

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T GANGGUAN SISTEM RESPIRASI DENGAN
MASALAH UTAMA KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS DI RUANG IGD
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T GANGGUAN SISTEM RESPIRASI DENGAN
MASALAH UTAMA KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS DI RUANG IGD
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns) Pada
Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T GANGGUAN SISTEM RESPIRASI DENGAN
MASALAH UTAMA KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS DI RUANG IGD
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

NOR FUJI LESTARI, S.Kep

NIM: P.1605.287

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 15 Desember 2017

PENGUJI I

Ns. Siti Maisyarah, S.Kep

NIP:197705142007012016

(.....)

PENGUJI II

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

(.....)

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nor Fuji Lestari, S.kep

NIM : P1605287

Program Studi :Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Tn. T Gangguan Sistem Respirasi Dengan Masalah Utama Ketidakefektifan Pola Nafas Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



Samarinda, 15 Desember 2017

Yang membuat pernyataan,

Nor Fuji Lestari, S.Kep
NIM : P1605287

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat Rahmat dan Bimbingan Nya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada pasien Gangguan Respirasi Dengan Masalah Utama Ketidafektifan Pola Nafas di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda". Karya Ilmiah Akhir Ners merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (NS) Pada Program Studi ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Stikes Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda dan selaku pembimbing akademik saya yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan arahan, saran, dan perbaikan serta motivasi kepada penulis selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ners sehingga karya ilmiah akhir ners ini dapat diselesaikan.
3. Bapak Ns. Rusdi, S.kep., M.Pd Selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ibu Ns. Siti Maisyarah, S.kep Selaku pembimbing klinik saya yang telah banyak memberi bimbingan dan saran dalam penyusunan tugas karya ilmiah akhir ners ini.
5. Kepada Orang Tua tercinta dan adik, terima kasih yang tak terhingga atas do'a, semangat, kasih sayang, pengorbanan, dan ketulusannya dalam mendampingi penulis. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan ridho-Nya kepada keduanya.
6. Teman–Teman Program Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda, terima kasih atas masukan dan motivasinya.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita

menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua.
Amin.

Samarinda, 15 Desember 2017

Nor Fuji Lestari, S.kep

NIM: P1605287



ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T GANGGUAN SISTEM RESPIRASI DENGAN MASALAH UTAMA KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS DI RUANG IGD RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Nor Fuji Lestari, S.kep¹, Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.kep², Ns. Siti Maisyarah, S.kep³

Latar belakang: Asma bronkhial adalah penyempitan bronkus yang bersifat reversibel yang terjadi oleh karena bronkus yang hiperaktif mengalami kontaminasi dengan antigen yang ditandai dengan *mengi*, batuk, dan sesak di dada akibat penyumbatan saluran nafas. Pada saat serangan asma terjadi pasien mengalami sesak nafas dimana frekwensi pernafasan bisa sampai di atas 30x/menit.

Terapi non farmakologis yang digunakan untuk pengelolaan pasien asma adalah dengan melakukan terapi pernafasan. Terapi pernafasan yang dilakukan (relaksasi nafas dalam) bertujuan untuk melatih cara bernafas yang benar, melenturkan dan memperkuat otot pernafasan, penulisan ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah terapi relaksasi nafas dalam dapat mengurangi sesak napas pada pasien yang mengalami gangguan dalam sistem pernafasan.

Metode: Intervensi yang dilakukan kepada pasien yaitu menggunakan terapi non farmakologi (relaksasi nafas dalam). Sebelum melakukan intervensi perawat melakukan pemeriksaan terlebih dahulu seperti, irama pernafasan, frekuensi pernafasan dan saturasi oksigen.

Kesimpulan: Setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam, 3 hari pemberian menunjukkan perubahan yang semula respirasi 28 x/menit setelah diberikan terapi menjadi 22 x/menit. Sedangkan SpO2 awal datang 96 % setelah diberikan terapi menjadi 99 %. Hasilnya terdapat penurunan irama pernafasan dan kenaikan jumlah SpO2 klien setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam.

Kata kunci : *Asma, Ketidakefektifan Pola Nafas, Relaksasi Nafas Dalam*

¹ Progam Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

² Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

³ Preseptor klinik IGD RSUD Abdul Wahab Sjahrane

ABSTRACT

NURSING CARE IN THE INTERRUPTION OF RESPIRATORY SYSTEM WITH MAIN PROBLEMS INFLUENCES OF BREATH PATTERN IN IGD ROOM RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Nor Fuji Lestari, S.kep¹, Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.kep², Ns. Siti Maisyarah, S.kep³

Background: Bronchial asthma is a reversible bronchial narrowing that occurs because the hyperactive bronchus is contaminated with antigens characterized by wheezing, coughing, and tightness in the chest due to airway obstruction. At the time of asthma attack occurs patients experience shortness of breath where the frequency of breathing can reach above 28 x /minute.

Non pharmacological therapy used for the management of asthma patients is by doing respiratory therapy. Respiratory therapy performed (deep breathing relaxation) aims to train the correct way of breathing, flexing and strengthening the respiratory muscles, in order to find out how the therapy of deep breathing relaxation can reduce shortness of breath in patients with disturbances in the respiratory system.

Methods: Interventions performed to patients using non-pharmacological therapy (deep breathing relaxation). Before the intervention nurses perform prior examination such as, respiratory rhythm, respiratory frequency and oxygen saturation.

Conclusion: After a deep breath relaxation therapy, 3 days of administration showed an initial change of 28 x/minute, respiration after treatment to 22 x/minute. While the initial SpO2 came 96% after being given therapy to 99%. The result is a decrease in respiratory rhythm and an increase in the number of SpO2 clients after being given deep breathing relaxation therapy.

Keywords: Asthma, Inefficiency of Breath Pattern, Relaxation of Breath In.

¹Ners Profession Study Program, Health Science High School Wiyata Husada Samarinda.

²Lecturers of Health Science High School Wiyata Husada Samarinda.

³Clinical presentation of emergency IGD RSUD Abdul Wahab Sjahrani

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman judul.....	i
Lembar pengesahan.....	ii
Lembar pernyataan keaslian.....	iii
Kata pengantar	iv
Abstrak	vi
Abstract	vii
Daftar isi	viii
Daftar tabel.....	ix
Daftar lampiran.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	5
C. Tujuan penulisan	5
1. Tujuan umum	5
2. Tujuan khusus	5
D. Manfaat penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep pernafasan (anatomi & fisiologi)	7
B. Proses Terjadinya Pernafasan	13
C. Konsep Ketidakefektifan Pola Nafas.....	14
D. Relaksasi Nafas Dalam	14
E. Asuhan keperawatan dengan gangguan pemenuhan respira	18
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	29
A. Pengkajian	29
B. Diagnosa keperawatan.....	33
C. Intervensi keperawatan	33
D. Implementasi keperawatan.....	37
E. Evaluasi keperawatan	44
BAB IV ANALISIS SITUASI.....	48
A. Analisi profil lahan praktik.....	48
B. Analisis Kasus.....	49
C. Alternatif pemecahan masalah	54
BAB V PENUTUP	55
A. Kesimpulan	55
B. Saran	56
Daftar pustaka	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Analisa data	32
Tabel 3.2	Intervensi keperawatan	33
Tabel 3.3	Implementasi keperawatan	37
Tabel 3.4	Evaluasi	44
Tabel 4.1	Hasil observasi.....	53



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SOP terapi relaksasi nafas dalam
Lampiran 2	Dokumentasi
Lampiran 3	Gambar anatomi fisiologi
Lampiran 4	Hasil pemeriksaan laboratorium



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asma merupakan penyakit saluran nafas kronik yang penting dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius diberbagai negara di seluruh dunia. Asma merupakan masalah yang terus meningkat, baik di negara maju maupun negara berkembang. Dalam tiga puluh tahun terakhir terjadi peningkatan prevalensi (kekerapan penyakit) asma terutama di Negara-negara maju (Muchid dkk, 2010).

Asma sering juga di sebabkan oleh adanya peradangan alat pernapasan yang cara penyebabnya belum sepenuhnya di ketahui perkembangan penyakit ini cenderung progresif artinya makin lama makin berat dengan diselingi masa-masa tenang dan kumat, kecuali bila dilakukan pengelolaan sebaik-baiknya sejak awal penyakit timbul (Gouzali Saydam, 2011). Pada penyakit asma, serangan umumnya datang pada malam hari, tetapi dalam keadaan berat serangan dapat terjadi setiap saat tidak tergantung waktu.

Menurut Badan Kesehatan Dunia, *World Health Organization* (WHO, 2009) memperkirakan setiap tahun penderita asma bertambah sekitar, 10.000 orang. Sekarang jumlah penderita sudah mencapai 100-500 juta penduduk di dunia. Sementara itu prevalensi asma Internasional bervariasi antara, 5-30 %. Sebanyak 300 juta orang di dunia mengidap asma, dan pada tahun, 2005 sebanyak 225 ribu orang meninggal karena gagal nafas yang diakibatkan hipoksemia berat karena asma. Sedangkan pada tahun 2025 penderita asma diperkirakan mencapai 400 juta dan diperkirakan terdapat 255.000 jiwa meninggal karena asma.

Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2005 mencatat 225.000 orang meninggal karena asma. Meningkatnya tingkatan kejadian asma di Indonesia dan hamper seluruh dunia ini diduga berhubungan dengan meningkatnya industry yang mengakibatkan tingkat polusi semakin tinggi, serta makin banyaknya kendaraan bermotor. Asma banyak diderita oleh masyarakat dan penyakit ini berkaitan dengan factor keturunan (Pratyahara, 2011). Yang kita ketahui ialah ketika terjadi asma, dan pasien dibawa kerumah sakit.

Pada umumnya penderita asma akan mengeluhkan gejala batuk, sesak napas, rasa tertekan di dada dan *mengi*. Pada beberapa keadaan batuk mungkin merupakan satu-satunya gejala. Gejala asma sering terjadi pada malam hari dan saat udara dingin, biasanya bermula mendadak dengan batuk dan rasa tertekan di dada, disertai dengan sesak napas (*dyspnea*) dan *mengi*. Batuk yang dialami pada awalnya susah, tetapi segera menjadi kuat. Karakteristik batuk pada penderita asma adalah berupa batuk kering, paroksismal, iritatif, dan non produktif, kemudian menghasilkan sputum yang berbusa, jernih dan kental. Jalan napas yang tersumbat menyebabkan sesak napas, sehingga ekspirasi selalu lebih sulit dan panjang dibanding inspirasi, yang mendorong pasien untuk duduk tegak dan menggunakan setiap otot aksesori pernapasan. Penggunaan otot aksesori pernapasan yang tidak terlatih dalam jangka panjang dapat menyebabkan penderita asma kelelahan saat bernapas ketika serangan atau ketika beraktivitas (Brunner & Suddard, 2012).

Pada dua dekade yang lalu penyakit asma di anggap merupakan penyakit yang disebabkan karena adanya penyempitan *bronkus* saja, sehingga terapi utama pada saat itu adalah suatu *bronkodilator*, Namun para ahli mengemukakan konsep baru yang kemudian di gunakan hingga kini, yaitu bahwa asma merupakan *penyakit inflamasi* pada saluran nafas, yang di tandai dengan *bronkokonstriksi*, *inflamasi*, dan respon yang berlebihan terhadap rangsangan. Selain itu juga terdapat penghambatan terhadap aliran udara dan penurunan kecepatan aliran udara akibat penyempitan *bronkus*. akibatnya terjadi *hiperinflamasi distal*, perubahan mekanisme paru-paru, dan meningkatnya kesulitan bernafas. Selain itu juga terjadi peningkatan *sekresi mukus* yang berlebihan. Asma mempunyai dampak yang sangat mengganggu aktivitas sehari-hari. Gejala asma dapat mengalami komplikasi sehingga menurunkan produktifitas kerja dan kualitas hidup (GINA, 2012). Pada penderita asma eksaserbasi akut dapat saja terjadi sewaktu-waktu, yang berlangsung dalam beberapa menit hingga hitungan jam. Semakin sering serangan asma terjadi maka akibatnya akan semakin fatal sehingga mempengaruhi aktivitas.

Pasien harus diberikan intervensi yang dilakukan perawatnya itu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi medikasi yang terdapat lima kategori pengobatan yang digunakan dalam mengobati asma yaitu, agonis beta, metilsatin, anti kolinergik dan inhibitor sel mast. Pasien akan diberikan terapi oksigen untuk mengatasi *dyspnea*, sianosis dan hipoksemia.

Selain itu juga terdapat tindakan inovasi keperawatan yang dapat di intervensikan pada penderita asma seperti latihan pernafasan yang telah dirancang

dan dapat dijalankan untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien meningkatkan inflasi alveolar maksimal, mencegah atelectasis, meningkatkan efisiensi batuk, melabatkan frekuensi pernafasan serta mengurangi udara terperangkap. Latihan nafas dalam, dapat dilakukan pada penderita yang sudah mengerti perintah dan kooperatif (Andarmoyo 2012).

Posisi pasien juga dapat menjadi salah satu hal yang dapat memperberat keadaan asma yang dirasakannya oleh karena itu dapat ditambahkan dengan perubahan posisi pada pasien seperti *semi-fowler* dan *high fowler*. Posisi *semi-fowler* adalah sebuah posisi setengah duduk atau duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau di naikan 45° dan posisi ini dilakukan dengan maksud untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernafasan pasien (Aziz, 2008). Sedangkan posisi *high fowler* adalah posisi dimana tempat tidur diposisikan dengan ketinggian 60° - 90° dan bagian lutut tidak ditinggikan. Posisi *high fowler* ini sangat membantu bagi penderita yang mengalami dyspnea karena menghilangkan tekanan pada diafragma yang memungkinkan pertukaran volume yang lebih besar dari udara (Barbara, 2009).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh eleonora volparto, dkk tahun 2015 dengan judul *relaxation techniques for people with chronic obstructive pulmonary disease a systematic review and a meta-analysis*, bahwa dengan teknik relaksasi nafas dalam dapat membuat rasa nyaman bagi seorang pasien dengan masalah pernapasan kronik.

Hal yang sama juga dinyatakan oleh Refi *et. al.* (2011) dalam penelitiannya "Keefektifan pemberian posisi semi fowler terhadap penurunan sesak nafas pada pasien asma di ruang rawat inap kelas III RSUD Dr. Moewardi Surakarta" menyebutkan ada perbedaan rata-rata sesak nafas sebelum dan sesudah pemberian posisi semi fowler. Sehingga pada pasien asma disarankan diberikan posisi semi fowler karena mempengaruhi berkurangnya sesak nafas sehingga dapat mengadkuatkan jalan nafas. Apabila jalan nafas sudah adekuat, maka suplai oksigen terpenuhi kondisi tersebut dapat dilihat dari indikator nilai saturasi oksigen ($Sa O_2$). Saturasi oksigen adalah ukuran seberapa banyak presentase oksigen yang mampu dibawa oleh hemoglobin. Ada beberapa metode atau cara untuk mengukur oksigen dalam darah, salah satu nya dengan *pulse oxymetry*. *Pulse oxymetri* adalah alat dengan dioda cahaya gelombang panjang (LED) yang akan diserap oleh molekul haemoglobin yang akan dioksigenasi, Alat ini digunakan untuk mengukur

saturasi oksigen (secara non invasive) dalam pembuluh darah arteri terutama oksigen yang terikat oleh haemoglobin (Potter & Perry, 2005).

Tujuan dan mekanisme dilakukan latihan dan posisi duduk ini adalah untuk memfasilitasi pasien yang sedang kesulitan bernapas. Dikarenakan adanya gaya gravitasi yang menarik diafragma kebawah sehingga ekspansi paru jauh lebih baik pada posisi *semi-fowler*, sedangkan pada posisi *high fowler* bertujuan menghilangkan tekanan pada diafragma dan memungkinkan pertukaran volume yang lebih besar dari udara dari hasil pengamatan ditemukan posisi *high fowler* dapat meningkatkan saturasi SpO₂ lebih maksimal.

Studi pendahuluan yang dilakukan wawancara dengan 5 pasien asma yang datang ke IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie yang terdiri dari 3 perempuan dan 2 laki-laki di dapatkan bahwa upaya yang dilakukan jika sesak nafas atau penyakit asma kambuh langsung berobat ke puskesmas atau ke rumah sakit, langsung diberikan oksigen dan terapi nebulizer. Klien mengaku belum pernah melakukan terapi non farmakologi atau relaksasi nafas dalam.

Peran perawat dalam pemberi asuhan keperawatan adalah dengan melakukan intervensi keperawatan mandiri dan kolaborasi. Pelaksanaan peran perawat sebagai peneliti diantaranya adalah penulis menerapkan intervensi keperawatan yang didasarkan pada hasil penelitian atau berdasarkan pembuktian (*evidence based*) dan melaksanakan peran pembaharu dalam upaya meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan kegawatdaruratan sistem Pernafasan.

Berdasarkan Latar belakang tersebut, maka perlu dilakukan suatu intervensi non farmakologis, untuk dapat mengurangi gejala asma pada pasien yang datang ke IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie. Hal inilah yang menjadi dasar penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Ilmiah Ners "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Sistem Respirasi Dengan Masalah Utama Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda"

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah "Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien gangguan sistem respirasi dengan masalah utama Ketidakefektifan Pola Nafas di ruang IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?".

