

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit tipe C milik pemerintah yang berada di jalan Prof Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende memiliki berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti : instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, unit penunjang medis, unit penunjang non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari : poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi dan poli fisioterapi, instalasi rawat inap terdiri dari ruangan perawatan penyakit dalam III di mana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien yang memiliki penyakit dalam dengan jumlah ruangan ada 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan, ruangan perawatan kandungan dan kebidanan, ruangan perawatan anak, ruangan perawatan perinatal, ruang rawat intensif (ICU), ruangan paviliun dan ruangan perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, ruangan bedah sentral, ruangan bersalin/VK, elektromedis, dan fisioterapi. Sedangkan unit penunjang medis terdiri dari : bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian pelayanan keperawatan/kebidanan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Sabtu tanggal 11 Oktober 2024 pada Ny. N. M.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Klien berinisial Ny. N. M, usia 21 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama Islam, pekerjaan sebagai karyawan toko sepatu, pendidikan terakhir SMA, tinggal di jln Masjid/km 1, masuk rumah sakit pada tanggal 10 Oktober 2024 dengan Diagnosa Asma Bronchiale. Penanggung jawab Ny. R, usia 62 tahun, pekerjaan tenun, hubungan dengan klien ibu klien, alamat di jln Masjid/km 1

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan Saat Ini

(1) Keluhan utama

Klien mengatakan sesak napas, pilek, batuk berdahak

(2) Riwayat keluhan utama

Klien mengatakan sesak napas sejak 1 hari yang lalu dan batuk pilek sejak 2 hari yang lalu, nyeri dada saat batuk dan badan terasa lemah.

(3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Klien mengatakan pada tanggal 09 Oktober 2024 klien bekerja di Toko Bandung (toko sepatu) yang berada di jalan Banteng seperti biasa. Saat itu klien mendapatkan sift siang. Pada jam 15.00 klien mulai batuk dan bersin-bersin karena terpapar debu yang disebabkan kendaraan yang melintasi area toko tersebut. Keesokan harinya klien pada tanggal 10 Oktober 2024 jam 18.30 mengatakan mulai merasa sesak napas dan pada jam 19.00 klien minum obat Teosal Salbutamol, setelah minum obat tersebut klien langsung batuk dan klien merasa sesak napasnya bertambah , badannya juga terasa lemah. Pada saat itu juga keluarga memutuskan langsung membawah klien ke RSUD Ende

(IGD). Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, klien didiagnosa Asma Bronchiale. Setelah mendapatkan perawatan di IGD klien dipindahkan ke Ruang Penyakit Dalam III pada jam 02.45 pagi untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

b) Status Kesehatan Masa Lalu

(1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit asma dan lambung. Untuk penyakit asma dialami sejak tahun 2018 ketika pasien kelas 3 SMP. Pada saat itu sekitar jam 09.00 pagi klien mengatakan sedang membersihkan kamar tidur. Klien mengatakan saat bersih – bersih kamarnya sangat berdebu, klien saat itu tidak menggunakan masker. Tidak lama kemudian klien bersin – bersin karena terhirup debu sehingga klien mengalami flu. Beberapa jam kemudian klien mengatakan tiba – tiba mengalami sesak napas. Pada jam 14.00 keluarga langsung mengantarkan klien ke RSUD Ende untuk mendapatkan penanganan dan pengobatan. Klien mengatakan saat diperiksa dokter klien disarankan untuk menghindari debu, udara dingin dan juga makanan laut seperti udang. Klien dirawat selama empat hari.

(2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat baik di Rumah Sakit pada tahun 2018 dan pada 2023 bulan juli.

(3) Alergi

Klien mengatakan memiliki riwayat alergi udang, debu, dan dingin.

(4) Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol)

Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan merokok ataupun minum minuman beralkohol. Klien sering minum teh dan minum minuman dalam kemasan.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien dan keluarga mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama seperti klien maupun penyakit menurun lainnya.

3) Pola Kebutuhan Dasar (Data bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui bahwa klien memiliki riwayat penyakit asma, dan selalu melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dan porsi yang dihabiskan 1 piring penuh. Jenis makanan klien yaitu nasi, ubi, sayur (suka makan sayur yang berkuah dan ditumis), lauk (ikan, telur, daging, tahu dan tempe), buah (pisang, timun). Klien juga mengatakan memiliki riwayat alergi terhadap udang. Klien biasa minum air putih 7 - 8 gelas sehari atau $\pm 1.750 - 1800$ cc dan minum teh atau susu 2 gelas sehari atau ± 500 cc.

Saat Sakit : klien mengatakan saat sakit makan 3 kali sehari, dan menghabiskan 7 - 9 sendok porsi makan yang disediakan, jenis makanannya : nasi, sayur, lauk

dan juga buah pisang. Klien minum air putih 7-8 gelas/hari $\pm$ 1.600-1.750 cc.
Klien mengatakan selera makannya menurun.

c) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : klien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB. Klien mengatakan BAK 6-7 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan.

Saat Sakit : klien mengatakan selama sakit BAB 1 kali dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB dan BAK 5-6 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit : klien mengatakan pekerjaannya adalah seorang karyawan di toko sepatu. Semua aktivitasnya dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan sesak napas ataupun batuk.

