulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan maka dapat dikatakan bahwa apa yang tertera di dalam teori tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata. Ada berbagai faktor yang mempengaruhi seperti ketidakpatuhan pasien tentang cara pencegahan dini, keterlambatan dalam pengobatan dan penanganan, kurang pengetahuan dari pasien tentang penyakit yang diderita.