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Respirasi Dengan Masalah Utama Ketidakefektifan Pola Nafas di ruang IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Saamarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.
- b. Menegakkan diagnosa pada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.
- c. Menyusun intervensi pada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.
- d. Menerapkan implementasi pada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.
- e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola nafas.
- f. Melakukan pendokumentasian pada pasien yang telah dilakukan intervensi dan implementasi.

D. Manfaat Penulisan

1. Menambah wawasan ilmu pengetahuan keperawatan mengenai masalah yang di alami oleh pasien sehingga dapat menerapkan intervensi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem respirasi dengan masalah utama ketidakefektifan pola nafas.
2. Penulis dapat mengaplikasikan dan mengimplementasikan asuhan keperawatan, pada pasien dengan gangguan sistem respirasi dengan masalah utama ketidakefektifan pola nafas.
3. Sebagai bahan masukan dan pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
4. Laporan Akhir Stase Peminatan Ners ini diharapkan dapat menjadi sarana meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan intervensi keperawatan kepada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola nafas dan Masyarakat diharapkan dapat menjadi sarana pengetahuan dan pengalaman

masyarakat dalam menangani sesak dengan relaksasi napas dalam dan pemberian posisi high fowler.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi Sistem Respirasi

Sistem respirasi terdiri dari hidung, faring (tenggorokan), laring (kotak suara), trakea, bronkus, dan paru-paru. Bagian-bagiannya dapat diklasifikasikan berdasarkan struktur dan fungsinya. Secara struktural, sistem respirasi terdiri dari sistem pernapasan atas, yaitu hidung, faring, dan struktur yang terkait, dan sistem pernapasan bawah, yaitu laring, trakea bronkus, dan paru-paru. Secara fungsional, sistem respirasi terdiri dari 2 bagian, yaitu zona konduksi yang terdiri dari rangkaian interkoneksi rongga dan tabung baik di luar ataupun di dalam paru-paru. Ini termasuk hidung, faring, laring, trakea, bronkus, bronkiolus, dan bronkiolus terminal yang fungsinya untuk menyaring, menghangatkan, dan melembabkan udara dan menghubungkannya ke dalam paru-paru. Zona kedua adalah zona respiratori yang terdiri dari jaringan di dalam paru-paru di mana terjadi pertukaran gas. Ini termasuk bronkiolus respiratori, duktus alveolar, kantung alveolar, dan alveoli yang mereka merupakan tempat utama pertukaran gas antara air dan darah. (Gambar Terlampir).

1. Hidung

Hidung dibagi menjadi bagian eksternal dan internal. Hidung eksternal merupakan bagian dari hidung yang terlihat pada wajah dan terdiri dari kerangka penunjang tulang dan kartilago hialin yang di lingkupi dengan otot dan kulit, dan dibatasi oleh membrane mukosa. Rangka tulang hidung eksternal dibentuk dari tulang frontalis, tulang nasale, dan maksilae. Rangka kartilago hidung eksternal terdiri dari kartilago septi nasi yang membentuk bagian anterior septum nasalis, kartilago nasi lateralis yang terletak inferior ke tulang nasale, dan kartilago ala nasi yang membentuk dinding nostril. Di permukaan inferior hidung terdapat dua pintu masuk yang disebut nares atau nostril.

Struktur inferior hidung eksternal memiliki 3 fungsi, yaitu:

- a. Menghangatkan, melembabkan, dan menyaring udara yang masuk.
- b. Mendeteksi stimulus olfaktori.
- c. Memodifikasi vibrasi suara ketika melewati ruang yang besar

beresonasi.

Hidung internal merupakan suatu rongga besar di anterior tulang yang membentang inferior ke os nasale dan superior mulut. Secara anterior, hidung internal berbatasan dengan hidung eksternal, dan di posterior berhubungan dengan faring melalui dua pintu bernama nares internal atau choana. Sinus paranasalis adalah rongga-rongga di tulang cranium dan wajah tertentu yang dibatasi membrane mukosa yang berlanjut dengan rongga hidung. Sinus ini terdiri dari sinus frontalis, ethmoidalis, sphenoidalis, dan maksilaris. Fungsi sinus-sinus ini tidak diketahui pasti; sinus meringankan tulang tengkorak dan menambah resonansi suara.

Lantai hidung dibentuk oleh palatum yang memisahkan rongga hidung dari rongga mulut di bawahnya. Di anterior, di mana palatum disokong oleh processus maksilaris dan tulang palatum, dinamakan palatum durum (hard palate). Di posterior yang tidak disokong adalah otot palatum molle (soft palate).

Rongga hidung memiliki 3 regio, yaitu:

- a. Vestibulum: sebuah pelebaran tepat di sebelah dalam nares yang dilapisi kulit yang mengandung bulu hidung, berguna untuk menahan aliran partikel yang terkandung di dalam udara yang dihisap
- b. Penghulu: di sebelah cranial; dimulai dari atap rongga hidung meluas sampai setinggi concha nasalis superior dan bagian septum nasi di hadapan concha tersebut. Region ini terdiri dari reseptor bau.
- c. Pernapasan: bagian rongga hidung selebihnya.

Dinding lateral hidung memperlihatkan tiga elevasi, yaitu concha nasalis superior, medius, dan inferior. Inferolateral terhadap masing-masing concha nasalis ini terdapat meatus nasi yang sesuai. Susunan concha dan meatus meningkatkan area permukaan hidung internal dan mencegah dehidrasi dengan menangkap tetesan air selama ekshalasi.

2. Faring

Faring atau tenggorokan adalah sebuah pipa muskulomembranosa, panjang 12-14 cm, membentang dari basis crania sampai setinggi vertebra C6 atau tepi bawah kartilago cricoidea. Faring membentang posterior dari rongga hidung dan mulut, superior dari laring, dan anterior vertebra cervicalis. Dindingnya terdiri dari otot rangka dan dibatasi membrane mukosa. Kontraksi

otot rangka membantu menelan. Fungsi faring sebagai jalan untuk udara dan makanan, memberikan ruang resonansi untuk suara dan tempat tonsil yang berperan dalam reaksi imunologis melawan benda asing.

Faring dapat dibagi menjadi 3 daerah anatomis:

a. Nasofaring

Nasofaring merupakan bagian superior dari faring, membentang posterior dari rongga hidung dan meluas ke palatum molle. Terdapat 5 bukaan pada dindingnya, yaitu dua nares internal, dua bukaan ke tuba auditorius (tuba eustachius), dan bukaan ke orofaring. Nasofaring dan orofaring berhubungan melalui isthimus praringeum yang dibatasi tepi palatum molle dan dinding posterior faring. Sewaktu proses menelan dan berbicara, isthimus pharyngeum akan tertutup oleh elevasi palatum molle dan pembentukan lipatan Passavant di dinding dorsal faring. Dinding posteriornya terdiri dari tonsil faringeal (adenoid).

b. Orofaring

Orofaring merupakan bagian tengah dari faring, membentang dari posterior rongga mulut dan meluas dari palatum molle inferior ke tulang hyoid. Orofaring hanya memiliki 1 bukaan, yaitu faucium (isthimus orofaringeum), bukaan dari mulut. Bagian faring ini memiliki fungsi respirasi dan digestif, terdapat dua pasang tonsil, yaitu tonsila palatine dan lingual.

c. Laringofaring

Laringofaring adalah bagian inferior dari faring, dimulai dari tulang hyoid. Pada ujung inferiornya, laringofaring terbuka ke esophagus di posterior dan laring di anterior. Laringofaring juga sebagai jalur respirasi dan digesti.

d. Laring

Laring atau kotak suara adalah jalur pendek yang menghubungkan laringofaring dengan trakea. Dia membentang di midline leher anterior ke esophagus dan vertebra C4-C6. Dinding laring dibentuk dari 9 cartilago. Terdiri dari kartilago thyreoidea, kartilago cricoidea, dan kartilago epiglottis yang masing-masing satu buah; serta kartilago arytaenoidea, kartilago cuneiforme, dan kartilago corniculatum yang masing-masing sepasang.

Laring Kartilago thyreoidea (Adam's apple) merupakan tulang rawan laring terbesar, terdiri dari dua lamina kartilago hyaline yang menyatu yang membentuk dinding anterior laring, membuat bentuk segitiga. Ini terdapat pada laki-laki dan perempuan, tetapi biasanya lebih besar pada laki-laki

karena pengaruh hormone seks laki-laki saat pertumbuhan selama pubertas.

Epiglottis merupakan kartilago elastic berbentuk daun yang ditutupi dengan epitel. Batang epiglottis meruncing ke inferior yang menempel ke tepi anterior kartilago thyroid dan tulang hyoid. Daun superior epoglottis tidak menempel dan bebas maju ke atas dan bawah. Selama menelan, faring dan laring terangkat. Elevasi faring memperluas faring untuk menerima makanan, sedangkan elevasi laring menyebabkan epiglottis bergerak ke bawah dan menutupnya. Glottis terdiri dari sepasang lipatan membrane mukosa, lipatan vocal (true vocal cords) di laring, dan ruang antara mereka yang disebut rima glottidis. Kartilago cricoids merupakan cincin kartilago hyaline yang membentuk dinding inferior laring. Kartilago ini merupakan tanda untuk membuat jalan napas darurat bernama tracheotomy.

Kartilago arytenoids berbentuk triangular yang sebagian besar kartilago hyaline. Dia berlokasi di batas posterior, superior dari kartilago cricoids. Kartilago corniculatum yang merupakan kartilago elastic berbentuk tanduk, berlokasi di apeks dari tiap kartilago arytenoids. Cartilago cuneiforme merupakan kartilago elastic di anterior kartilago cuniculatum, menyokong lipatan vocal dan epiglottis lateral.

3. Trakea

Trakea atau pipa udara adalah suatu jalur tubular untuk udara sepanjang 12 cm dan berdiameter 2,5 cm. trakea berlokasi di anterior esophagus dan meluas dari laring ke batas superior vertebra T5, di mana dibagi menjadi bronkus utama kanan dan kiri. Lapisan dinding trakea dari dalam ke luar adalah mukosa, submukosa, kartilago hyaline, dan adventisia. Trakea memiliki 16-20 cincin tulang rawan hyaline yang masing-masing membentuk gambaran huruf U, yang membatasi 2/3 bagian anterior.

Karena elemen elastiknya, trakea dapat cukup fleksibel untuk meregang dan bergerak inferior selama inspirasi dan recoil selama ekspirasi, tetapi cincin kartilago mencegahnya kolaps dan menjaga jalan napas paten walaupun tekanan berubah selama bernapas. Bagian posterior yang terbuka dari cincin kartilago yang berbatasan dengan esophagus dihubungkan dengan serat otot polos dari otot trakealis dan dengan jaringan ikat lunak. Karena bagian dinding trakea sebelah sini tidak rigid, esophagus dapat mengembang ke anterior ketika menelan makanan yang melaluinya.

4. Bronkus

Di batas superior vertebra T5, trakea terbagi menjadi bronkus utama kanan yang masuk ke paru kanan, dan bronkus utama kiri yang masuk ke paru kiri. Bronkus utama kanan lebih vertikal, lebih pendek, dan lebih luas dibandingkan dengan yang kiri. Seperti trakea, bronkus utama terdiri dari cincin kartilago yang tidak komplit. Pada titik di mana trakea terbagi menjadi bronkus utama kanan dan kiri, terdapat carina yang dibentuk dari proyeksi posterior dan inferior kartilago trakea terakhir. Membrane mukosa carina merupakan salah satu area paling sensitive dari seluruh laring dan trakea untuk memicu refleks batuk.

5. Paru-paru

Paru-paru merupakan sepasang organ berbentuk kerucut di rongga toraks. Keduanya dipisahkan oleh hati dan struktur lain di mediastinum. Setiap paru ditutup dan dilindungi oleh membrane serosa lapis dua bernama membrane pleura. Lapisan superficial disebut pleura parietal yang berbatasan dengan rongga toraks, lapisan dalam disebut pleura visceral yang menutupi paru-paru. Di antara pleura parietal dan visceral terdapat ruang kecil bernama rongga pleura yang mengandung sedikit cairan lubrikan yang disekresikan oleh membrane. Cairan pleura ini mengurangi friksi antara membrane.

Bagian inferior yang luas dari paru, basis, berbentuk cekung dan cocok di atas daerah cembung diafragma. Bagian superior paru yang sempit adalah apeks. Permukaan paru-paru membentang terhadap tulang rusuk, permukaan costalis, sesuai dengan kelengkungan tulang rusuk.

Permukaan mediastinalis dari tiap paru berisi hilus yang dilalui bronkus, pembuluh darah paru, pembuluh limfa, dan nervus. Di medial, paru kiri terdapat cekungan, cardiac notch, tempat di mana ada jantung. Karena ruang yang ditempati jantung, paru kiri 10% lebih kecil daripada paru kanan. Walaupun paru kanan lebih tebal dan lebih luas, dia juga lebih pendek daripada paru kiri karena diafragma lebih tinggi di sisi kanan untuk mengakomodasi hati yang ada di inferiornya.

Setiap paru dibagi oleh 1 atau 2 fissura. Kedua paru-paru mempunyai sebuah fissure oblik yang memanjang inferior dan anterior. Paru kanan juga memiliki fissure horizontal. Fissure oblik di paru kiri memisahkan lobus superior dengan lobus inferior. di paru kanan, bagian superior dari fissure oblik memisahkan lobus superior dengan lobus inferior; bagian inferior dari fissure

oblik memisahkan lobus inferior dengan lobus medius yang berbatasan dengan fissure horizontal di superior.

Setiap lobus menerima bronkus sekunder, jadi bronkus utama kanan memberi 3 bronkus sekunder (bronkus superior, media, dan inferior), dan bronkus utama kiri memberi 2 bronkus sekunder (bronkus superior dan inferior). Di dalam paru, bronkus sekunder bercabang menjadi bronkus tersier/segmentorum (terdapat 10 bronkus tersier di tiap paru) yang masing-masing bercabang lagi menjadi segmen bronkopulmonalis.

Selanjutnya, masing-masing bronkus segmentorum memberikan 20-25 percabangan dan akhirnya menjadi bronkus terminalis. Masing-masing bronkus terminalis bercabang banyak menjadi bronkiolus respirasi dan masing-masing bronkiolus respirasi mempercabangkan 2-11 duktus alveolaris. Masing-masing duktus alveolaris mempercabangkan 5-6 saccus alveolaris.

B. Proses Terjadinya Pernafasan

Dalam proses pernapasan ini terdiri atas dua proses, proses yang pertama ialah Inspirasi atau proses menarik napas. Dan proses yang kedua yakni Ekspirasi atau proses mengeluarkan napas. Pada saat menarik napas, otot diafragma yang ada di rongga akan berkontraksi. Pada otot ini pada awalnya berbentuk melengkung yang kemudian akan menjadi lurus saat berkontraksi. Pada saat otot diafragma berkontraksi, maka rongga dada akan mengembang sehingga tekanan di dalam rongga dada akan berkurang dan memungkinkan masuknya udara.

Sementara pada saat mengeluarkan napas otot diafragma akan melemas yang sehingga rongga dada akan menjadi mengecil yang mengakibatkan tekanan di dalam rongga dada pun akan menjadi naik dan udara akan tertekan keluar. Jadi yang perlu kalian ingat ialah bahwa udara akan mengalir dari suatu tempat yang mempunyai tekanan besar yang menuju tempat yang memiliki tekanan lebih kecil.

Ekspirasi, pada suatu saat otot-otot akan kendur lagi (diafragma akan menjadi cekung, muskulus interkostalis miring lagi) dan dengan demikian rongga dan dengan demikian rongga dada menjadi kecil kembali, maka udara didorong keluar. Jadi proses respirasi atau pernapasan ini terjadi karena adanya perbedaan tekanan antara rongga pleura dan paru-paru (Syaifuddin, 2012).

Pernapasan dada, pada waktu seseorang bernapas, rangka dada terbesar bergerak, pernapasan ini dinamakan pernapasan dada. Ini terdapat pada rangka dada yang lunak, yaitu pada orang-orang muda dan pada perempuan (Syaifuddin,

2006). Pernapasan perut, jika pada waktu bernapas diafragma turun naik, maka ini dinamakan pernapasan perut. Kebanyakan pada orang tua, Karena tulang rawannya tidak begitu lembek dan bingkas lagi yang disebabkan oleh banyak zat kapur yang mengendap di dalamnya dan banyak ditemukan pada laki-laki (Syaifuddin, 2012).

C. Konsep Ketidakefektifan Pola Nafas

1. Pengertian ketidakefektifan pola nafas

Ketidakefektifan pola napas adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi yang adekuat (Wilkinson, 2006). Pola nafas tidak efektif adalah ventilasi atau pertukaran udara inspirasi dan atau ekspirasi tidak adekuat. (Santoso Budi, 2006). Pola nafas tidak efektif adalah ventilasi atau pertukaran udara inspirasi dan atau ekspirasi tidak adekuat. (Santoso Budi, 2006).