Saat Sakit : klien mengatakan badannya lemah, namun aktivitasnya masih bisa dilakukannya sendiri baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

e) Pola Kognitif dan Persepsi

Klien mengatakan tidak ada gangguan baik penglihatan, pendengaran maupun daya ingat.

f) Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur $\pm$ 6-8 jam, malam tidurnya dari jam 22:00-06:00, klien tidur dengan nyenyak, kebiasaan

klien sebelum tidur yaitu bermain sosial media yang ada di hpnya dan saat siang hari klien jarang tidur karena harus bekerja di toko.

Saat Sakit : klien mengatakan sulit tidur karena sesak napas dan juga batuk.

Klien bisa tidur nyenyak dari jam 04.00-06.00 pagi.

g) Pola Peran Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan orang-orang disekitar sangat baik. Klien mengatakan selalu berperan aktif dilingkungan masyarakat baik dalam kegiatan rohani maupun jasmani.

h) Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan klien beragama islam. Klien selalu berdoa baik saat sehat maupun sakit. Klien juga mengatakan sering mengikuti pengajian. Klien mengatakan sangat yakin dan percaya bahwa sakitnya bisa disembuhkan.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis

GCS : 15 → Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b) Tanda-tanda vital

TD : 99/56 mmHg

N : 129 ×/menit

RR : 32 ×/menit

S : 36,9 °C

SPO² : 92 %

c) BB → sebelum sakit : 65 kg, saat sakit : 50 kg

TB : 168 cm

$$(1) \text{ IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB (m}^2\text{)}}$$

$$= \frac{46}{2,40}$$

$$= 19,16$$

(2) BB Ideal

$$\text{BBI} = (\text{TB}-100) - (\text{TB}-100) \times 15\%$$

$$= (155-100) - (155-100) \times 15\%$$

$$= 55-8,25$$

$$= 46,75 \text{ kg}$$

d) Head To Toe

(1) Kepala dan Leher :

(a) Rambut.

Inspeksi : Tampak bersih, berwarna hitam dan tidak ada ketombe

Palpasi : Kepala tidak ada benjolan ataupun luka.

(b) Wajah

Inspeksi : Bentuk wajah simetris

(c) Mata

Inspeksi : Konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik.

(d) Telinga

Inspeksi : Tidak ada cairan, tidak ada gangguan pendengaran.

(e) Hidung

Inspeksi : Berbentuk simetris, tidak ada sekret, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.

(f) Mulut

Inspeksi : Mukosa bibir kering, tidak ada gigi berlubang.

(g) Leher

Inspeksi : Tampak bersih

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

(2) Dada

Inspeksi : Bentuk dada simetris, ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 32 x/menit

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : Bunyi napas mengi

(3) Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Perkusi : Terdapat bunyi tympani

Auskultasi : Bising usus 27 x/menit.

(4) Integumen

Inspeksi : Kulit tampak pucat dan berkeringat

Palpasi : Tugor kulit elastis

(5) Ekstremitas

(a) Ekstremitas Atas

Inspeksi : CRT ≥ 2 detik, tangan kanan dan kiri bisa digerakkan dan tidak ada kelainan, terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5 (mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh).

(b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : tidak terdapat edema, tidak ada fraktur atau kelaianan, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 5 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

e) Neurologi

Keluhan Subjektif (Nyeri)

- P : Nyeri dirasakan saat batuk
- Q : Nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat
- R : Nyeri yang dirasakan pada dada menetap (tidak menyebar
- S : Skala nyeri 3 (ringan)
- T : Nyeri dirasakan selama batuk hanya beberapa detik saja

5) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Darah Lengkap (11 Oktober 2024)

Tabel 4.1. Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	11.3 ⁺	10 ³ /uL	4.0 - 10.0

LYM	1.8	10 ³ /uL	0.8 - 4.0
MID	0.8	10 ³ /uL	0.1 - 1.5
GRA	8.7 ⁺	10 ³ /uL	2.0 - 7.0
LYM %	16.0 ⁻	%	20.0 - 40.0
MID %	6.8	%	3.0 - 15.0
GRA %	77.2 ⁺	%	50.0 - 70.0
RBC	5.38 ⁺	10 ⁶ /uL	4.00 - 5.00
HGB	10.7 ⁻	g/dL	14.0 - 16.0
HCT	36.0 ⁻	%	40.0 - 54.0
MCV	66.9 ⁻	fL	80.0 - 100.0
MCH	19.9 ⁻	Pg	27.0 - 34.0
MCHC	29.7 ⁻	g/dL	32.0 - 36.0
RDW	17.6 ⁺	%	11.0 - 16.0
PLT	369	10 ³ /uL	150 - 400
MPV	7.4	fL	6.5 - 12.0

6) Penatalaksanaan/pengobatan

Tabel 4.2. Penatalaksanaan/pengobatan.

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi	Kontra Indikasi
Salbron salbutamol sulfate	3 × 1 mg	Oral	Bronkospasme pada semua jenis asma bronkial, bronkritis kronik, dan emfisema.	Hipersensitif terhadap komponen SALBRON Expectorant.
Cefixime trihydrate	2 × 200m g	Oral	Untuk mengatasi infeksi bakteri.	Pasien dengan alergi yang diketahui terhadap antibiotik sefalosporin.

Lanjutan Tabel 4.2. Penatalaksanaan/pengobatan.