2. Etiologi/penyebab

Ansietas, posisi tubuh, deformitas tulang, deformitas dinding dada, penurunan energi/kelelahan, hiperventilasi, sindrom hipoventilasi, kerusakan muskuloskeletal, imaturitas neurologis, disfungsi neuromuskular, obesitas, nyeri, kerusakan persepsi/kognitif, kelelahan otot-otot respirasi, cedera tulang belakang

3. Batasan Karakteristik

Subjektif : Dispnea, Napas pendek

Obyektif: Perubahan gerak dada, mengambil posisi tiga titik, penurunan tekanan inspirasi / ekspirasi, penurunan ventilasi semenit, penurunan kapasitas vital, napas dalam, meningkatkan diameter anterior-posterior, napas cuping hidung, ortopnea, fase ekspirasi yang lama, pernapasan *pursed-lip*, kecepatan respirasi (usia dewasa 14 tahun atau lebih <11-24 x/menit, bayi 25-60, usia 1-4 <20-30, usia 5-14 <15-25), penggunaan otot-otot bantu untuk bernapas

D. Relaksasi Nafas Dalam

1. Pengertian

Relaksasi adalah satu bentuk aktivitas yang dapat membantu mengatasi stres. Teknik relaksasi ini melibatkan pergerakan anggota badan secara mudah dan boleh dilakukan di mana-mana saja. Dalam Relaksasi dapat ditambahkan

dengan melakukan visualisasi. Visualisasi adalah suatu cara untuk melepaskan gangguan dalam pikiran dengan cara membayangkan gangguan itu sebagai sesuatu benda, dan kemudian kita melepaskannya. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

Mekanisme relaksasi nafas dalam (*deep breathing*) pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan *kardiopulmonari* (Izzo, 2008). Stimulasi peregangan di *arkus aorta* dan *sinus karotis* diterima dan diteruskan oleh saraf vagus ke *medula oblongata* (pusat regulasi kardiovaskuler), selanjutnya merespon terjadinya peningkatan refleks *baroreseptor*.

(Gohde, 2010). *Impuls aferen* dari *baroreseptor* mencapai pusat jantung yang akan merangsang aktivitas saraf parasimpatis dan menghambat pusat simpatis (*kardioakselerator*), sehingga menyebabkan *vasodilatasi sistemik*, penurunan denyut dan daya kontraksi jantung (Muttaqin, 2009, Rubin, 2007).

Sistem saraf parasimpatis yang berjalan ke SA node melalui saraf vagus melepaskan neurotransmiter asetilkolin yang menghambat kecepatan depolarisasi SA node, sehingga terjadi penurunan kecepatan denyut jantung (kronotropik negatif). Perangsangan sistem saraf parasimpatis ke bagian-bagian miokardium lainnya mengakibatkan penurunan kontraktilitas, volume sekuncup, curah jantung yang menghasilkan suatu efek inotropik negatif. Keadaan tersebut mengakibatkan penurunan volume sekuncup, dan curah jantung. Pada otot rangka beberapa serabut vasomotor mengeluarkan asetilkolin yang menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Akibat dari penurunan curah jantung, kontraksi serat-serat otot jantung, dan volume darah membuat tekanan darah menjadi menurun (Muttaqin, 2009).

2. Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Smeltzer & Bare (2002) tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas,

mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan sesak dan menurunkan kecemasan.

- a. Dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemic.
- b. Teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin.
- c. Mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat Relaksasi melibatkan sistem otot dan respirasi dan tidak membutuhkan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja atau sewaktu-waktu.

Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi terletak pada fisiologi sistem syaraf otonom yang merupakan bagian dari sistem syaraf perifer yang mempertahankan homeostatis lingkungan internal individu. Pada saat terjadi pelepasan mediator kimia seperti bradikinin, prostaglandin dan substansi, akan merangsang syaraf simpatis sehingga menyebabkan vasokonstriksi yang akhirnya meningkatkan tonus otot yang menimbulkan berbagai efek seperti spasme otot yang akhirnya menekan pembuluh darah, mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot.

3. Manfaat Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Priharjo (2008) manfaat dari teknik relaksasi nafas dalam:

- a. Ketentraman hati.
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah.
- c. Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah.
- d. Detak jantung lebih rendah.
- e. Mengurangi tekanan darah.
- f. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit.
- g. Tidur lelap.
- h. Kesehatan mental menjadi lebih baik.
- i. Daya ingat lebih baik.

- j. Meningkatkan daya berpikir logis.
- k. Meningkatkan kreativitas.
- l. Meningkatkan keyakinan.
- m. Meningkatkan daya kemauan.
- n. Meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain.

4. Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

Menurut Priharjo (2003) bentuk pernapasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernapasan diafragma yang mengacu pada pendataran kubah diafragma selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi. Adapun langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang.
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang.
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3.
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks.
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rilek. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam.
- h. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri.
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang.
- j. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
- k. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

E. Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Respirasi

Asuhan keperawatan menurut Doenges (2010) meliputi:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan pasien baik mental, social dan lingkungan.

a. Identitas diri pasien

- 1) Pasien (diisi lengkap): nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal masuk RS, No. CM, alamat.
- 2) Penanggung jawab (diisi lengkap) : Nama, Umur, Jenis Kelamin, agama, pendidikan, Pekerjaan, alamat.

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama
Keluhan yang dirasakan pasien paling utama saat dilakukan pengkajian.
- 2) Riwayat penyakit sekarang
Riwayat penyakit yang diderita pasien saat masuk rumah sakit.
- 3) Riwayat kesehatan yang lalu
Riwayat penyakit yang sama atau yang lain yang pernah diderita oleh pasien.
- 4) Riwayat Kesehatan keluarga
Adakah riwayat penyakit yang sama yang diderita oleh anggota keluarga yang lain atau riwayat penyakit yang lain bersifat genetik atau tidak.

c. Pengkajian Primer

- 1) Airway
Peningkatan sekresi pernapasan, Bunyi napas krekel, ronki dan mengi
- 2) Breathing
Adakah kesulitan pernapasan misal ada cuping hidung, otot bantu pernapasan
- 3) Circulation
Penurunan curah jantung, Sakit kepala, Gangguan tingkat
- 4) Dissability
Tingkat kesadaran GCS, Keadaan umum pasien
- 5) Eksposur
Suhu tubuh pasien, Tingkat keamanan pasien.

d. Pola fungsi kesehatan Pengorganisasian data berdasarkan pola fungsi kesehatan menurut Gordon:

- 1) Persepsi terhadap kesehatan Adanya tindakan penatalaksanaan kesehatan di RS akan menimbulkan perubahan terhadap pemeliharaan kesehatan.
- 2) Pola aktivitas dan latihan Pola aktivitas perlu dikaji karena pada klien dengan asma mengalami kelelahan, dan kelemahan dalam melakukan aktivitas gangguan karena adanya dispnea yang dialami.
- 3) Pola istirahat dan tidur Gangguan yang terjadi pada pasien dengan asma salah satunya adalah gangguan pola tidur, pasien diharuskan tidur dalam posisi semi fowler. Sedangkan pada pola istirahat pasien diharuskan untuk istirahat karena untuk mengurangi adanya sesak yang disebabkan oleh aktivitas yang berlebih.
- 4) Pola nutrisi-metabolik Adanya penurunan nafsu makan yang disertai adanya mual muntah pada pasien dengan asma akan mempengaruhi asupan nutrisi pada tubuh yang berakibat adanya penurunan BB dan penurunan massa otot.
- 5) Pola eliminasi Pada pola eliminasi perlu dikaji adanya perubahan ataupun gangguan pada kebiasaan BAB dan BAK.
- 6) Pola hubungan dengan orang lain Akibat dari proses inflamasi tersebut secara langsung akan mempengaruhi hubungan baik intrapersonal maupun interpersonal.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri Akan terjadi perubahan jika pasien tidak memahami cara yang efektif untuk mengatasi masalah kesehatannya dan konsep diri yang meliputi (Body Image, identitas diri, Peran diri, ideal diri, dan harga diri).
- 8) Pola reproduksi dan seksual Pada pola reproduksi dan seksual pada pasien yang sudah menikah akan mengalami perubahan.
- 9) Pola mekanisme koping Masalah timbul jika pasien tidak efektif dalam mengatasi masalah kesehatannya, termasuk dalam memutuskan untuk menjalani pengobatan yang intensif.
- 10) Pola nilai dan kepercayaan Adanya kecemasan dalam sisi spiritual akan menyebabkan masalah yang baru yang ditimbulkan akibat dari ketakutan akan kematian dan akan mengganggu kebiasaan ibadahnya.

e. Pemeriksaan Fisik

- 1) paru-paru: adanya sesak, retraksi dada, auskultasi adanya bunyi ronchi, atau bunyi tambahan lain. tetapi pada kasus berat bisa didapatkan komplikasi yaitu adanya pneumonia.
- 2) kardiovaskuler: TD menurun, diaforesis terjadi pada minggu pertama, kulit pucat, akral dingin, penurunan curah jantung dengan adanya bradikardi, kadang terjadi anemia, nyeri dada.
- 3) neuromuskular: perlu diwaspadai kesadaran dari composmentis ke apatis, somnolen hingga koma pada pemeriksaan GCS, adanya kelemahan anggota badan dan terganggunya aktivitas.
- 4) perkemihan: pada pasien dengan bronkhitis kaji adanya gangguan eliminasi seperti retensi urine ataupun inkontinensia urine.
- 5) pencernaan
 - a) Inspeksi, kaji adanya mual, muntah, kembung, adanya distensi abdomen dan nyeri abdomen, diare atau konstipasi.
 - b) Auskultasi, kaji adanya peningkatan bunyi usus.
 - c) Perkusi, kaji adanya bunyi tympani abdomen akibat adanya kembung
 - d) Palpasi, adanya hepatomegali, splenomegali, mengidentifikasi adanya nyeri tekan pada abdomen.
- 6) *Bone*: adanya respon sistemik yang menyebabkan malaise, adanyasianosis. Integumen turgor kulit menurun, kulit kering.

f. Pemeriksaan diagnostik

untuk pasien dengan asma bronkhial menurut Doenges (2010) antara lain :

- 1) Sinar x dada dapat menyatakan hiperinflasi paru-paru, mendatarnya diafragma, peningkatan area udara retrosternal, penurunan tanda vaskularisasi atau bula (emfisema), peningkatan tanda bronkovaskuler (bronkhitis), hasil normal selama periode remisi (asma).
- 2) Peningkatan pada luasnya bronkhitis dan kadang-kadang pada asma, penurunan emfisema.
- 3) Kapasitas inspirasi menurun pada emfisema.
- 4) Volume residu meningkat pada emfisema, bronchitis kronis dan asma.
- 5) *Forced Expiratory Volume* (FEV₁) atau FVC. Rasio volume ekspirasi kuat dengan kapasitas vital kuat menurun pada bronchitis dan asma.
- 6) Analisa Gas Darah (AGD) memperkirakan progresi proses penyakit kronis

misalnya paling sering PaO₂ menurun, dan PaCO₂ normal atau meningkat (bronkhitis kronis dan emfisema) tetapi sering menurun pada asma, pH normal atau asidosis, alkalosis respiratorik ringan sekunder terhadap hiperventilasi (emfisema sedang atau asma).

- 7) Bronkogram dapat menunjukkan dilatasi silindris bronkus pada inspirasi, kolaps bronkhial pada ekspirasi kuat (emfisema), pembesaran duktus mukosa yang terlihat pada bronkus.
- 8) Hemoglobin meningkat (emfisema luas), peningkatan eosinofil (asma).
- 9) Kimia darah antara lain alfa satu antitripsin dilakukan untuk meyakinkan defisiensi dan diagnosa emfisema primer.
- 10) Sputum, kultur untuk menentukan adanya infeksi, mengidentifikasi patogen, pemeriksaan sitolitik untuk mengetahui keganasan atau gangguan alergi.
- 11) Elektrokardiogram (EKG). Deviasi aksis kanan, peninggian gelombang P (asma berat), disritmia atrial (bronchitis), peninggian gelombang P pada lead II, III, AVF (bronchitis, emfisema), aksis vertikal QRS (emfisema).
- 12) Elektrokardiogram (EKG) latihan, tes stress membantu dalam mengkaji derajat disfungsi paru, mengevaluasi keefektifan terapi bronkodilator, perencanaan atau evaluasi program latihan.

2. Diagnosa keperawatan

Pada pasien dengan gangguan respirasi diagnosa yang mungkin muncul adalah:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sumbatan jalan nafas dan kurangnya ventilasi sekunder terhadap retensi lender
- b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan PPOM, distensidinding dada, kelelahan, kerja pernafasan.
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi protein dan cairan dalam interstitial / area alveolar, hipoventilasi alveolar, kehilangan surfaktan
- d. Perubahan pola nutrisi berhubungan dengan kondisi tubuh tidak mampu makan peroral
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya imunitas, malnutrisi

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013).

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sumbatan jalan nafas dan kurangnya ventilasi sekunder terhadap retensi lender (Doenges, 2010).
Tujuan : Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih/jelas
Kriteria Hasil : Pasien akan menunjukkan perilaku untuk memperbaiki bersihan jalan nafas, misalnya batuk efektif dan mengeluarkan sekret
Intervensi : Mandiri

- 1) Auskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas, misalnya mengi, krekles, ronki.

Rasional: Beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas dan dapat/tidak dimanifestasikan adanya bunyi nafas adventisius, misalnya penyebaran, krekels basah (bronkitis), bunyi nafas redup dengan ekspirasi mengi (emfisema), atau tidak adanya bunyi nafas (asma berat).

- 2) Kaji atau pantau frekuensi pernafasan, catat rasio inspirasi/ekspirasi.
Rasional: Takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/adanya proses infeksi akut. Pernafasan dapat melambat dan frekuensi ekspirasi memanjang dibanding inspirasi.

- 3) Catat adanya derajat dispnea, misalnya keluhan "lapar udara" gelisah, ansietas, distress pernafasan, penggunaan otot bantu.

Rasional: Disfungsi pernafasan adalah variabel yang tergantung pada tahap proses kronis selain proses akut yang menimbulkan perawatan di rumah sakit, misalnya infeksi, reaksi alergi.

- 4) Kaji pasien untuk posisi yang nyaman, misalnya peninggian kepala tempat tidur, duduk pada sandaran tempat tidur.

Rasional: Peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi. Namun, pasien dengan distress berat dan mencari posisi yang paling mudah untuk bernafas. Sokongan tangan/kaki dengan meja, bantal, dan lain-lain

membantu menurunkan kelemahan otot dan dapat sebagai alat ekspansi dada.

- 5) Pertahankan polusi lingkungan minimum, misalnya debu, asap dan bulu bantal yang berhubungan dengan kondisi individu.

Rasional: Pencetus tipe reaksi alergi pernafasan yang dapat mentrigger episode akut.

- 6) Dorong atau bantu latihan nafas abdomen atau bibir Rasional: Memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara.

- 7) Observasi karakteristik batuk, misalnya menetap, batuk pendek, basah. Bantu tindakan untuk memperbaiki keefektifan upaya batuk.

Rasional: Batuk dapat menetap tetapi tidak efektif, khususnya bila pasien lansia, sakit akut, atau kelemahan. Batuk paling efektif pada posisi duduk tinggi atau kepala di bawah setelah perkusi dada.

- 8) Tingkatkan masukan cairan sampai 3000 ml/hari sesuai toleransi jantung. Memberikan air hangat. Anjurkan masukan cairan, sebagai pengganti makanan.

Rasional: Hidrasi membantu menurunkan kekentalan sekret, mempermudah pengeluaran. Cairan selama makan dapat meningkatkan distensi gaster dan tekanan pada diafragma.

- b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan distensi dinding dada, kelelahan, kerja pernafasan.

Tujuan : pola napas kembali efektif

Kriteria hasil : Pola napas efektif, bunyi napas normal kembali dan batuk berkurang

Intervensi mandiri:

- 1) Kaji frekuensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada Rasional: kecepatan biasanya mencapai kedalaman pernafasan bervariasi tergantung derajat gagal napas

- 2) Auskultasi bunyi napas

Rasional : ronchi dan mengi menyertai obstruksi jalan napas

- 3) Tinggikan kepala dan bentuk mengubah posisi

Rasional : memudahkan dalam ekspansi paru dan pernafasan

4) Kolaborasi pemberian oksigen

Rasional : memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi protein dan cairan dalam interstitial / area alveolar, hipoventilasi alveolar, kehilangan surfaktan (Doenges, 2010).

Tujuan: Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernafasan.

Kriteria hasil: Pasien akan berpartisipasi dalam program pengobatan dalam tingkat kemampuan/situasi. Intervensi : Mandiri

- 1) Kaji frekuensi, kedalaman pernafasan. Catat penggunaan otot aksesori, nafas bibir, ketidakmampuan bicara atau berbincang

Rasional: Berguna dalam evaluasi derajat distress pernafasan dan/atau kronisnya proses penyakit.

- 2) Tinggikan kepala tempat tidur, bantu pasien untuk memilih posisi yang mudah untuk bernapas. Dorong nafas dalam perlahan atau nafas bibir sesuai kebutuhan/toleransi individu.

Rasional: Pengiriman oksigen dapat diperbaiki dengan posisi duduk tinggi dan latihan nafas untuk menurunkan kolaps jalan nafas, dispnea, dan kerja nafas.

- 3) Kaji atau awasi secara rutin kulit dan warna membran mukosa Rasional: Sianosis mungkin perifer (terlihat pada kuku) atau sentral (terlihat sekitar bibir/daun telinga). Keabu-abuan dan diagnosis sentral mengindikasikan beratnya hipoksemia.

- 4) Dorong mengeluarkan sputum, penghisapan bila diindikasikan Rasional: Kental, tebal dan banyaknya sekresi adalah sumber utama gangguan pertukaran gas pada jalan nafas kecil. Penghisapan dibutuhkan bila batuk tidak efektif.

- 5) Auskultasi bunyi nafas, catat area penurunan aliran udara dan/atau bunyi tambahan

Rasional: Bunyi nafas mungkin redup karena penurunan aliran udara atau area konsolidasi. Adanya mengi mengindikasikan spasme bronkus/tertahannya sekret. Krekels basah menyebar menunjukkan cairan pada interstitial/dekompensasi jantung.

6) Palpasi fremitus

Rasional: Penurunan getaran vibrasi diduga ada pengumpulan cairan atau udara terjebak.

7) Awasi tingkat kesadaran/status mental. Selidiki adanya perubahan

Rasional: Gelisah dan ansietas adalah manifestasi umum pada hipoksia. GDA memburuk disertai bingung/somnolen menunjukkan disfungsi serebral yang berhubungan dengan hipoksemia.

8) Evaluasi tingkat toleransi aktivitas. Berikan lingkungan tenang dan kalem.

Batasi aktivitas pasien atau dorong untuk tidur/istirahat dikursi selama fase akut. Mungkinkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap dan tingkatkan sesuai toleransi individu

Rasional: Selama distress pernafasan berat/akut/refraktori pasien secara total tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari karena hipoksemia dan dispnea. Istirahat diselingi aktivitas perawatan masih penting dari program pengobatan. Namun, program latihan ditujukan untuk meningkatkan ketahanan dan kekuatan tanpa menyebabkan dispnea berat, dan dapat meningkatkan rasa sehat.

9) Awasi tanda vital dan irama jantung

Rasional: Takikardi, disritmia, dan perubahan TD dapat menunjukkan efek hipoksemia sistemik pada fungsi jantung.

d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan dispnea, kelemahan, efek samping obat, produksi sputum, anoreksia, mual/muntah (Doenges, 2010)

Tujuan : Menunjukkan peningkatan berat badan menuju tujuan yang tepat.

Kriteria hasil : Pasien akan menunjukkan perilaku/perubahan pola hidup untuk meningkatkan dan/atau mempertahankan berat yang tepat.

Intervensi : Mandiri

1) Kaji kebiasaan diet, masukan makanan saat ini. Catat derajat kesulitan makan. Evaluasi berat badan dan ukuran tubuh

Rasional: Pasien distress pernafasan akut sering anoreksia karena dispnea, produksi sputum, dan obat. Selain itu, banyak pasien PPOM mempunyai kebiasaan makan buruk, meskipun kegagalan pernafasan membuat status hipermetabolik dengan peningkatan kebutuhan kalori. Sebagai akibat, pasien sering masuk RS dengan beberapa derajat

malnutrisi. Orang yang mengalami emfisema sering kurus dengan perototan kurang.

2) Auskultasi bunyi usus

Rasional: Penurunan/hipoaktif bising usus menunjukkan penurunan motilitas gaster dan konstipasi (komplikasi umum) yang berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan, pilihan makanan buruk, penurunan aktivitas, dan hipoksemia.

3) Berikan perawatan oral sering, buang sekret, berikan wadah khusus untuk sekali pakai dan tissue

Rasional: Rasa tidak enak, bau dan penampilan adalah pencegah utama terhadap nafsu makan dan dapat membuat mual dan muntah dengan peningkatan kesulitan nafas.

4) Dorong periode istirahat selama 1 jam sebelum dan sesudah makan. Berikan makan porsi kecil tapi sering. Rasional: Membantu menurunkan kelemahan selama waktu makan dan memberikan kesempatan untuk meningkatkan masukan kalori total.

5) Hindari makanan penghasil gas dan minuman karbonat

Rasional: Dapat menghasilkan distensi abdomen yang mengganggu nafas abdomen dan gerakan diafragma, dan dapat meningkatkan dispnea.

6) Hindari makanan yang sangat panas atau sangat dingin Rasional: Suhu ekstrem dapat mencetuskan/meningkatkan spasme batuk.

7) Timbang berat badan sesuai indikasi

8) Rasional: Berguna untuk menentukan kebutuhan kalori, menyusun tujuan berat badan, dan evaluasi keadeguan rencana nutrisi.

e. Resiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya imunitas, malnutrisi.

Tujuan : untuk mencegah atau menurunkan resiko infeksi dan pasien akan menunjukkan teknik, perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang aman.

Intervensi Mandiri :

1) Awasi suhu.

2) Kaji pentingnya latihan nafas, batuk efektif, perubahan posisi sering, dan masukan cairan adekuat.

3) Observasi warna, karakter, bau sputum.

- 4) Tunjukkan dan bantu pasien tentang pembuangan tisu dan sputum serta tekankan cuci tangan yang benar (perawat dan pasien) dan penggunaan sarung tangan bila memegang atau membuang tisu, wadah sputum.
- 5) Awasi pengunjung, berikan masker sesuai indikasi.
- 6) Dorong keseimbangan antara aktivitas dan istirahat.
- 7) Diskusikan kebutuhan masukan nutrisi adekuat.

Kolaborasi :

- 1) Dapatkan spesimen sputum dengan batuk atau penghisapan untuk pewarnaan kuman gram, kultur atau sensitivitas.
- 2) Berikan antimikrobal sesuai indikasi.

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Dermawan, 2012).

5. Evaluasi

Menurut Hutahean (2010) dalam Dewi (2011) definisi evaluasi adalah tahap akhir dalam proses keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu S adalah data subyektif yaitu data yang diutarakan pasien dan pandangannya terhadap data tersebut (jika pasien afasia, penulisan datanya adalah O/X), kemudian O adalah obyektif yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda – tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologi dan informasi dari pemeriksaan tenaga kesehatan), A adalah analisa yaitu analisa ataupun kesimpulan dari data subyektif dan objektif, P adalah perencanaan yaitu pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan pasien yang optimal.

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Pernyataan evaluasi formatif adalah hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat / setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis

pada catatan keperawatan. Pernyataan evaluasi sumatif adalah rekapitulasi dan kesimpulan dari

Observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan (Dermawan, 2012).



BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

PADA TN. T DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS

Dalam bab ini diuraikan laporan pada klien Tn.T dengan Asma Bronkhial + Elektrolit Inbalance yang dirawat diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 30 November 2017 sampai 2 November 2017. Adapun pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi: pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan yang akan diuraikan secara rinci pada bab ini. Pengkajian dilakukan pada Tn.T tanggal 30 November 2017 dan didapatkan data sebagai berikut:

A. Pengkajian Kasus

Pengkajian Pasien Keperawatan Gawat Darurat

1. Identitas Klien

Nama Tn. T, Umur 81 tahun, Jenis kelamin Laki-Laki, BB 57 kg, Status Menikah, Tidak bekerja, Agama Islam, Pendidikan terakhir SD, Alamat Rumah Jalan Lumba-Lumba Rt. 10 Samarinda, No. Rekam Medik 625961, Tanggal masuk rumah sakit 30 November 2017 dengan diagnosa masuk Asma Bronkhial + Elektrolit Inbalance. Pengkajian dilakukan Pada Tn. T tanggal 30 November 2017. Pasien masuk dengan kategori gawat darurat.

2. Keluhan Utama

Saat Masuk Rumah Sakit (Tgl 30 November 2017, Jam 23.30 Wita).

“Sesak nafas”.

3. Pengkajian Primer

a. Primary Survey

Klien batuk, dahak sulit keluar, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan. Respirasi 28 x/menit, nafas pendek dan cepat, SpO₂ 96 %, irama pernapasan panjang dan dalam, wheezing (+), sesak (+), ronchi (+), terpasang O₂ menggunakan nasal kanul 4 Lpm, terdapat penggunaan otot

bantu pernafasan. TD: 150/70 mmHg, Nadi: 71 x/menit, CRT > 2 detik, tidak ada sianosis, terapi IVFD RL drip

aminophilin 1 ½ amp 14 tpm. Kesadaran Compos Metis GCS 15: E4 M6 V5, ada reflek motorik dan fungsi reflek, reaksi pupil positif, pupil isokor kanan dan kiri (2 mm/ 2 mm), klien tampak gelisah. Klien lemah, sesak, tampak pucat, turgor kulit > 2 detik, mukosa bibir lembab, terpasang infus pada tangan kanan. Tidak terpasang foley chateter. Klien tidak terpasang NGT. Klien sesak nafas sudah di alami sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, disertai batuk kering, sesak memberat malam ini saat sedang tidur dan cuaca dingin, kemudian keluarga membawa Tn. T ke Igd rumah sakit AWS. Tn. T mempunyai riwayat sakit Asma ± sejak umur 20 tahun dan Tn. T riwayat merokok sejak ± umur 14 tahun.

b. Secondary Survey

1) Anamnesa

Pasien tiba di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 30 November 2017 pukul 23.30, dengan keluhan sesak nafas dialami sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, di sertai batuk kering. Klien mempunyai riwayat asma selama ± sejak umur 20 tahun dan klien riwayat merokok sejak umur ± 14 tahun. Klien sudah sering masuk rumah sakit ± 7-8 kali masuk rumah sakit dengan gejala yang sama. Saat ini klien terpasang oksigen nasal kanul 4 Liter/menit dan infus RL drip Aminophilin 1 ½ amp 20 tpm. Klien alergi Terhadap makanan (udang dan ikan laut) klien tidak ada alergi obat-obatan. ± 1 bulan yang lalu, klien dirawat selama 1 minggu di ruang seruni. Keadaan klien lemah, memerlukan observasi ketat dan perawatan intensif dengan peralatan yang memadai. Klien terakhir makan nasi sedikit dan minum air putih Jam 20.00 wita sebelum masuk rumah sakit.

2) Pemeriksaan Fisik

Kepala Bentuk normal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi pada kulit kepala dan kulit bersih. Rambut beruban, distribusi rambut merata, rambut bersih dan rontok. Mata, konjungtivitis tidak anemis, skelera tidak ikterik, fungsi penglihatan normal, reflek cahaya positif, pupil isokor kanan kiri (2 mm/2mm). Telinga: ada serumen sedikit dalam telinga, lubang

telinga paten, fungsi pendengaran normal. Hidung kavum nasi simetris, septum nasi paten, tidak ada sekret, fungsi penciuman normal. Mulut mukosa lembab, gigi ompong, tidak ada perdarahan gusi, lidah bersih, posisi simetris, tidak ada tonsilitis, ovula simetris. Leher tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan kelenjar getah bening. Dada bentuk dada normal, gerakan simetris, tidak ada lesi. Paru RR 28 x/menit, ekspansi dada simetris, taktil premetus simetris, perkusi sonor, auskultasi terdengar ronchi+/+ pada lapang paru. Jantung iktus cordis teraba pada ICS V mid clavicula sinistra, Nadi 71 x/menit, auskultasi suara jantung S1-S2 tunggal dan reguler. Thorax, Inspeksi: tidak ada lesi, ada tarikan dinding dada, Palpasi: elevasi dada simetris, Perkusi: terdengar sonor, Auskultasi: terdengar suara nafas Ronchi+/+, wheezing (+). Abdomen, Inspeksi: bentuk datar (simetris), tidak ada bekas luka, Auskultasi: bising usus 7x/menit, Palpasi: tidak teraba massa pada desenden, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas, tidak ada pembesaran hepar/ lien, Perkusi: terdengar timpani, Kulit: akral hangat, CRT >2 detik, turgor kulit sedang, kulit kering. Genetalia, tidak ada kelainan, klien tidak menggunakan dower cateter. Rektum, tidak ada hemoroid. Ekstremitas: terpasang IVFD RL drip 1 ½ amp aminophilin 20 tpm, terdapat edema pada kedua kaki, terpasang syringe pumps Furosemid 5 mg/j (0,5 cc/j) kekuatan otot ekstremitas penuh skor 5, aktivitas dibatasi ditempat tidur.

3) Pemeriksaan Diagnostik

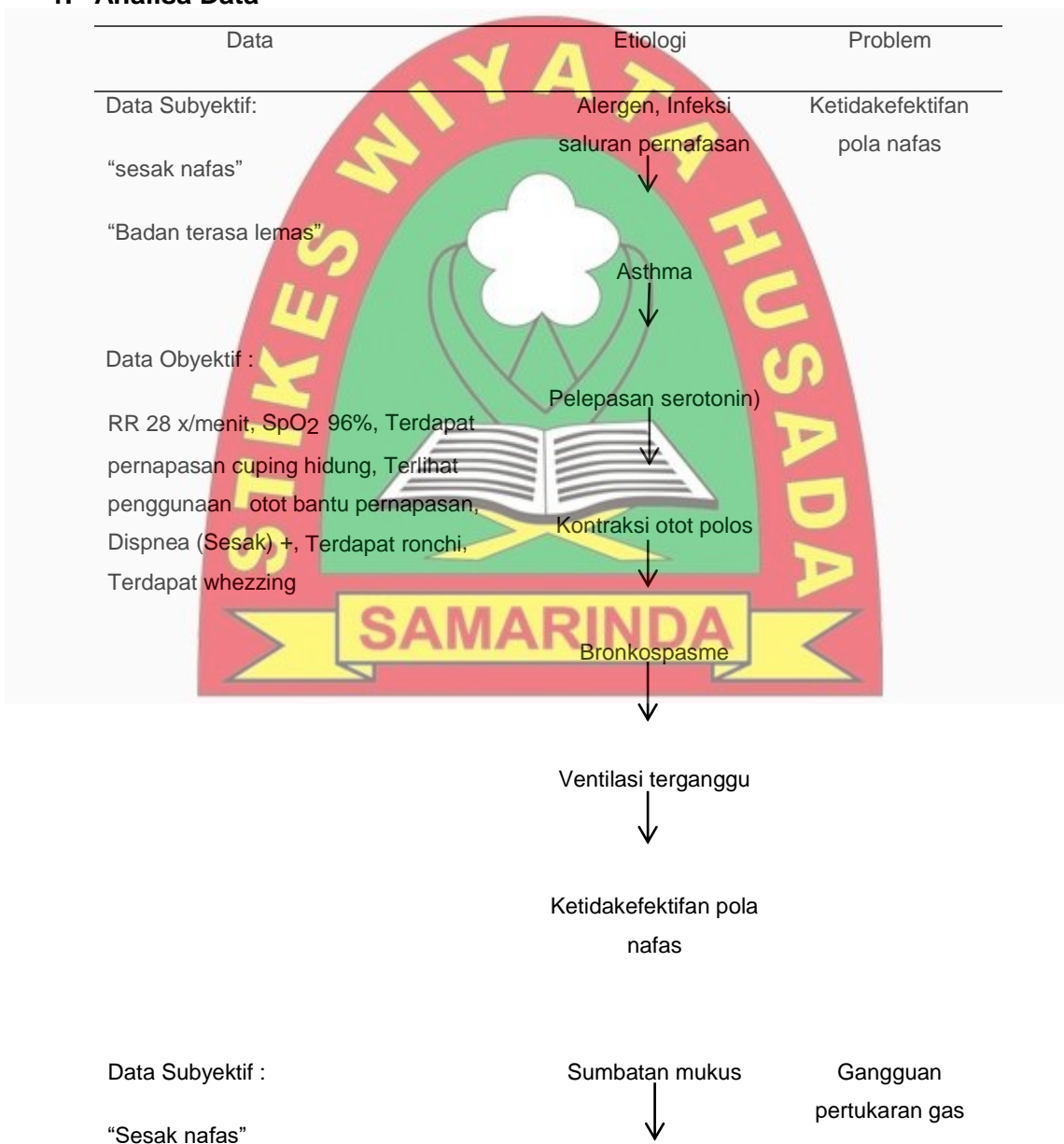
- a) Hasil Lab tanggal 1 Desember 2017: WBC : $7,82 \cdot 10^3/uL$, RBC : $3,82 \cdot 10^6/uL$, HGB : 12,4 g/dL, HCT : 35,0 %, PLT : $317 \cdot 10^3/uL$, GDS : 95 mg/dl, Ureum : 24,0 mg/dl, Creatinin : 1,0 mg/dl/, Natrium : 125 mmol/L, Kalium : 4,5 mmol/L, Chloride : 93 mmol/L, PH : 7,47, PO₂ : 153,70 mmHG, PO₂% 98,20, HCO₃ 24,9 mmol, PO₂/F102 735,3 mmHG.
- b) Foto thoraks tanggal 1 Desember 2017
Infiltrasi Paru
- c) Hasil EKG
HR 71 x/menit, Sinus rhythm

d) Pengobatan

IVFD RL drip Aminophilin 1 ½ ampl 20 tpm, IVFD Nacl 0,9 % 20 tpm, Injeksi Ranitidin 1 amp/iv, Injeksi Ceftriaxone 2x1 gr (Skin test), Injeksi Metil Prednisolon 3x 125 mg/iv, Injeksi Metoclopramid 3x1 amp/iv, Pengobatan oral; NAC 3x1, terpasang syringe pump furosemid 1 amp dalam 50 cc NACL dengan kecepatan 0,5 cc/jam, Pengobatan: Nebu Combivent 3x1 vial.