Acetylcysteine	3 × 4 mg	Oral	Untuk mengencerkan dahak pada beberapa kondisi, seperti batuk, asma, cystic fibrosis,	Bubuk oral untuk larutan dan tablet effervescent tidak boleh diberikan kepada
----------------	-------------	------	---	---

			atau PPOK. Selain itu, obat ini juga digunakan untuk mengobati keracunan paracetamol.	anak usia di bawah 2 tahun..
Methylpredni solone	3 x 2 mg	Oral	untuk mengatasi alergi dan mengurangi peradangan atau supresi inflamasi.	Pasien yang hipersensitivitas terhadap obat ranitidin.
Nebulizer ventolin	3 x 1 ml	Inhalasi	Untuk mengobati penyakit pada saluran pernapasan.	Pasien yang hipersensitivitas terhadap ventolin.
Paracetamol	3 x 1g/IV	IV	Untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam.	pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat

b. Tabulasi Data

Klien mengeluh sesak napas, batuk berdahak, dada terasa nyeri ketika batuk, mengeluh sulit tidur, klien tampak sesak napas, tampak batuk, tampak berkeringat, tampak lemah, tampak pucat, bunyi napas mengi, tampak ada retraksi dinding dada, tingkat kesadaran composmentis GCS : 15, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri, tanda – tanda vital : TD : 99/56 mmHg, N : 129x/menit, S : 36,9 °C SPO₂ : 92%, WBC : 11.3 10³/uL, GRA : 8.7 10³/uL, LYM% : 16 %, GRA % : 77.2 %, RBC : 5.38 10⁶/uL, HGB : 10.7 g/dL, HCT : 36%, MCV : 66.9 fL, MCH : 19.9 Pg, MCHC : 29.7 g/dL, RDW : 17.6%

P : Nyeri dirasakan saat batuk

- Q : Nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat
- R : Nyeri yang dirasakan pada dada menetap (tidak menyebar)
- S : Skala nyeri 3 (ringan)
- T : Nyeri dirasakan selama batuk hanya beberapa detik saja

c. Klasifikasi Data

Ds : Klien mengeluh sesak napas, batuk berdahak, dada terasa nyeri ketika batuk, mengeluh sulit tidur,

- P : Nyeri dirasakan saat batuk
- Q : Nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat
- R : Nyeri yang dirasakan pada dada menetap (tidak menyebar)
- S : Skala nyeri 3 (ringan)
- T : Nyeri dirasakan selama batuk hanya beberapa detik saja

Do : Klien tampak sesak napas, tampak batuk, tampak berkeringat, tampak lemah, tampak pucat, bunyi napas mengi, tampak ada retraksi dinding dada, tingkat kesadaran composmentis GCS : 15, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri, tanda – tanda vital : TD : 99/56 mmHg, N : 129x/menit, S : 36,9 °C, SPO₂ : 92%, WBC : 11.3 10³/uL, GRA : 8.7 10³/uL, LYM% : 16 %, GRA % : 77.2 %, RBC : 5.38 10⁶/uL, HGB : 10.7 g/dL, HCT : 36%, MCV : 66.9 fL, MCH : 19.9 Pg, MCHC : 29.7 g/dL, RDW : 17.6%

d. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Ds : Klien mengeluh sesak napas		
Do : Klien tampak sesak napas, tampak pucat, tampak berkeringat, CRT $\geq$	Ketidakseimbangan	Gangguan

2 detik, pernapasan cepat, bunyi napas mengi, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, TD : 99/56 mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO ₂ : 92 %, HCT : 36%, HGB : 10,7 g/dL.	ventilasi - perfusi	Pertukaran Gas
Ds : Klien mengatakan batuk berdahak, sesak napas, dahak sulit keluar Do : Klien tampak batuk berdahak, tampak sesak, TD : 99/56 mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9 °C, SPO ₂ : 92 %, WBC : 11.3 10 ³ /uL, LYM : 16%, CRP : 77.2%, CRP : 0.7	Penumpukan sekret	Bersihkan jalan napas tidak efektif
<i>Lanjutan Tabel 4.3 Analisa Data</i>		
Ds : Klien mengatakan sesak napas Do : Tampak sesak napas, terdapat retraksi dinding dada, bunyi napas mengi, terpasang O ₂ nasal kanul 3 lpm, TD : 99/56 mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO ₂ : 92 %, HCT : 36%, HGB : 10,7g/dL.	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
Ds : Mengeluh sulit tidur karena batuk dan sesak, mengeluh sering terbangun Do : Tampak sesekali menguap, tampak mengantuk, TD : 99/56 mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO ₂ : 92 %	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
Ds : P : mengeluh nyeri saat batuk Q : nyeri dirasakan seperti ditimpah benda berat R : nyeri pada dada menetap	Gejala Penyakit	Gangguan Nyaman Nyeri

(tidak menyebar)
S : Skala nyeri 3 (ringan)
T : nyeri dirasakan saat
batuk (hanya beberapa
detik saja)
Do : TD : 99/56 mmHg, N:
129x/menit, RR :
32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂
: 92 %

e. Prioritas Masalah

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret
- 2) Gangguan Pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- 3) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- 4) Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

3. Diagnosa keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret ditandai dengan :

Ds : Klien mengatakan batuk berdahak, sesak napas, dahak sulit keluar

Do : Klien tampak batuk berdahak, tampak sesak, TD : 99/56 mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %, WBC : $11.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, LYM : 16%, GRA% : 77.2%, GRA : $8.7 \times 10^3/\text{U/L}$

- b. Gangguan Pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan :

Ds : Klien mengeluh sesak napas

Do : Klien tampak sesak napas, tampak pucat, tampak berkeringat, CRT ≥ 2 detik, pernapasan cepat, bunyi napas mengi, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, TD : 99/56

mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %, HCT : 36%, HGB : 10,7 g/dL

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

Ds : Klien mengatakan sesak napas

Do : Tampak sesak napas, terdapat retraksi dinding dada, bunyi napas mengi, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, TD : 99/56 mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %, HCT : 36%, HGB : 10,7g/dL.