B. Masalah Keperawatan

1. Analisa Data



Data Obyektif :

RR 28x/menit, Terdapat pernapasan cuping hidung, Terlihat penggunaan otot bantu pernapasan, Dispnea +, Terdapat ronchi, Terdapat wheezing, Batuk klien tidak efektif, Klien tampak gelisah, PH : 7,47, PO₂ : 153,70 mmHG, SO₂% 98,20, HCO₃ 24,9 mmol, PO₂/F102 735,3 mmHG.

Alveoli tertutup



Hipoksemia



Gangguan pertukaran gas

Data Subyektif:

"Sesak nafas saat melakukan aktivitas dan berkurang saat istirahat"

Data Obyektif:

Ku klien lemah, Pola nafas cepat dan pendek, Pergerakan dan aktivitas hanya dilakukan di tempat tidur, Tanda-tanda vital :

TD 150/70 mmHg, Nadi 71 x/menit, RR 28 x/menit, Temp 36°C

Dyspnea



Penggunaan otot bantu pernafasan



Kelemahan/Kelelahan



Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- Ketidakefektifan pola nafas b/d keletihan otot pernafasan.
- Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alveolar.
- Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan oksigen.

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	(Noc) Tujuan	(NIC) Intervensi
1.	Ketidakefektifan pola nafas b/d kelelahan otot pernafasan.	<p>Status respirasi: ventilasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 Jam klien menunjukkan pola nafas kembali efektif, dibuktikan dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengungkapkan sesak berkurang (3) Respirasi dalam batas normal (4) Tidak menggunakan otot bantu pernafasan (3) Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan) (4) <p>Indikator skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> Deviasi jauh dari rentang normal Deviasi agak besar ari rentang normal Deviasi sedang dari rentang normal Deviasi ringan dari rentang normal Tidak ada deviasi dari rentang normal 	<p>Monitor Pernafasan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 1.2 Lakukan fisioterapi dada jika perlu. 1.3 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 1.4 Berikan O2. 1.5 Monitor respirasi dan status O2. 1.6 Pertahankan jalan nafas yang paten. 1.7 Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi. 1.8 Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi 1.9 Monitor vital sign 1.10 Informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas. 1.11 Monitor pola nafas 1.12 Kaloraborasi dengan TIM dokter untuk pemeberian trapi selanjutnya
2.	Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alveolar.	<p>Status Tanda Vital</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, tidak terjadi gangguan pertukaran gas,</p>	<p>Monitor Pernapasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor frekuensi, irama, dan upaya

dengan kriteria hasil:

pernapasan

- a. Sesak (5)
- b. Batuk (5)
- c. Pernapasan cuping hidung (5)

- 2.2 Perhatikan gerakan dada, lihat kesimetrisan, dan penggunaan otot bantu pernapasan

Indikator skala:

- 1. Deviasi berat dari kisaran normal
- 2. Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal

- 2.3 Monitor suara napas
Tambahan

- 3. Deviasi sedang dari kisaran normal
- 4. Deviasi ringan dari kisaran normal
- 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal

- 2.4 Monitor pola napas: bradipnea, takipnea, dyspnea

- d. Tekanan darah (5)
- e. Nadi (5)
- f. Pernapasan (5)

- 2.5 Atur posisi high fowler

- 2.6 Berikan oksigen

tambahan sesuai kebutuhan

- 2.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator.

- 2.8 Ajarkan teknik batuk efektif

- 2.9 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

Indikator skala:

- 1. Sangat berat

- 2.10 Monitor SpO₂

- 2. Berat

- 2.11 Monitor tanda

- 3. Cukup

Vital.

- 4. Ringan

- 2.13 Kolaborasi pemberian bronkodilator

- 5. Tidak ada

3. Intoleransi aktivitas

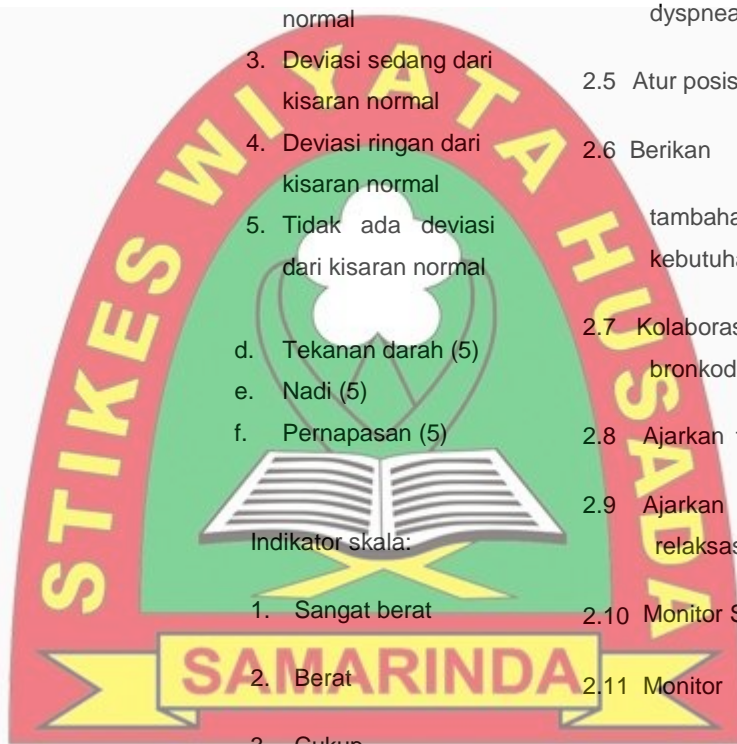
Toleransi terhadap aktivitas

Managemen energy

Definisi:

Respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energi dalam

- 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas



aktivitas sehari-hari.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, diharapkan tidak terjadi intoleransi aktifitas dengan kriteria hasil:

- a. Frekuensi nadi ketika beraktifitas (4)
- b. Frekuensi pernapasan ketika beraktifitas (5)
- c. Tekanan darah ketika beraktifitas (5)
- d. Warna kulit (5)
- e. Kecepatan berjalan (4)
- f. Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian (4)

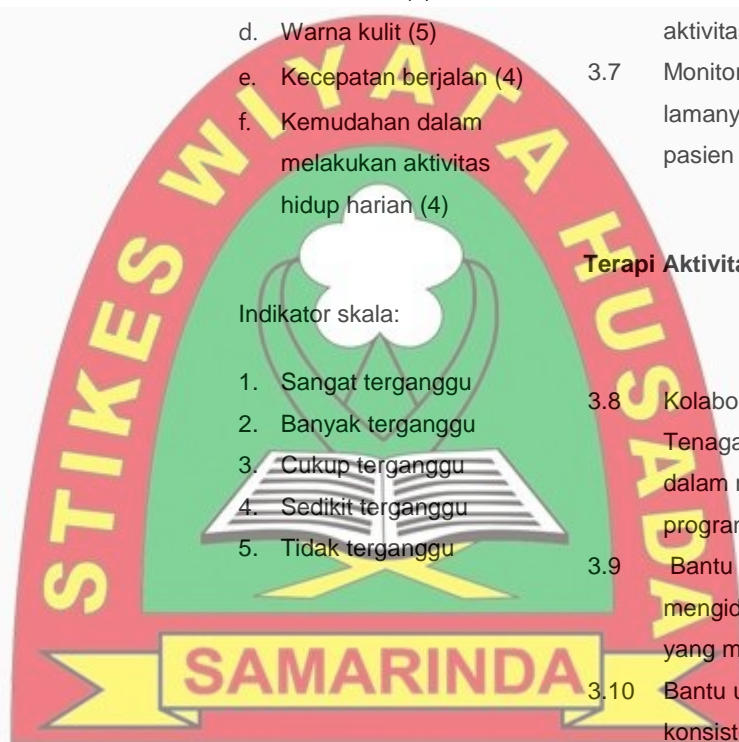
Indikator skala:

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

- 3.2 Dorong anak untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan
- 3.3 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan
- 3.4 Monitor nutrisi dan sumber energi tangadekuat
- 3.5 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
- 3.6 Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas
- 3.7 Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

Terapi Aktivitas (4310)

- 3.8 Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
- 3.9 Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
- 3.10 Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yangsesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
- 3.11 Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
- 3.12 Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
- 3.13 Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai



- 3.14 Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang
 - 3.15 Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
 - 3.16 Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
 - 3.17 Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
 - 3.18 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
-



D. Implementasi Keperawatan

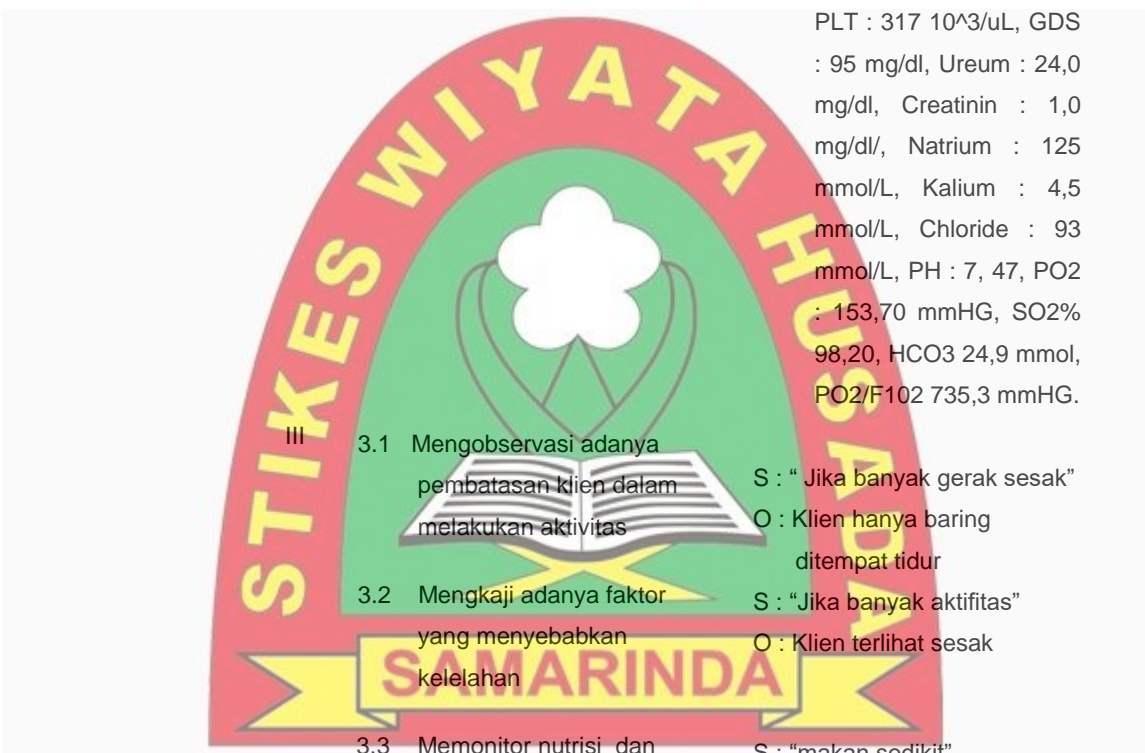
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

HARI/TGL JAM	NO. DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI PROSES	PARAF
KAMIS, 30 November 2017 Jam 23.35	I	<ul style="list-style-type: none"> - Menerima pasien dari ruang triage dan memindahkan ke ruang medis - Memasang Oksigen nasal kanul 4 Lpm - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital - Melakukan pemeriksaan EKG - Melakukan pengkajian singkat terkait riwayat sebelum masuk rumah sakit - Melakukan pemasangan infus - Melakukan pengambilan sample darah Memberikan injeksi - Mengantar ke radiologi <p>Monitor Pernapasan</p> <p>1.1 Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>1.2 monitor kecepatan irama, kedalaman dan kesulitan bernafas</p> <p>1.3 Memberikan oksigen</p> <p>1.4 mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk meredakan kesulitan bernapas yang dapat memperburuk keadaan pasien</p> <p>1.5 Mencatat pergerakan dinding dada</p> <p>1.6 Memonitor vital sign</p>	<p>S : "Enak di beri posisi begini"</p> <p>O : Posisi High fowler</p> <p>S : "Sesak nafas"</p> <p>O : Nafas cepat dan dangkal, RR 28x/menit,</p> <p>S : "Terasa udaranya"</p> <p>O : Oksigen terpasang 4 lpm dengan nasal kanul</p> <p>S : "ya, saya mau"</p> <p>O : Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam, mengikuti ajaran perawat.</p> <p>S : -</p> <p>O : Pergerakan dinding dada simetris</p> <p>S : "Tidak ada riwayat darah tinggi"</p>	Fuji

		O : TD = 150/70 mmhg, RR= 28x/menit, Nadi= 71 x/menit,
1.7	Memonitor suara napas tambahan.	S : - O : Suara nafas tambahan Ronchi (+), Wheezing (+)
1.8	monitor saturasi oksigen	S : - O : SpO ² 96%
1.9	Mempertahankan jalan nafas.	S : "Nafas Saya sesak" O : Jalan nafas paten

23.50 wita	1.10	Berkolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian terapi.	S : - O : Infus RL drip Aminophilin 1 ½ amp, mengambil sampel darah, melakukan nebulizer combivent 1 vial, mengantar ke radiologi, inj. Ranitidin 1 amp/iv, inj Ceftriaxone 1 gr/iv (skin test), inj, metil prednisolon 125 mg, memberikan obat oral NAC 1/po, inj. metoclopramid
06.10 wita		Memberikan Injeksi	
	2.1	Mengatur posisi pasien	S : O : Posisi High fowler
06.45 wita	2.2	Memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan	S : "enakan" O : Oksigen terpasang 4 lpm
	2.3	Berkolaborasi pemberian bronkodilator	S : "lumayan enak" O : memberikan nebulizer Combivent 1 vial
07.00 wita	2.4	Mengajarkan teknik batuk efektif	S : "tidak ada dahak keluar" O : Klien mengikuti apa yang di ajarkan
	2.5	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	S : O : Klien mempraktekkan

		teknik relaksasi nafas dalam
07.30 wita	2.6 Memonitor SpO2	S : - O : Spo2 98%
08.00 wita	2.7 Monitor tanda Vital.	S : "Tidak ada pusing" O : TD= 140/70 mmhg, nadi= 80 x/menit
	2.9 Menerima hasil laboratorium	S : - O : WBC : 7,82 10 ³ /uL, RBC : 3,82 10 ⁶ /uL, HGB : 12,4 g/dL, HCT : 35,0 %, PLT : 317 10 ³ /uL, GDS : 95 mg/dl, Ureum : 24,0 mg/dl, Creatinin : 1,0 mg/dl, Natrium : 125 mmol/L, Kalium : 4,5 mmol/L, Chloride : 93 mmol/L, PH : 7,47, PO2 : 153,70 mmHG, SO2% : 98,20, HCO3 24,9 mmol, PO2/F102 735,3 mmHG.
	3.1 Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas	S : " Jika banyak gerak sesak" O : Klien hanya baring ditempat tidur
	3.2 Mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan	S : "Jika banyak aktifitas" O : Klien terlihat sesak
	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat	S : "makan sedikit" O : mual
	3.4 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas	S : - O : Nadi= 80 x/menit
	3.5 Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien	S : "tebangun jika sesak" O : ± 4-5 jam tip hari
	3.6 Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	S : "Masih bisa ke wc" O : Klien ke wc dengan kursi roda



	3.7	Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual	S : "Banyak aktivitas" O : Klien lemah, klien terlihat sesak	
Jum'at, 1 Desember 2017 Jam 14.20		Monitor Pernapasan	S : "Lumayan enak" O : Posisi High fowler S : "Sesak nafas" O : Nafas cepat dan dangkal, RR 25x/menit, S : "Terasa udaranya" O : Oksigen terpasang 4 lpm dengan nasal kanul	Fuji
	1.1	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi		
	1.2	monitor kecepatan irama, kedalaman dan kesulitan bernafas		
	1.3	Memberikan oksigen		
	1.4	mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk meredakan kesulitan bernapas yang dapat memperburuk keadaan pasien	S:"Sayasudah melakukannya" O : Klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam, S : - O : Pergerakan dinding dada simetris	
	1.5	Mencatat pergerakan dinding dada	S : "Tidak ada pusing" O : TD = 140/70 mmhg, RR= 25x/menit, Nadi= 80 x/menit,	
	1.6	Memonitor vital sign	S : - O : Suara nafas tambahan	
	1.7	Memonitor suara napas tambahan.	Ronchi (+), Wheezing (+) S : - O : SpO ² 98%	
	1.8	monitor saturasi oksigen	S : "Masih sesak" O : Jalan nafas paten	
	1.11	Mempertahankan jalan nafas.	S : "Tidak ada alergi"	
	1.12	Berkolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian terapi.	O : inj. Ranitidin 1 amp/iv, inj Ceftriaxone 1 gr/iv (skin test), inj, metil prednisolon 125 mg, memberikan obat oral NAC 1/po, inj. metoclopramid	

II	2.1 Mengatur posisi pasien	S : - O : Posisi High fowler
	2.2 Memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan	S : - O : Oksigen terpasang 4 lpm
	2.3 Berkolaborasi pemberian bronkodilator	S : "lumayan enak" O : memberikan nebulizer Combivent 1 vial
	2.4 Mengajarkan teknik batuk efektif	S : "tidak ada dahak keluar" O : Klien batuk
	2.5 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	S : " jika rasa sesak saya tarik napas dalam" O : Klien mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam
	2.6 Memonitor SpO ₂	S : - O : Spo ₂ 98%
	2.7 Memonitor tanda Vital	S : "Tidak ada pusing" O : TD= 120/80 mmhg, nadi= 79 x/menit
III	3.1 Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas	S : " Jika banyak gerak sesak" O : Klien hanya baring ditempat tidur
	3.2 Mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan	S : "banyak gerak" O : Klien tampak sesak
	3.8 Memonitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat	S : "makan sedikit" O : mual
	3.9 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas	S : - O : Nadi= x/79menit
	3.10 Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien	S : "tebangun jika sesak" O : 6-8 jam/hari
	3.11 Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	S : " Saya bisa jalan ke wc dibantu anak" O : Klien ke wc jalan kaki