- d. Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan:

Ds : P : mengeluh nyeri saat batuk

Q : Nyeri dirasakan seperti ditimpah bend berat

R : Nyeri pada dada menetap (tidak menyebar)

S : Skala nyeri 3 (ringan)

T : Nyeri dirasakan saat batuk (hanya beberapa detik saja)

Do : TD : 99/56 mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan :

Ds : Mengeluh sulit tidur karena batuk dan sesak, mengeluh sering terbangun

Do : Tampak sesekali menguap, tampak mengantuk, TD : 99/56 mmHg, N: 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9 °C, SPO₂ : 92 %.

4. Intervensi keperawatan

- a. Diagnosa 1 : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan penumpukan secret

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Bunyi napas mengi menurun
- 2) Produksi sputum menurun
- 3) Dispnea menurun

Intervensi

- 1) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : terjadi infeksi apabila sputum dengan warna kuning, hijau, putih, atau kelabu dan terjadi edema apabila sputum berwarna merah mengandung darah dengan jumlah yang banyak.

- 2) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Memaksimalkan ekspansi paru dan pemasukan oksigen dalam tubuh

- 3) Berikan minum hangat

Rasional : air hangat dapat membantu mengencerkan dahak

- 4) Anjurkan batuk efektif.

Rasional : membantu mengeluarkan dahak

- 5) Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi : mukolitik, ekspetoran, bronkodilator, analgesik.

Rasional : Alat untuk menurunkan spasme bronkial dengan mobilisasi secret.

Analgesik yang diberikan untuk memperbaiki batuk.

- b. Diagnosa 2 : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Dispneu menurun
- 2) Frekuensi napas membaik
- 3) Bunyi napas mengi menurun
- 4) Warna kulit membaik

Intervensi : Pemantauan respirasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi napas, kedalaman napas)

Rasional : Seberapa derajat spasme bronkial terjadi dengan obstruksi jalan napas

- 2) Monitor saturasi oksigen

Rasional : Mengetahui kadar oksigen dalam darah untuk memberikan tindakan yang tepat

- 3) Auskultasi bunyi napas

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

- 4) Observasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku, dan catat sianosis perifer (kuku)

Rasional : Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam / menggigil. Namun sianosis daun telinga, membrane mukosa dan kulit sekitar mulut (membrane hangat) menunjukkan hipoksemia sistemik)

- 5) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Dengan posisi semi fowler dapat mengurangi sesak napas dan meningkatkan kenyamanan saat bernapas

6) Anjurkan teknik napas dalam

Rasional : memudahkan saat bernapas

7) Kolaborasi pemberian oksigen

Rasional : membantu pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien

c. Diagnosa 3 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

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

1) Dispnea menurun

2) penggunaan otot bantu napas menurun

3) Ortopnea menurun

Intervensi : Manajemen jalan napas

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)

Rasional : Penilaian pola naps harus dilakukan terutama pada klien dengan gangguan pernapasan untuk mengetahui adanya abnormalitas yang terjadi

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 menunjukan berat ringannya obstruksi

4) Posisikan semi fowler

Rasional : posisi semi fowler diberikan untuk meningkatkan ekspansi paru dan kenyamanan saat bernapas

5) Anjurkan teknik napas dalam

Rasional : memudahkan saat bernapas

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

d. Diagnosa 4 : Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan nyaman nyeri teratasi dengan kriteria hasil :

1) Keluhan nyeri menurun

2) Meringis menurun

Intervensi : Manajemen nyeri

3) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri.

Rasional : Menggambarkan pengalaman nyeri, menganalisis manajemen nyeri dan mengevaluasi efektifitas

4) Identifikasi skala nyeri

Rasional : Mengetahui skala nyeri secara teratur dan bersamaan dengan tanda – tanda vital lainnya.

5) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional : Perawatan yang tepat dan manajemen yang memadai dapat membantu mengurangi nyeri

6) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional : Nyeri yang dirasakan dapat dihilangkan atau dikurangkan

1) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : Membantu dalam penurunan persepsi atau respon nyeri. Memberikan kontrol situasi meningkatkan perilaku positif.

2) Kolaborasi pemberian analgetik

Penatalaksanaan pemberian paracetamol 1 gr/IV

Rasional : Mengurangi rasa nyeri

e. Diagnosa 5 : Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil :

1) Keluhan sulit tidur menurun

Intervensi : Dukungan tidur

1) Identifikasi pola aktifitas dan tidur

Rasional : Pola aktivitas yang baik dapat meningkatkan tidur yang baik pada pasien

2) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, kebisingan, tempat tidur)

Rasional : Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan tidur pasien

3) Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan

Rasional : Tindakan sesuai jadwal dapat meningkatkan siklus tidur terjaga

4) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional : Tidur yang cukup selama sakit dapat mempercepat penyembuhan.

5. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari pertama

Jumat, 11 Oktober 2024 adalah sebagai berikut

Diagnosa Keperawatan

Jam 07.30 mengukur tanda – tanda vital dan memposisikan pasien posisi semi fowler (hasil : TD : 99/56 mmHg, 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %)

Jam 08.55 memberikan minum hangat Jam 09.00 melayani terapi nebulizer ventolin 1 ml

Jam 09.00 melayani terapi nebulizer ventolin 1 ml

Jam 09.15 melakukan claping fibrasi

Jam 09.35 mengajarkan batuk efektif pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut, lakukan sebanyak 3 kali, pada tarikan yang terakhir ditahan selama 2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan lalu keluarkan dahak (hasil : klien tampak mengikuti arahan yang diberikan dan dahak berhasil dikeluarkan).

Jam 09.45 Memonitor sputum (hasil : sputum yang dikeluarkan sedikit dan warna sputum putih kehijauan).

Jam 13.00 melayani obat salbron salbutamol sulfate 2 mg, cefixime trihidrate 200 mg, acetylcysteine 200 mg, dan methylprednisolone 2 mg.

Diagnosa keperawatan 2

Jam 07.30 mengukur tanda – tanda vital dan memonitor pola napas (hasil : TD : 99/56 mmHg, 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %, kesadaran composmentis, klien mengatakan sesak napas)

Jam 08.10 memonitor saturasi oksigen dan CRT (SPO₂: 92% dan CRT : ≥ 2 detik).

Jam 08.20 memberikan posisi semi fowler (hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan)

Jam 08.40 memonitor bunyi napas tambahan, mengobservasi warna kulit dan sianosis (hasil : klien tampak pucat, berkeringat, tidak ada sianosis, bunyi napas mengi).

Jam 11.30 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang diajarkan).

Jam 13.00 melayani obat salbron salbutamol sulfate 2 mg

Diagnosa keperawatan 3

Jam 07.30 mengukur tanda – tanda vital dan memonitor pola napas (hasil : TD : 99/56 mmHg, 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %, kesadaran composmentis, klien mengatakan sesak napas)

Jam 08.40 memonitor bunyi napas tambahan (hasil : bunyi napas mengi)

Jam 09.00 memberikan posisi semi fowler dan melayani nebulizer ventolin 1ml

Jam 11.30 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang diajarkan).

Diagnosa keperawatan 4

Jam 07.30 mengukur tanda-tanda vital (hasil : TD : 99/56 mmHg, 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %).

Jam 07.45 mengidentifikasi lokasi nyeri (hasil : nyeri pada dada)

Jam 07.50 mengidentifikasi skala nyeri (hasil : skala nyeri 1-3 → ringan).

Jam 08.00 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (hasil : faktor yang memberberat : klien mengatakan nyeri saat batuk, faktor yang memperingan : setelah memberikan memberikan obat anti nyeri yaitu paracetamol 1 gr/iv dan juga ketika tidak batuk lagi).

Jam 09.00 melayani injeksi paracetamol 1 gr/iv

Jam 11.30 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : mengatur posisi pasien senyaman mungkin, mengajarkan klien menarik napas dalam melalui hidung tahan selama 3 detik dan hembuskan perlahan melalui mulut.

Jam 13.10 mengajarkan klien untuk beristirahat

Diagnosa keperawatan 5

Jam 07.30 mengukur tanda-tanda vital (hasil : TD : 99/56 mmHg, 129x/menit, RR : 32x/menit, S : 36,9°C, SPO₂ : 92 %).

Jam 07.40 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (hasil : klien mengatakan sulit tidur karena batuk dan sesak napas).

Jam 10.00 memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat).

Jam 10.10 menjelaskan pada pasien tentang pentingnya istirahat yang cukup dan mengajurkan pasien untuk tidur.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari kedua

Sabtu, 12 oktober 2024 adalah sebagai berikut :

Diagnosa keperawatan 1

Jam 07.15 mengukur tanda-tanda vital (hasil : TD : 101/67 mmHg, N : 109x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,6°C, SPO₂ : 96%)

Jam 08.25 memposisikan pasien semi fowler

Jam 08.30 memberikan minum hangat

Jam 08.35 mengajarkan batuk efektif pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut, lakukan sebanyak 3 kali, pada tarikan yang terakhir ditahan selama 2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan lalu keluarkan dahak (hasil : klien tampak mengikuti arahan yang diberikan dan dahak berhasil dikeluarkan).

Jam 09.00 melayani terapi nebulizer ventolin 1 mg

Jam 13.00 melayani obat cefixime trihydrate 200 mg, acetylcysteine 200 mg, methylprednisolone 2 mg.

Diagnosa keperawatan 2

Jam 07.15 mengukur tanda-tanda vital (hasil : TD : 101/67 mmHg, N : 109x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,6°C, SPO₂ : 96%)

Jam 08.00 memonitor pola napas (hasil: pasien mengatakan sesak sudah berkurang)

Jam 09.20 memonitor saturasi oksigen dan CRT (hasil SPO₂ : 96% dan CRT : < 2 detik)

Jam 11.15 memberikan posisi semi fowler (hasil : klien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan).

Jam 11.20 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang diajarkan).

Diagnosa keperawatan 3

Jam 07.15 mengukur tanda-tanda vital (hasil : TD : 101/67 mmHg, N : 109x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,6°C, SPO₂ : 96%)

Jam 08.00 memonitor pola napas (hasil : pasien mengatakan sesak napas berkurang).