	3.12 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual	S : "Banyak aktivitas" O : Klien lemah
Sabtu, 2 Desember 2017 Jam 15.00	Memonitor Pernapasan	
	1.1 Memposisikan posien untuk memaksimalkan ventilasi	S : "Nyaman begini" O : Posisi High fowler
	1.2 Memonitor kecepatan irama, kedalaman dan kesulitan bernafas	S : "Sesak nafas" O : Irama Nafas teratur, RR 22 x/menit,
	1.9 Memberikan oksigen	S : - O : Tidak terpasang oksigen
	1.10 mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk meredakan kesulitan bernapas yang dapat memperburuk keadaan pasien	S: "Sayasudah melakukannya" O : Klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam,
	1.11 Mencatat pergerakan dinding dada	S : - O : Pergerakan dinding dada simetris
	1.12 Memonitor vital sign	S : "Tidak ada pusing" O : TD = 120/80 mmhg, RR= 22x/menit, Nadi= 79 x/menit,
	1.13 Memonitor suara napas tambahan.	S : - O : Suara nafas tambahan Ronchi (-), Wheezing (-)
	1.14 monitor saturasi oksigen	S : - O : SpO ² 99%
	1.15 Mempertahankan jalan nafas.	S : "Sesak berkurang" O : Jalan nafas paten
	1.16 Berkolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian terapi.	S : "Tidak ada alergi" O : inj. Ranitidin 1 amp/iv, inj Ceftriaxone 1 gr/iv (skin test), inj, metil prednisolon 125 mg, inj. metoclopramid

-
- | | | |
|----|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II | 2.1 Mengatur posisi pasien | S : -
O : Posisi klien duduk |
| | 2.2 Memberikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan | S : -
O : Tidak terpasang oksigen Combivent 1 vial |
| | 2.5 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam | S : " jika rasa sesak saya tarik napas dalam"
O : Klien mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam |
| | 2.6 Memonitor SpO2 | S : -
O : Spo2 99% |

- | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | 2.7 Monitor tanda Vital. | S : "Tidak ada pusing"
O : TD= 120/80 mmhg, nadi= 79 x/menit |
|--|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|

- | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| III | 3.1 Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas | S : " Jika banyak gerak sesak"
O : Klien hanya baring ditempat tidur |
| | 3.2 Mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan | S : "banyak gerak"
O : Klien tampak sesak |
| | 3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat | S : "makan sedikit"
O : mual |
| | 3.4 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas | S : -
O : Nadi= x/79menit |
| | 3.5 Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien | S : "tebangun jika sesak"
O : 6-8 jam/hari |

- | | | |
|--|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| | 3.6 Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan | S : " Saya bisa jalan ke wc dibantu anak"
O : Klien ke wc jalan kaki |
| | 3.7 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual | S : "Baring di tempat tidur"
O : Klien lebih bersemangat |
-

E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari / tanggal	No Dx.	Evaluasi
1.	Jum'at, 1 Desember 2017 08.00 wita	I	<p>S : "Napas saya masih terasa sesak"</p> <p>O : Klien tampak sesak, Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, Pernapasan cepat, RR 28 x/menit, nadi x/menit, penggunaan otot bantu pernafasan, Pergerakan dinding dada simetris saat inspirasi dan ekspirasi, Suara ronchi (+), Whezing (+), Ttv = TD :150/80 mmHg, N: 79x/menit, RR : 26 x/menit, S : 36,0°C SpO²: 98 % Terpasang O² 4 liter per menit dengan nasal kanul.</p> <p>A : Pola nafas belum kembali efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 monitor kecepatan irama, kedalaman dan kesulitan bernapas 1.4 Ajarkan teknik nonfarmakologis 1.5 Berikan oksigen jika perlu 1.6 Posisikan pasien 1.7 Monitor suara nafas tambahan 1.9 Monitor saturasi oksigen 1.10 Kolaborasi dengan tim medis
		II	<p>S : "Sesak nafas"</p> <p>O : RR 28x/menit, Terdapat pernapasan cuping hidung, Terlihat penggunaan otot bantu pernapasan, Dispnea +, Terdapat ronchi, Terdapat wheezing, Batuk klien tidak efektif, Klien tampak gelisah, PH : 7,47, PO₂ : 153,70 mmHG, PO₂% 98,20, HCO₃ 24,9 mmol, PO₂/F₁₀₂ 735,3 mmHG.</p> <p>A : Gangguan pertukaran gas belum kembali efektif</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Atur posisi pasien 2.2 Berikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan 2.3 Kolaborasi pemberian bronkodilator 2.4 Ajarkan teknik batuk efektif 2.5 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 2.6 Monitor SpO₂ 2.7 Monitor tanda Vital.
		III	<p>S : "Sesak nafas saat melakukan aktivitas dan berkurang"</p>

saat istirahat”

O : Ku klien lemah, Pola nafas cepat dan pendek,
Pergerakan dan aktivitas hanya dilakukan di tempat
tidur, Tanda-tanda vital : TD 150/70 mmHg, Nadi 71
x/menit, RR 28 x/menit, Temp 36°C

A : Intoleransi aktifitas masih terjadi

P : Lanjutkan Intervensi

- 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam
melakukan aktivitas
- 3.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan
- 3.3 Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
- 3.4 Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
- 3.5 Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat
pasien
- 3.6 Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang
mampu dilakukan
- 3.7 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual

2 Jum'at, 1 I
Desember
2017
21.00 wita

S : “masih terasa sesak”

O : Klien tampak sesak, Mengajarkan teknik relaksasi napas
dalam, Pernapasan cepat, nadi= 80 x/menit,
penggunaan otot bantu pernafasan, Pergerakan
dinding dada simetris saat inspirasi dan ekspirasi,
Suara ronchi (+), Wheezing (+), Ttv =

TD :140/70 mmHg,

RR : 26 x/menit,

S : 36,0°C

SpO² : 98 %

Terpasang O² 4 liter per menit dengan nasal kanul.

A : Pola nafas belum kembali efektif

P : Lanjutkan intervensi

- 1.2 Monitor kecepatan irama, kedalaman dan
kesulitan bernapas
- 1.7 Ajarkan teknik nonfarmakologis
- 1.8 Berikan oksigen jika perlu
- 1.9 Posisikan pasien
- 1.8 Monitor suara nafas tambahan
- 1.11 Monitor saturasi oksigen
- 1.12 Kolaborasi dengan tim medis

II S : “Masih terasa Sesak”

O : RR 25x/menit, Terdapat pernapasan cuping hidung,
Terlihat penggunaan otot bantu pernapasan, Dispnea +,
Terdapat ronchi, Terdapat wheezing, Batuk klien tidak

efektif.

A : Gangguan pertukaran gas belum kembali efektif

P : Lanjutkan Intervensi

- 2.1 Atur posisi pasien
 - 2.2 Berikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan
 - 2.3 Kolaborasi pemberian bronkodilator
 - 2.4 Ajarkan teknik batuk efektif
 - 2.5 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
 - 2.6 Monitor SpO₂
 - 2.7 Monitor tanda Vital.
-

III S : "Masih terasa sesak nafas"

O : Ku klien lemah, Pola nafas cepat dan pendek,

Pergerakan dan aktivitas hanya dilakukan di tempat

tidur, Tanda-tanda vital : TD 120/80 mmHg, Nadi 79

x/menit, RR 25 x/menit, Temp 36°C

A : Intoleransi aktifitas masih terjadi

P : Lanjutkan Intervensi

- 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
 - 3.8 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan
 - 3.9 Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
 - 3.10 Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
 - 3.11 Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 - 3.12 Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
 - 3.13 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
-

3 Sabtu, 2 I S : "Sesak berkurang"

Desember 2017 O : Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, Pernapasan normal, penggunaan otot bantu pernafasan,

21. 00 wita Pergerakan dinding dada simetris saat inspirasi dan

ekspirasi, Suara ronchi (-), Whezing (-), Ttv =

TD :120/80 mmHg, N: 79x/menit,

RR : 22 x/menit,

S : 36,0°C

SpO₂ : 99 %

A : Pola nafas kembali efektif

P : Optimalkan intervensi

- 1.3 monitor kecepatan irama, kedalaman dan kesulitan bernapas
 - 1.10 Ajarkan teknik nonfarmakologis
 - 1.11 Berikan oksigen jika perlu
-

-
- 1.12 Posisikan pasien
 - 1.9 Monitor suara nafas tambahan
 - 1.13 Monitor saturasi oksigen
 - 1.14 Kolaborasi dengan tim medis
-

II S : "Sesak nafas berkurang"

O : RR 22x/menit, Terlihat penggunaan otot bantu pernapasan, Dispnea +, ronchi (-), wheezing (-), Batuk klien efektif, Klien tampak tenang,

A : Gangguan pertukaran gas efektif

P : Optimalkan Intervensi

- 2.1 Atur posisi pasien
 - 2.2 Berikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan
 - 2.3 Kolaborasi pemberian bronkodilator
 - 2.4 Ajarkan teknik batuk efektif
 - 2.5 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
 - 2.6 Monitor SpO₂
 - 2.7 Monitor tanda Vital.
-

III S : "Masih baring di tempat tidur tetapi sudah bisa melakukan aktivitas"

O : Ku-klien lemah, Pola nafas teratur, Pergerakan dan aktivitas ke wc bisa dengan bantuan anaknya, Tanda-tanda vital : TD 120/80 mmHg, Nadi 79 x/menit, RR 22 x/menit, Temp 36°C

A : Intoleransi aktifitas tidak terjadi

P : Optimalkan Intervensi

- 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
 - 3.14 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan
 - 3.15 Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
 - 3.16 Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
 - 3.17 Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 - 3.18 Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
 - 3.19 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
-

BAB IV

ANALISIS SITUASI

Pada bab ini penulis akan membahas masalah yang muncul dalam Asuhan Keperawatan pada Tn. T dengan diagnosa Medis Asma Bronkhial + Elektrolit Inbalance di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun yang menjadi lingkup pembahasan meliputi Profil Lahan Praktik, pengkajian, diagnosa keperawatan, Analisis Penyelesaian masalah keperawatan. Penulis mengelola Tn. T selama 3 hari dalam waktu 24 Jam, satu hari di ruang IGD pada tanggal 30 November 2017 dan 2 hari diruang Seruni pada tanggal 1 dan 2 Desember 2017. Penulis melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik pada Tn. T serta studi dokumentasi dengan pembelajaran rekam medis pasien dan studi kepustakaan. Penulis menemukan adanya kesenjangan antara teori dan Asuhan Keperawatan kasus yang terjadi pada klien sebagai berikut :

A. Analisis Profil

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Abdul Wahab Sjahranie terletak di jalan Palang Merah Indonesia Kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda. RSUD Abdul Wahab Sjahranie sebagai Top Referral dan sebagai Rumah Sakit Kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan Januari 2014. (www.rsudaws.com).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan Evakuasi Medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah instalasi yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat dan merupakan rangkaian dari upaya penanggulangan penderita gawat darurat yang memberikan pelayanan selama 24 jam.

Bentuk pelayanan utama berupa pelayanan penderita yang mengalami keadaan gawat darurat, tetapi dapat juga melayani penderita tidak gawat darurat dan untuk selanjutnya dikoordinasikan dengan bagian atau unit lain yang sesuai dengan kasus penyakitnya, dengan tujuan tercapainya pelayanan kesehatan pada penderita gawat darurat yang optimal, terarah dan terpadu

dengan fokus utama adalah mencegah kematian dan kecacatan, melakukan sistem rujukan dan penanggulangan korban bencana.

Visi RSUD AWS Samarinda adalah sebagai pusat rujukan pelayanan gawat darurat yang terbaik di Provinsi Kalimantan Timur. Sedangkan misi dari RSUD AWS Samarinda adalah sebagai berikut :

1. Memberikan fungsi pelayanan prima kepada pasien gawat darurat sesuai dengan standard dan etika dengan tidak membedakan suku, agama, ras dan golongan.
2. Melaksanakan fungsi pendidikan, peneitian dan pengembangan dalam bidang keperawatan.
3. Meningkatkan mutu secara berkesinambungan.
4. Meningkatkan kesejahteraan pegawai.
5. Berperan aktif membina hubungan dengan masyarakat dan istansi yang ada dalam penanganan kegawatdaruratan.

IGD RSUD AWS Samarinda terdiri dari pelayanan triage, ruang pelayanan resusitasi, ruang pelayanan Bedah, ruang pelayanan non Bedah, ruang dekontaminasi dan luka bakar, ruang isolasi, ruang bedah minor, ruang anak, ruang kebidanan dan palse emergency tidak gawat tidak darurat. IGD RSUD AWS Samarinda difasilitasi 5 ambulance dan 36 tempat tidur.

IGD RSUD AWS Samarinda memiliki 111 pegawai yang terdiri dari 13 dokter umum yang dibagi dalam 3 shift, 8 bidan yang dibagi dalam 3 shift dan 67 perawat yang juga dibagi dalam 3 shift, selain itu terdapat 13 pegawai non medis yang juga dibagi dalam 3 shift. Kepala IGD RSUD AWS Samarinda adalah dr. Mulyono Sp. An, Kepala Ruangan Bapak Agus Salim S.Kep, Clinic Case Manager (CCM) adalah M.Helmi S.ST.

B. Analisis Kasus

1. Pengkajian

Menurut Kozier (2011), pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana tahap ini penulis berusaha mengkaji secara menyeluruh meliputi bio, psiko, sosial, kultural dan spiritual. Dalam melakukan pengkajian, data yang diperoleh berasal dari hasil

wawancara, observasi langsung dan bekerjasama dengan keluarga klien dan perawat ruangan.

a. Airway

Peningkatan sekresi pernapasan, Bunyi napas krekel, ronkhi dan mengi.

b. Breathing

Adakah kesulitan pernapasan misal ada cuping hidung, otot bantu pernapasan

c. Circulation

Penurunan curah jantung, Sakit kepala, Gangguan tingkat

d. Dissability

Tingkat kesadaran GCS, Keadaan umum pasien

e. Eksposur

Suhu tubuh pasien, tingkat keamanan pasien.

Hasil pengkajian pada kasus Tn. T pada sistem pernafasan, klien sesak di disertai batuk kering, dahak sulit keluar, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan. Respirasi 28 x/menit, nafas pendek dan cepat, SpO₂ 96 %, irama pernapasan panjang dan dalam, wheezing (+), sesak (+), ronchi (+), terpasang O₂ menggunakan nasal kanul 4 Lpm, terdapat penggunaan otot bantu pernafasan. TD: 150/70 mmHg, Nadi: 71 x/menit, CRT > 2 detik, tidak ada sianosis. Kesadaran Compos Metis GCS 15: E4 M6 V5, klien tampak gelisah. Klien lemah, sesak, tampak pucat, turgor kulit > 2 detik, mukosa bibir lembab.

Berdasarkan pemaparan di atas dapat dilihat bahwa beberapa tanda dan gejala yang ada di teori tidak dapat di temukan saat pengkajian adalah bunyi nafas krekel, Penurunan curah jantung, Sakit kepala, Gangguan tingkat kesadaran, dan suhu tubuh. Suhu tubuh saat klien datang dalam batas normal yaitu 36 °, dalam pemeriksaan Ekg juga tidak ada ditemukan masalah, dalam batas normal synus rhythm, dan tingkat kesadaran klien masih GCS !5.

2. Diagnosa

Diagnosa yang muncul pada pada kasus Tn. T yang menderita Asma Bronkhial terdapat 3 diagnosa diantaranya, yaitu Ketidakefektifan

pola nafas b/d kelelahan otot pernafasan, gangguan pertukaran gas b/d perubahan membrane alveolar, intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan oksigen.

Sedangkan diagnosa untuk penyakit asma bronkhial menurut Doenges (2010) terdapat 5 diagnosa keperawatan diantaranya; Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sumbatan jalan nafas dan kurangnya ventilasi sekunder terhadap retensi lender, Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan PPOM, distensi dinding dada, kelelahan, kerja pernafasan. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan akumulasi protein dan cairan dalam interstitial / area alveolar, hipoventilasi alveolar, kehilangan surfaktan, Perubahan pola nutrisi berhubungan dengan kondisi tubuh tidak mampu makan peroral, Resiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya imunitas, malnutrisi. Diagnosa bersihan jalan nafas tidak ditemukan karena pada saat dikaji jalan nafas paten tidak ada gangguan, untuk resiko infeksi tidak diangkat karena hasil laboratorium Tn. T dalam batas normal 7,82 10.3/ul.

3. Intervensi

Intervensi yang menjadi fokus penulis adalah penyelesaian masalah utama ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi menggunakan teknik relaksasi napas dalam dengan pemberian posisi high fowler. Judith & Ahern (2013) mendiskripsikan pola napas yang tidak efektif adalah inspirasi dan atau ekspirasi ventilasi pernafasan tidak adekuat. Dalam kasus ini pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi.

Pada saat pasien datang dengan keluhan sesak napas, penanganan pertama nonfarmakologis adalah dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam. Smeltzer & Bare (2012) memaparkan bahwa tujuan teknik relaksasi napas dalam untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress dan menurunkan intensitas nyeri. Intervensi selanjutnya adalah observasi karakteristik pola napas dengan melihat pasien saat bernapas apakah menggunakan otot bantu untuk bernapas atau tidak. Lakukan

auskultasi dan perkusi dada pasien untuk mengetahui karakter suara napas dan ada atau tidaknya bunyi tambahan pada pernapasan pasien. Beri oksigen melalui nasal kanul atau masker atau ventilasi mekanis sesuai konsentrasi yang diperlukan.

Posisi fowler dengan sandaran memperbaiki curah jantung dan ventilasi serta membantu eliminasi urine dan usus. Kelurusan tubuh yang tepat mempertahankan kenyamanan dan menurunkan risiko kerusakan system tubuh. Pemberian posisi fowler di tempat tidur memerlukan persiapan khusus bagi perawat, dimana perawat perlu mengkaji kesejajaran tubuh dan tingkat kenyamanan pasien. Bila perawat memerlukan bantuan, harus menyiapkan sejawatnya untuk membantu, perawat juga harus menginformasikan tindakan kepada pasien serta memberikan privasi pada pasien.

Kewaspadaan pada posisi fowler beresiko terhadap kontraktur fleksi cervical bila bantal terlalu tebal. Komplikasi tambahan dapat meliputi rotasi eksternal pinggul, foot-drop dan kerusakan pada sacrum dan tumit. Pada

klien lansia beresiko lebih besar daripada klien yang lebih mudah terhadap kerusakan kulit karena peningkatan kerapuhan kapiler, penurunan massa otot dan penurunan kelembaban kulit.

4. Implementasi

Untuk implementasi keperawatan semua intervensi yang dibuat dapat dilaksanakan semua dari 3 diagnosa keperawatan, dalam hal ini tidak ada masalah atau hambatan dengan intervensi yang direncanakan yaitu teknik relaksasi nafas dalam, dan pemberian posisi high fowler pada pasien asma bronchial.

5. Evaluasi

Berdasarkan ke 3 diagnosa keperawatan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari diagnosa teratasi. Untuk masalah Ketidakefektifan pola nafas sesak klien berkurang belum dapat hilang karena sumber masalah dari penyebab dikarenakan kompensasi tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen belum dapat teratasi terkait dengan gangguan sirkulasi, untuk diagnose gangguan pertukaran gas

tidak dilakukan cek lab ulang, tetapi sesak klien berkurang, dan untuk intelorensi aktifitas teratasi klien dapat ke kamar mandi walaupun dengan bantuan anaknya.

C. Alternatif Pemecahan Masalah

Didapatkan data subyektif dan obyektif antara lain klien mengeluh sesak, batuk disertai sekret, wheezing, nafas terasa berat, gelisah dan sulit tidur, yang mengarah kepada masalah keperawatan gangguan pola napas, gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktifitas. Hal ini sesuai dengan manifestasi klinis yang ditelah disebutkan dalam teori bahwa asma memiliki tanda sesak nafas, batuk-batuk dan mengi (wheezing), Ronchi telah dikenal oleh umum dan tidak sulit untuk diketahui. Batuk-batuk kronis dapat merupakan satu-satunya gejala asma dan demikian pula rasa sesak dan berat didada.

Asma ditandai dengan kontraksi spastic dari otot polos bronkiolus yang menyebabkan sukar bernafas. Penyebab yang umum adalah hipersensitivitas bronkiolus terhadap benda-benda asing di udara. Oleh karena itu, penatalaksanaan sesak nafas yang tepat dapat mengurangi sesak dan mengontrol pernafasan, diantaranya dengan melakukan relaksasi nafas dalam yang dapat membantu mengurangi sesak pada penderita asma.

Relaksasi merupakan suatu keadaan dimana seseorang merasakan bebas mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi bertujuan agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stres yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman (Potter & Perry, 2005).

Salah satu intervensi yang telah dilakukan ke pasien kelolaan dan akan penulis analisis adalah Relaksasi Nafas Dalam dan Posisi High fowler atau semi fowler. Pada beraktivitas biasanya pasien mudah lelah dan sesak nafas, tindakan yang efektif adalah Terapi Pernafasan atau Relaksasi Nafas Dalam. Ada beberapa langkah dalam relaksasi nafas dalam yaitu memposisikan pasien *semi fowler* atau senyaman pasien, anjurkan pasien untuk mulai latihan dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung dan bibir ditutup. Kemudian anjurkan pasien untuk menahan nafas sekitar 1-2 detik dan disusul dengan menghembuskan

napas melalui bibir dengan bentuk mulut seperti meniup (*purse lips breathing*). Latihan ini dapat dilakukan 4-5 kali latihan. Tahap terakhir dari relaksasi ini responden diharapkan mempertahankan posisi dan mencoba menempatkan perasaan rileks ketika melakukan latihan relaksasi nafas dalam.

Hari/tanggal	Pre		Post	
	RR	SPO2	RR	SPO2
Kamis, 30 November 2017	28 x/menit	96 %	26x/menit	98%
Jum'at 1 Desember 2017	26 x/menit	98 %	25 x/menit	98%
Sabtu, 2 Desember 2017	22 x/menit	98 %	22 x/menit	99 %

Tabel 4.1 Hasil Observasi

Hasil tabel 4.1 diatas dapat dilihat, sebelum memberikan terapi relaksasi nafas dalam penulis melakukan pemeriksaan RR dan SpO2 terlebih dahulu didapatkan hasil penurunan Spo2 dan RR. Setelah dilakukan intervensi relaksasi nafas dalam pemeriksaan diukur kembali didapatkan hasil pemeriksaan Jadi terdapat perubahan sebelum intervensi dan sesudah intervensi. Penulis memberikan motivasi pada pasien agar selalu melakukan relaksasi nafas dalam dan melakukan posisi high fowler untuk mengurangi sesak nafasnya.

BAB V PENUTUP

A. Simpulan

1. Asma bronkhial adalah penyempitan bronkus yang bersifat reversibel yang terjadi oleh karena bronkus yang hiperaktif mengalami kontaminasi dengan antigen yang ditandai dengan *mengi*, batuk, dan sesak di dada akibat penyumbatan saluran napas. Pengkajian pada Tn. J didapatkan saat awal datang dengan keluhan sesak nafas, dan batuk setelah dilakukan asuhan keperawatan keluhan berkurang.
2. Terapi non farmakologi yang umumnya digunakan untuk pengelolaan sesak nafas adalah dengan melakukan terapi pernapasan. Terapi pernapasan bertujuan untuk melatih cara bernapas yang benar, melenturkan dan memperkuat otot pernapasan, meningkatkan sirkulasi, mempercepat dan mempertahankan pengontrolan asma yang ditandai dengan penurunan gejala dan meningkatkan kualitas hidup bagi penderitanya. Selain itu terapi pernafasan juga untuk memperbaiki fungsi alat pernapasan, juga bertujuan melatih penderita untuk dapat mengatur pernapasan pada saat terasa akan datang serangan, ataupun sewaktu serangan asma. Merumuskan diagnosa pada Tn. T memperhatikan Airway, Breathing, Circulation, dan Disability sesuai dengan hasil pengkajian yang sudah dilakukan. Diagnosa yang terdapat pada Tn. T adalah ketidakefektifan pola nafas, gangguan pertukaran gas, dan Intoleransi aktivitas.
3. Merumuskan intervensi terhadap Tn. T di lakukan dengan memperhatikan pengkajian, monitoring tindakan mandiri perawat serta tindakan kalaborasi baik penulis dan oleh tim medis, keluarga maupun pasien. Untuk penelitian penulis menganalisa intervensi ketidakefektifan pola nafas pada Tn. T dengan teknik relaksasi nafas dalam dengan posisi high fowler di ruang IGD Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie.
4. Implementasi yang diberikan pada Tn. T yaitu pemberian intervensi relaksasi nafas dalam dengan posisi high fowler dapat dilakukan oleh Tn. T. Implementasi dilakukan selama 3 kali yaitu pada hari kamis, jumat dan sabtu. Sejak tanggal 30 November 2017 sampai dengan 2 Desember

2017, dengan melakukan relaksasi nafas dalam dan posisi high fowler agar saat sesak nafas itu muncul pasien dapat menanganinya. Dari hasil evaluasi pasien dan keluarga dapat saling mendukung dan saling mengerti tentang keadaan pasien dan perubahan peran yang dialami pasien.

5. Evaluasi pada Tn. T hasil pemberian intervensi relaksasi nafas dalam dengan posisi high fowler pada pasien dengan masalah ketidakefektifan pola nafas dapat mengurangi rasa sesak, dalam batas normal membuat nyaman klien dan saturasi oksigen klien baik. Hal ini terlihat dari respon klien pada saat penulis memberikan tindakan keperawatan dengan pemberian relaksasi nafas dalam dan pemberian posisi high fowler.

B. Saran

1. Klien dapat menerapkan terapi relaksasi napas dalam dan pengaturan posisi high fowler dirumah menggunakan bantal kapan saja pada saat sesak, karena lebih mudah dan tidak memerlukan biaya tambahan.
2. Bagi tenaga kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan tentang ilmu respirasi dan keterampilan dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien Asma Bronkial, agar dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan secara mandiri yang diberikan pada klien. Sehingga dapat meningkatkan harapan sembuh pasien serta memperpendek waktu menginap pasien di rumah sakit.
3. Mengoptimalkan pemahaman asuhan keperawatan pada pasien Asma Bronkial sehingga dapat menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan keilmuan pada sistem pernafasan. Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan. Sehingga, seluruh tenaga pelayanan medis dapat mengaplikasikan secara optimal terapi relaksasi napas dalam dan pengaturan posisi high fowler terhadap perubahan kadar saturasi oksigen.

DAFTAR PUSTAKA

Agustin, H. Yunus, F. 2008. *Proses Metabolisme pada Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)*, J Respire Indo, Vol 28 No 3, Jakarta.

Alimul Aziz, H. 2008. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika

Almazini, P. 2012. *Bronchial Thermoplasty Pilihan Terapi Baru untuk Asma Berat*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Andarmoyo, Sulistyono. 2012. *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

A, Price. (2012). *Pathophysiology: Clinical Concepts Of Disease Process*. Jakarta

Bailey, et al (2010). *An integrative review of systematic reviews related to the management of breathlessness in respiratory illnesses*. BMC : Pulmonary Medicine.

Barbara Engram. 2009. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.

Budiono, et al (2017). *The effect of pursed lips breathing in increasing oxygen saturation in patients with chronic obstructive pulmonary disease in internal ward 2 of the general hospital of dr. R. Soedarsono pasuruan: public Health of Indonesia*

Brunner & Suddarth, (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC

Darmawan, A., (2012). *Penyakit Jantung Koroner*. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah. Yogyakarta.

Djojodibroto RD. (2014). *Respirologi (Respiratory Medicine)*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

EGC West, John B. (2010). *Patofisiologi Paru Essensial Edisi 6*. Jakarta: EGC.

Febraska, Anastasia Indah. 2014. *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Nafas Pada Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Di Bangsal Mawar 1 RSUD Karanganyar*. Karya Tulis Ilmiah.


GINA (Global Initiative for Asthma). 2006. *Pocket Guide for Asthma Management and Prevention In Children*.

Guyton, A.C., dan Hall, J.E. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 11*. Jakarta: EGC

Herdman, T. H. (2012). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

- Hilma (2015). *Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan kelelahan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialysis di unit hemodialysis RSUP dr. M. Djamil Padang*. Universitas Andalas
- Khotimah, S. (2013). *Latihan Endurance Meningkatkan Kualitas Hidup Lebih Baik Daripada Latihan Pernafasan Pada Pasien PPOK Di BP4 Yogyakarta*. *Sport and Fitness Journal*. Volume 1, No. 1.
- Kustanti, E. dan Widodo, A. 2008. *Pengaruh teknik relaksasi terhadap perubahan status mental klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa daerah Surakarta*. *Berita Ilmu Keperawatan*. September 2008. Vol.1 No.3
- Ikawati, Z., 2011, *Farmakoterapi Penyakit Sistem Saraf Pusat*, Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NIC-NOC NANDA*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.
- Maliya, A. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah IB*. Surakarta: UMS
- Muttaqin, Arif. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nanda. (2015). *Panduan Diagnosa Keperawatan Nanda Definisi dan Klasifikasi 2015 -2017 edisi 10*. Editor : T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI dan Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI. Jakarta : EGC
- Pratyahara, A. Dayu. 2011. *Asma Pada Balita (Menenal, Mengobati, dan Mengendalikan Penyakit Asma pada Anak Usia Balita)*. Jakarta : Buku Kita.
- Safitri, Refi, dkk. 2011. *Keefektifan Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Nafas Pada Pasien Asma di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Saheb, A. 2011. *Penyakit Asma*. Bandung: CV medika.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart*. Edisi 8. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Supadi, E. Nurachmah, dan Mamnuah. 2008. Hubungan Analisa Posisi Tidur Semi Fowler Dengan Kualitas Tidur Pada Klien Gagal Jantung Di RSU Banyumas Jawa Tengah. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan* Volume IV No 2.
- Triyono, T (2012). *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Tn. T Dengan Kanker Paru Di Ruang Bugenvil RS Panti Waluyo Surakarta*. STIKES Kusuma Husada Surakarta.
- Wilkinson, J. M., & Ahern N.R., (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Diagnosa NANDA Intervensi NIC Kriteria Hasil NOC*. Edisi kesembilan. Jakarta: EGC.

Lampiran I

	SOP PEMBELAJARAN RELAKSASI NAPAS DALAM	No. Dokumen : Berlaku Sejak : Revisi : Halaman :
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Tujuan umum

Mahasiswa mampu melakukan tindakan relaksasi napas dalam dengan benar

Tujuan khusus

Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan tujuan relaksasi napas dalam
2. Menjelaskan tahapan prosedur relaksasi napas dalam
3. Menerapkan relaksasi napas dalam secara benar

Pengertian

Suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan.

Tujuan

1. Saturasi oksigen klien dalam batas normal
2. Meningkatkan ventilasi alveoli
3. Memelihara pertukaran gas

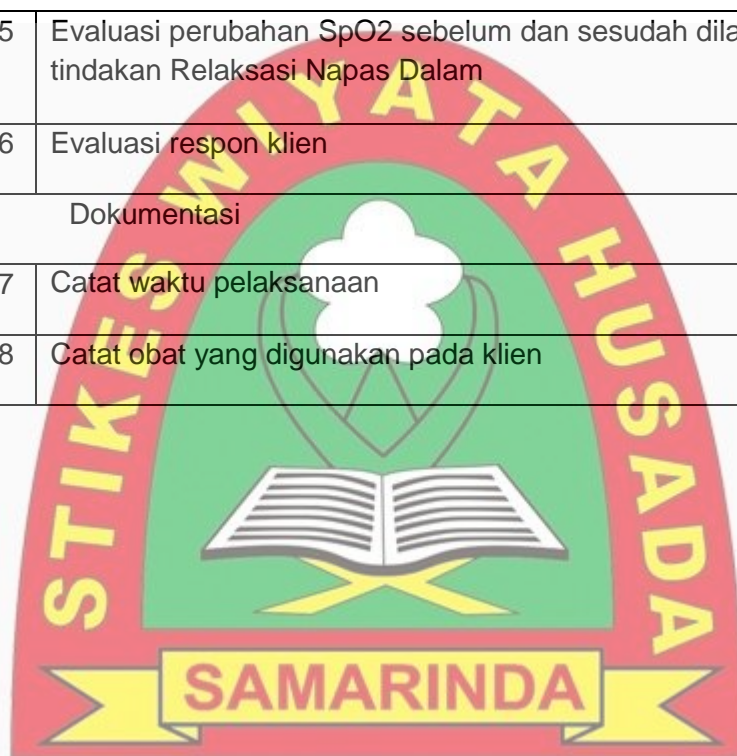
Nama Mahasiswa :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
Pengkajian				
1	Baca status klien			
2	Kaji kemampuan kardiovaskular dan respiratori pasien			
3	catat saturasi klien sebelum dan sesudah diberikan relaksasi napas dalam			
4	Pantau saturasi, dan RR klien.			