Jam 08.20 memonitor bunyi napas (hasil : bunyi napas mengi)

Jam 09.00 melayani obat salbron salbutamol sulfate 2 mg, melayani terapi nebulizer ventolin 1 mg

Jam 11 memberikan posisi semi fowler (klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan).

Jam 12.15 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang diajarkan).

Diagnosa keperawatan 4

Jam Jam 07.15 mengukur tanda-tanda vital (hasil : TD : 101/67 mmHg, N : 109x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,6°C, SPO₂ : 96%)

Jam 08.40 mengkaji skala nyeri (hasil : skala nyeri 2 → ringan).

Jam 08.45 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : mengatur posisi pasien senyaman mungkin, mengajarkan klien menarik napas dalam melalui hidung tahan selama 3 detik dan hembuskan perlahan melalui mulut.

Jam 09.00 melayani injeksi paracetamol 1 gr/iv

Jam 10.00 menganjurkan pasien untuk tidur yang cukup

Diagnosa keperawatan 5

Jam 07.15 mengukur tanda-tanda vital (hasil : TD : 101/67 mmHg, N : 109x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,6°C, SPO₂ : 96%)

Jam 10.05 memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat

Jam 10.10 menjelaskan pada pasien tentang pentingnya istirahat yang cukup selama sakit

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hari pertama, 11 Oktober 2024 dengan ditentukan hasil sebagai berikut.

a. Diagnosa keperawatan 1

Evaluasi keperawatan dilakukan pada jam 14.00

S : Klien mengatakan batuk

O : Klien masih tampak batuk, tampak ada produksi sputum saat batuk, warna sputum putih kehijauan, TD : 99/56 mmHg, N : 126x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,7°C, SPO₂: 95%

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5

b. Diagnosa keperawatan 2

Evaluasi keperawatan dilakukan pada jam 14.00

S : Klien mengatakan sesak napas

O : Klien masih tampak lemah, kulit pucat, kesadaran composmentis, masih berkeringat, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, CRT : $\geq$ 2 detik, TD : 99/56 mmHg, N : 126x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,7°C, SPO₂: 95%

A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5

c. Diagnosa keperawatan 3

Evaluasi keperawatan dilakukan pada jam 14.00

S : Klien mengatakan sesak napas

O : Klien tampak sesak napas, bunyi napas mengi, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, TD : 99/56 mmHg, N : 126x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,7°C, SPO₂: 95%

A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6

d. Diagnosa keperawatan 4

Evaluasi keperawatan dilakukan pada jam 14.00

S : Klien mengatakan nyeri dada

P (Paliatif) : Nyeri dira

kan saat batuk

Q (Quality) : Nyeri dirasakan seperti ditimpah benda berat

R (Region) : Nyeri di area dada, tidak menyebar

S (Skala) : Skala nyeri 1-3 (ringan)

T (Time) : Nyeri dirasakan beberapa detik saat batuk

O : Masih tampak meringis, tampak memegang dada ketika batuk, TD

: 99/56 mmHg, N : 126x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,7°C,

SPO2: 95%

A : Masalah gangguan nyaman nyeri belum teratasi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 2, 4, 5 dan 6

e. Diagnosa keperawatan 5

Evaluasi keperawatan dilakukan pada jam 14.00

S : Klien tidurnya belum cukup

O : Klien masih sering menguap, TD : 99/56 mmHg, N : 126x/menit,

RR : 26x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 95%

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 2, 3, dan 4

Evaluasi keperawatan yang pada hari kedua, Sabtu 12 Oktober 2024 dengan ditentukan hasil sebagai berikut :

a. Diagnosa keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 13.40

S : Klien mengatakan batuk dan dahak yang dikeluarkan berkurang

O : Tampak sesekali batuk dan mengeluarkan sputum, tidak ada bunyi napas tambahan, TD : 103/71 mmHg, N : 97x/menit, RR : 24x/menit, S :36,6°C, SPO₂ : 96%

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, dan 5

b. Diagnosa keperawatan 2

Evaluasi dilakukan pada jam 13.40

S : Klien mengatakan sesak berkurang

O : Klien tidak lemah lagi, tidak ada bunyi napas tambahan, kulit pucat, tidak berkeringat lagi, kesadaran composmentis, CRT : ≤ 2 detik, TD : 103/71 mmHg, N : 97x/menit, RR : 24x/menit, S :36,6°C, SPO₂ : 96%

A : Masalah gangguan pertukaran sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4

c. Diagnosa keperawatan 3

Evaluasi dilakukan pada jam 13.40

S : Klien mengatakan sesak berkurang

O : Klien tampak tidak sesak lagi, tidak ada bunyi napas tambahan, TD : 103/71 mmHg, N : 97x/menit, RR : 24x/menit, S :36,6°C, SPO₂ : 96%

A : Masalah gangguan pertukaran sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4

d. Diagnosa keperawatan 4

Evaluasi dilakukan pada jam 13.40

S : Klien mengatakan masih nyeri

P (Paliatif) : Nyeri dirasakan saat batuk

Q (Quality) : Nyeri dirasakan seperti ditimpah benda berat

R (Region) : Nyeri di area dada, tidak menyebar

S (Skala) : Skala nyeri 1-3 (ringan)