5	Diagnosa keperawatan yang sesuai: Ketidakefektipan Pola Napas Gangguan pola napas			
Fase pre interaksi				
6	Mencuci tangan			
7	Mempersiapkan alat <input type="checkbox"/> <i>oximetry</i> <input type="checkbox"/> <i>Handscoon</i> <input type="checkbox"/> Lembar observasi <input type="checkbox"/> Alat tulis			
Fase Orientasi				
8	Memberi salam dan menyapa nama klien			
9	Memperkenalkan diri			
10	Melakukan kontrak			
11	Menjelaskan Tujuan dan Prosedur pelaksanaan			
12	Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan			
13	Mendekatkan alat-alat			
Fase Kerja				
14	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien			
15	Membaca "Basmallah" dan menjaga privasi klien			
16	Menggunakan sarung tangan			
17	Memantau SpO ₂ , pasien sebelum melakukan teknik relaksasi napas dalam			
18	Memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang di pahami/jelas			

19	Atur posisi pasien semi-fowler atau high fowler			
20	Intruksikan klien menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3			
21	Intruksikan Klien dengan perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstermitas atas dan bawah rileks, pada saat bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu yang indah dan merasakan betapa nikmatnya rasanya.			
22	Intruksikan klien bernafas dengan irama normal 3 kali (1-2 menit)			
23	Intruksika klien menarik napas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan			
24	Meminta pasien untuk membiarkan telapak tangan dan kaki rileks			
25	Intruksikan klien untuk mengulangi prosedur hingga saturasi oksigen normal dan sesak klien berkurang			
26	Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali			
27	Memantau kembali SpO2 pasien sesudah melakukan Relaksasi Napas Dalam			
Fase Terminasi				
28	Membaca hamdalah			
29	Mengevaluasi respon klien			
30	Memberi reinforcement positif			
31	Membuat kontrak pertemuan selanjutnya			
32	Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa اللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ أَذْهِبِ الْبَأْسَ إِشْفِ أَنْتَ الشَّافِي لَا شِفَاءَ إِلَّا شِفَاؤُكَ شِفَاءً لَا يُغَادِرُ سَقَمًا			

	Artinya (Ya Allah. Tuhan segala manusia, hilangkan segala klienannya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi) dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien.			
33	Merapikan alat			
34	Mencuci tangan			
Evaluasi				
35	Evaluasi perubahan SpO2 sebelum dan sesudah dilakukan tindakan Relaksasi Napas Dalam			
36	Evaluasi respon klien			
Dokumentasi				
37	Catat waktu pelaksanaan			
38	Catat obat yang digunakan pada klien			



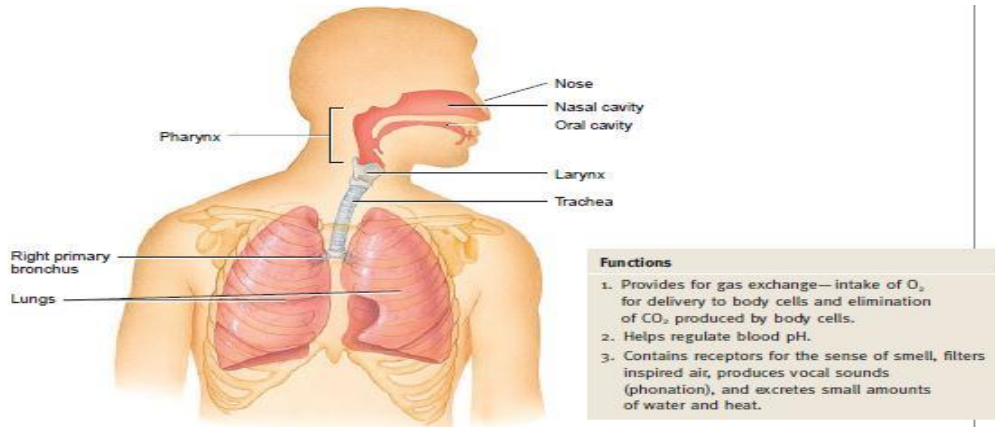
Lampiran 2

Dokumentasi

Pada Tn. T dengan masalah utama Ketidakefektifan Pola nafas



Lampiran 3

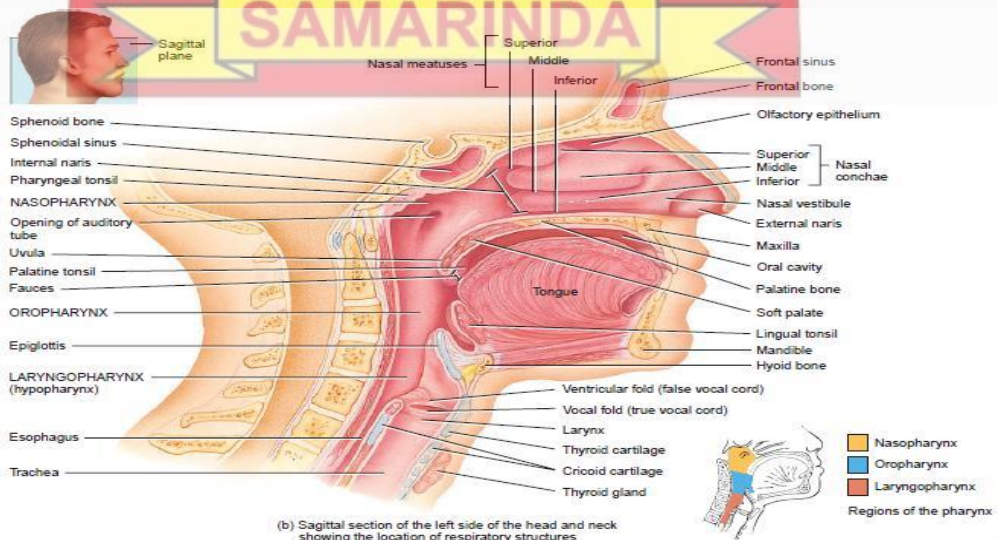


(a) Anterior view showing organs of respiration

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Respirasi

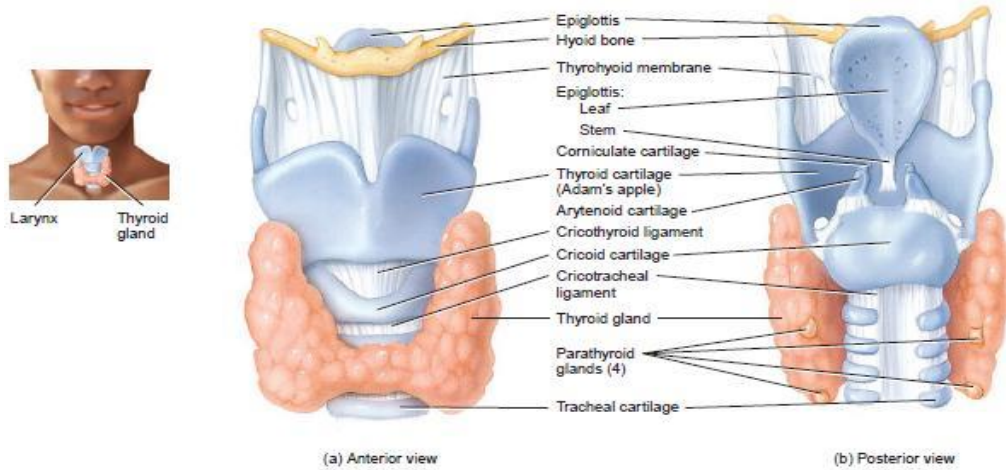


Gambar 2.2 Sistem Respirasi Bagian Hidung

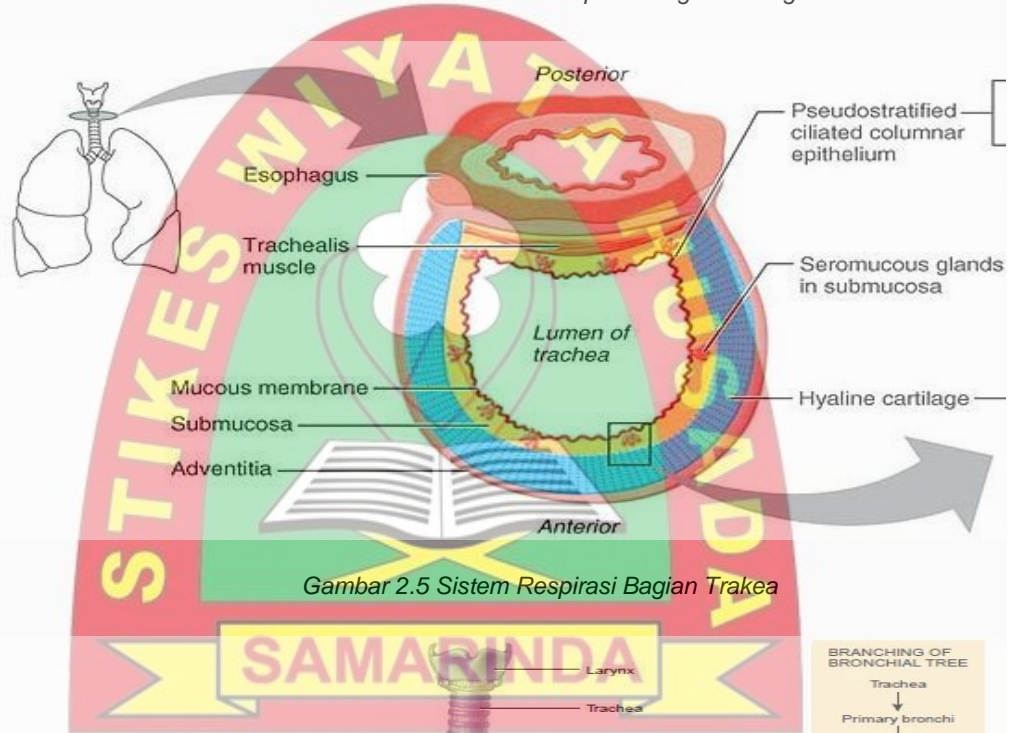


(b) Sagittal section of the left side of the head and neck showing the location of respiratory structures

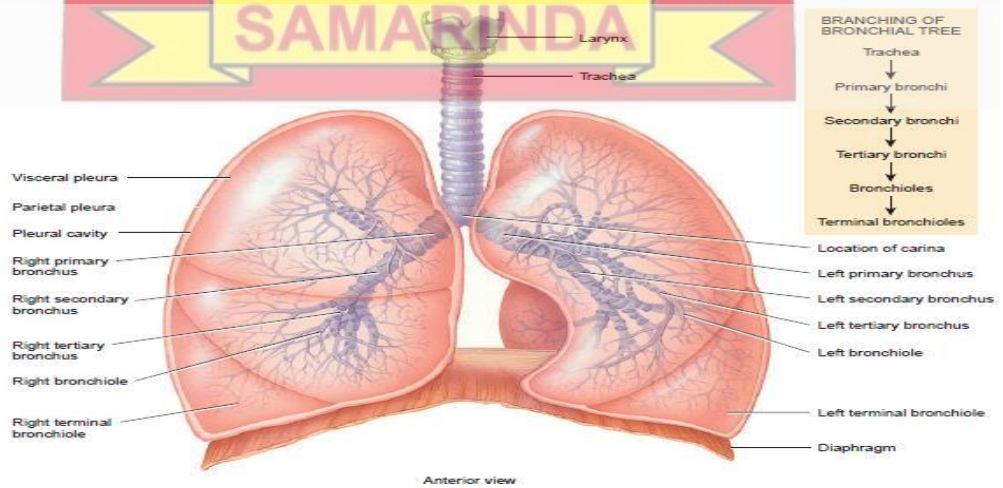
Gambar 2.3 Struktur Inferior Hidung



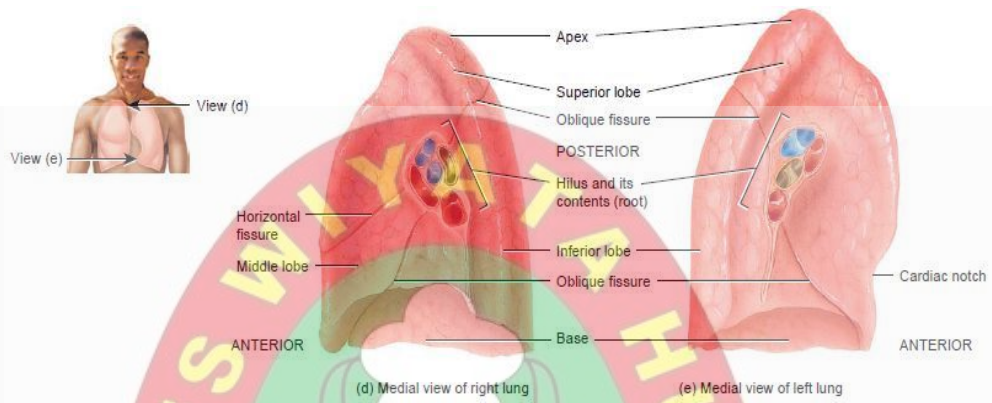
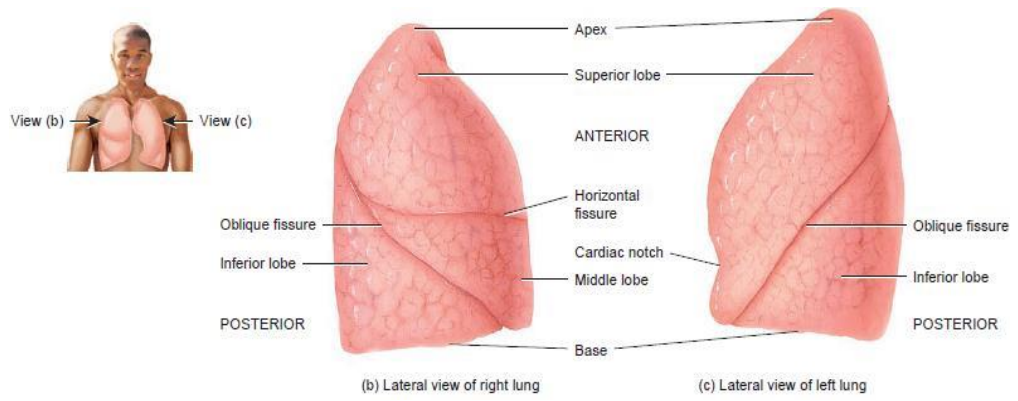
Gambar 2.4 Sistem Respirasi Bagian Laring



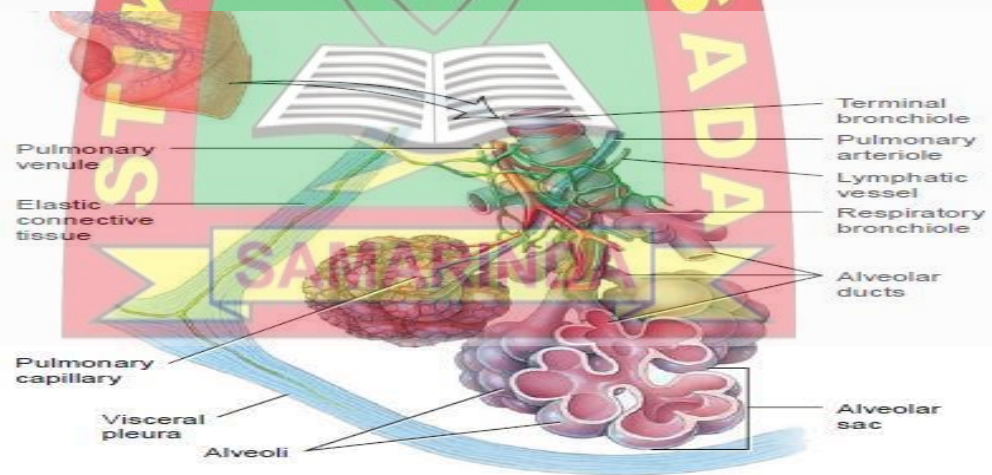
Gambar 2.5 Sistem Respirasi Bagian Trakea



Gambar 2.6 Sistem Respirasi Bagian Bronkus



Gambar 2.7 Sistem Respirasi Bagian Paru



Gambar 2.8 Sistem Respirasi Bagian Alveoli

Lampiran 4

Pemeriksaan Laboratorium

PEMERIKSAAN KIMIA DARAH DAN DARAH LENGKAP		
Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Glukosa Sewaktu	95 mg/dl	70 – 140 mg/dl
Ureum	24.0 mg/dl	19.3 – 49.2 mg/dl
Creatinin	1.0 mg/dl	0.7 – 1.3 mg/dl
Natrium	125 mmol/L	135 – 155 mmol/l
Kalium	4.5 mmol/L	3.6 – 5.5 mmol/L
Chloride	93 mmol/L	98 – 108 mmol/L
Leukosit	7.82	4,80-10,80 10 ³ /μL
Eritrosit	3.82	4.70-6.10 10 ⁶ /μL
Hemoglobin	12.4	14.0-18.0 g/dl
Hemotokrit	35.0	37.0-54.0 %
MCV	91.7	81.0-99.0 fL
MCH	32.6	27.0-31.0 pg
MCHC	35.6	33.0-3.0 g/dl
PLT	317	150-450 10 ³ /μL
RDW-SD	39,7	35,0-47,0
RDW-CV	12,8	11,5-14,5
PDW	15,2	9,0-13,0
MPV	7,2	7,2-11,1
P-LCR	9	15-25
PCT	0,35	0,15-7,0
Neutrofil#	7,7	1,5-7,0
Neutrofil%	81	40-74

ANALISA GAS DARAH		
Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
pH	7.47	7.37 - 7.45
pCO ₂	33.80	35.00 - 45.00
pO ₂	153.70	83.00 - 108.00
SO ₂ %	98.20	95.00 - 98.00

Hct	37	13.2 – 17.3
Hb	12.3	-
FIO2	20.9	-
Temp	36.0	-
pHtc	7.487	-
Pco2tc	32.3	-
PO2tc	147.9	-
HCO3	24.9	-
TCO2	26.0	-
BEeef	1.1	-
BEb	2.3	-2.0-3.0
SBC	26.4	-
O2Ct	17.3	-
O2Cap	17.1	-
A	108.9	-
a/A	1.4	-
PO2/FIO2	735.3	-