T (Time) : Nyeri dirasakan beberapa detik saat batuk

O : Masih tampak meringis, tampak memegang dada ketika

batuk, TD : 103/71 mmHg, N : 97x/menit, RR : 24x/menit, S :

36,6°C, SPO₂: 96%

A : Masalah gangguan nyaman nyeri belum teratasi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 2, 4, 5 dan 6

e. Diagnosa keperawatan 5

S : Klien mengatakan tidurnya cukup dan nyenyak

O : Klien tampak segar TD : 103/71 mmHg, N : 97x/menit, RR :

24x/menit, S : 36,6°C, SPO₂: 96%

A : Masalah gangguan gangguan pola tidur teratasi

P : Pertahankan intervensi

7. Catatan Perkembangan

Minggu, 13 oktober 2024 dilakukan catatan perkembangan

a. Diagnosa keperawatan 1

Jam 09.00

S : Klien mengatakan batuk sudah berkurang

O : Klien tampak tidak batuk lagi, kesadaran composmentis, TD : 103/77 mmHg, N : 86 x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

A : Masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 3 dan 4

I : Jam 09.00 mengukur tanda-tanda vital, TD : 103/77 mmHg, N : 86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

Jam 09.15 memberikan pasien minum hangat

Jam 09.20 mengajarkan batuk efektif pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut, lakukan sebanyak 3 kali, pada tarikan yang terakhir ditahan selama 2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan lalu keluarkan dahak.

Jam 09.35 Menganjurkan pasien untuk melakukan terapi inhalasi dengan cara air panas dicampurkan dengan minyak kayu putih kedalam ember kemudian diarahkan ke hidung dan hirup.

E : Evaluasi pada jam 11.05 klien mengatakan batuk berkurang, klien tampak membaik, kesadaran composmentis, TD : 103/77 mmHg, N : 86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

b. Diagnosa keperawatan 2

Jam 09.00

S : Klien mengatakan tidak sesak lagi

O : Klien tampak tidak sesak lagi, kesadaran composmentis, TD : 103/77 mmHg, N : 86 x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 1, 5, dan 6

I : Jam 09.00 mengukur tanda-tanda vital, TD : 103/77 mmHg, N : 86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

Jam 09.10 memonitor pola napas (hasil : pasien mengatakan tidak sesak lagi, RR : 21x/menit)

Jam 10.15 mengajarkan teknik napas dalam jika merasa sesak lagi dengan cara tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali.

Jam 10.40 menganjurkan pasien untuk duduk posisi semi fowler atau posisi setengah duduk ketika merasa sesak.

E : Evaluasi pada jam 11.05 klien mengatakan tidak sesak lagi, keadaan umum baik, kulit tidak pucat lagi, kesadaran composmentis, TD : 103/77 mmHg, N : 86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

c. Diagnosa keperawatan 3

Jam 09.00

- S : Klien mengatakan tidak sesak lagi
- O : Klien tampak tidak sesak lagi, tidak ada bunyi napas tambahan, kesadaran composmentis, TD : 103/77 mmHg, N : 86 x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C
- A : Masalah pola napas tidak efektif teratasi
- P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 4, dan 5
- I : Jam 09.00 mengukur tanda-tanda vital, TD : 103/77 mmHg, N : 86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C
- Jam 09.10 memonitor pola napas (hasil : pasien mengatakan tidak sesak lagi, RR : 21x/menit)
- Jam 09.15 memonitor bunyi napas tambahan (hasil : tidak ada bunyi napas tambahan).
- Jam 10.15 mengajarkan teknik napas dalam jika merasa sesak lagi dengan cara tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali.
- Jam 10.40 menganjurkan pasien untuk duduk posisi semi fowler atau posisi setengah duduk ketika merasa sesak.
- E : Evaluasi pada jam 11.05 klien mengatakan tidak sesak lagi, tidak ada bunyi napas tambahan. keadaan umum baik,, kesadaran composmentis, TD : 103/77 mmHg, N : 86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

d. Diagnosa keperawatan 4

Jam 09.05

S : Klien mengatakan nyeri berkurang

P (Paliatif) : Nyeri dirasakan saat batuk

Q (Quality) : Nyeri dirasakan seperti ditimpah benda berat

: Nyeri di area dada, tidak menyebar

(Region)

S (Skala) : Skala nyeri 1-3 (ringan)

T (Time) : Nyeri dirasakan beberapa detik saat batuk

O : Meringis berkurang, TD : 103/77 mmHg, N : 86 x/menit, RR :
21 x/menit, S : 36,8°C

A : Masalah gangguan nyaman nyeri sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 2, 4, 5, dan 6

I : Jam 09.00 mengukur tanda-tanda vital, TD : 103/77 mmHg, N :
86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

Jam 10.12 mengidentifikasi skala nyeri (hasil : skala 2 → ringan)

Jam 10.15 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk
mengurangi nyeri (melatih napas dalam) dengan hasil : mengatur
posisi pasien senyaman mungkin, mengajarkan klien menarik
napas dalam melalui hidung tahan selama 3 detik dan hembuskan
perlahan melalui mulut.

Jam 11.00nenganjurkan pasien istirahat yang cukup

E : Evaluasi pada jam 11.05 klien meringis berkurang, keadaan

umum baik, kesadaran composmentis, TD : 103/77 mmHg, N :
86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

e. Diagnosa keperawatan 5

Jam 09.00

S : Klien mengatakan bisa tidur dengan nyenyak, batuk berkurang

O : Klien tampak segar,tidak menguap lagi, TD : 103/77 mmHg, N :
86 x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

A : Masalah gangguan pola tidur teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 4

I : Jam 09.00 mengukur tanda-tanda vital, TD : 103/77 mmHg, N :
86x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,8°C

Jam 10.00 menjelaskan kepada pasien pentingnya tidur yang
cukup saat sakit

E : Evaluasi pada jam 11.05 pasien mengatakan sudah tidur dengan
nyenyak, keadaan umum baik, kulit tidak pucat lagi, kesadaran
composmentis, TD : 103/77 mmHg, N : 86x/menit, RR : 21
x/menit, S : 36,8°C

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Asma bronchiale menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pasien penderita asma bronchiale adalah bagaimana cara melakukan

latihan batuk efektif, latihan teknik napas dalam, dan latihan untuk keluarga bagaimana perawatan pasien saat dirumah dengan cara pemberian terapi uap dengan menggunakan air panas dicampurkan dengan minyak kayu putih.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. N. M didapatkan klien mengatakan sesak napas, batuk berdahak, dada terasa nyeri ketika batuk, sulit tidur. Keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6). Tanda-tanda Vital : TD : 99/56 mmHg, Nadi : 129 ×/menit, RR : 32×/menit, Suhu : 36,9 °C, SPO₂: 92 %, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, kulit tampak pucat, CRT $\geq$ 2 detik, tampak berkeringat, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, ada retraksi dinding dada, bunyi napas mengi, tampak sesak napas, tambah batuk berdahak, tampak meringis, tampak memegang dada ketika batuk, terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri. Keluhan nyeri sebagai berikut, P : nyeri dirasakan saat batuk, Q : nyeri dirasakan seperti ditimpah benda berat, R : nyeri di dada (tidak menyebar), S : skala nyeri 1-3 (ringan), T : nyeri yang dirasakan hanya beberapa detik saat batuk.

Menurut 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.

Dari data diatas menunjukkan adanya kesenjangan yaitu data yang ada pada teori sebagian tidak ada pada kasus nyata Ny. N. M seperti kelelahan. Kelelahan merupakan gejala yang muncul ketika seseorang tidak memperoleh cukup oksigen karena saluran napas yang menyempit dan juga batuk dan mengi yang terus – menerus terjadi. Hal ini dapat menyebabkan rasa lelah yang terus menerus dan kekurangan energi. Pernyataan ini didukung sesuai teori dari Sigit Nugroho yang menyatakan bahwa penyebab kelelahan adalah sebagai akibat dari asma yang tidak terkontrol dengan baik sedangkan pada kasus nyata Ny. N. M tidak ditemukan kelelahan karena ketika terkena asma pasien langsung mendapatkan tindakan dan pengobatan.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Puspasari (2019) masalah keperawatan yang muncul pada pneumonia antara lain : Bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, intoleransi aktifitas, gangguan nyaman nyeri dan gangguan pola tidur. Pada kasus Ny. N. M diagnosa keperawatan yang muncul adalah bersihan jana napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa keperawatan pada teori terdapat 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus hanya mengangkat 5 diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus pasien Ny. N. M adalah diagnosa

keperawatan hipertermi. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Sigit Nugroho (2016). Perbedaan dalam teori dan kasus ini dikarenakan setiap penderita akan menunjukkan gejala yang berbeda sesuai dengan lamanya menderita sakit, dan bagaimana penanganan dan pengobatannya sehingga masing-masing orang menunjukkan gejala yang berbeda.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Ny. N. M diantaranya pemantauan respirasi, manajemen jalan napas, manajemen nyeri dan dukungan tidur.

Intervensi keperawatan ini sesuai dengan teori yang disusun oleh SIKI, PPNI (2017) yaitu pemantauan respirasi, manajemen jalan napas, manajemen nyeri, dan dukungan tidur sedangkan intervensi keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak dilakukan pada kasus yaitu manajemen energi. Maka direkomendasikan kepada pasien dan keluarga untuk tetap mempertahankan beberapa intervensi yang belum tercapai untuk mencapai kesembuhan pasien yang optimal.

4. Implementasi/Pelaksanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, gangguan nyaman nyeri, gangguan pola tidur, maka tindakan yang dilakukan yaitu :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif : memberikan minum hangat, mengajarkan latihan batuk efektif, memonitor sputum, melayani terapi nebulizer ventolin 1 ml, melayani

obat salbron salbutamol sulfate 2 mg, cefixime trihydrate 200 mg, acetylcysteine 200 mg dan methylprednisolone 2 mg.

- b. Gangguan pertukaran gas : memonitor pola napas, memonitor saturasi oksigen, memberikan posisi semi fowler, memonitor bunyi napas tambahan, mengobservasi warna kulit dan sianosis, mengajarkan teknik napas dalam, melayani obat salbron salbutamol sulfate 2 mg.
- c. Pola napas tidak efektif : monitor pola napas, monitor bunyi, berikan posisi semi fowler, ajarkan teknik napas dalam.
- d. Gangguan nyaman nyeri : mengidentifikasi lokasi nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, melayani injeksi paracetamol 1 gr/IV, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik napas dalam).
- e. Gangguan pola tidur : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat, menjelaskan pada pasien tentang pentingnya istirahat yang cukup selama sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret, gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit teratasi sebagian, sedangkan masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas,

gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi – perfusi, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dapat teratasi.