

## BAB III

### LAPORAN STUDI KASUS

#### A. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 13 Mei 2019

##### 1. DATA UMUM

###### a. Identitas Keluarga

Nama KK : Tn.M (55 tahun)  
Pekerjaan : Buruh  
Agama : Islam  
Status perkawinan : Kawin  
Suku : Jawa  
Alamat : Jl.Jendral Sudirman Gg. Sangkuriang No.448  
RT/RW 007/006 Tanjung Aman Kotabumi Selatan  
Lampung Utara.

###### b. Komposisi keluarga

Tabel 3.1  
Komposisi keluarga

No	Nama	JK	Umur	Status	Keterangan
1	2	3	3	4	5
1.	Tn.M	L	55 th	Suami	Sehat
2.	Ny.S	P	52 th	Istri	Sakit
3.	Tn.D	L	25 th	Anak	Sehat
4.	Tn.J	L	22 th	Anak	Sehat
5.	Ny.R	P	21 th	Anak	Sehat
6.	An.M	P	15 th	Anak	Sehat
7.	An.F	P	13 th	Anak	Sehat
8.	An.R	L	11 th	Anak	Sehat

## c. Data Dukung Lainnya

Transportasi keluarga	: Motor
Fasilitas pelayanan kesehatan	: Puskesmas
Jarak unit pelayanan kesehatan	: 4 km selama $\leq 10$ menit
Transportasi ke unit pelayanan kesehatan	: Motor dan angkutan umum
Sarana komunikasi keluarga	: Telp genggam (HP)
Sarana komunikasi dalam lingkungan	: Telp genggam (HP)

## 2. KONDISI KESEHATAN SEMUA ANGGOTA KELUARGA

Fokus utama pada yang sakit

- a. Diagnose medis : Asma Bronkhial
- b. Riwayat perawatan : Satu hari yang lalu (13/5/2019) klien mengatakan batuk kering disertai sesak terutama saat malam hari yang mengakibatkan sulit tidur. Ny.S mengalami asma bronkhial sejak tahun 1998 saat akan melahirkan dan klien pernah di rawat di Rs umum mayjen HM Riyacudu tiga tahun yang lalu.
- c. Riwayat pengobatan : Berotec 10 ml , Salbutamol 3 x 2 mg, Aminofilin 3 x 200 mg
- d. Gangguan Kesehatan : Klien mengatakan batuk kering disertai sesak dengan frekuensi pernapasan 28x/menit, terdapat wheezing, pernapasan dangkal, faktor pencetus klien merasa sesak napas kambuh setelah melakukan aktivitas berat, terpapar udara dingin dan terkena debu.
- e. Pemeriksaan tanda – tanda vital :
  - TD: 140/90 mmHg
  - HR : 90 x/menit
  - RR : 28 x/menit
  - S : 36,5°C
- f. Riwayat keluarga
  - Tidak ada riwayat keluarga yang mengalami asma bronkhial hanya Ny.S yang mengalaminya.

g. Gangguan pemenuhan KDM :

1) Bio-Fisiologis :

Saat dilakukan pengkajian, klien tampak lemah dan mengeluh batuk kering, sesak napas, sering terbangun pada malam hari, jumlah jam tidur  $\leq 5$  jam/hari, merasa sesak dan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas. Komunikasi Ny.S masih lancar , frekuensi makan dan minum masih normal 3x/hari dengan makanan lunak.

2) Aman-Nyaman

Ny.S akan merasa tidak nyaman jika terkena faktor alergen seperti debu, udara dingin, dan kelelahan setelah aktivitas berat karena akan menimbulkan sesak.

3) Kasih-sayang (Cinta-Kasih)

Saat dilakukan wawancara pada keluarga, mereka menyatakan mendukung upaya perawatan Ny.S hingga kondisi kesehatan baik.

4) Harga Diri

Dengan penyakit yang diterimanya, Ny.S tidak merasa diremehkan, keluarga memberikan perhatian penuh terhadap Ny.S.

5) Aktualisasi diri

Ny.S masih mampu melakukan aktivitas sehari-harinya seperti memasak dan menyiapkan makan. Sebagian aktivitas berat seperti mencuci pakaian dan membersihkan rumah dibantu oleh anaknya.

h. Deskripsi gambaran kesehatan seluruh anggota keluarga

Pada anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, didapatkan gambaran status kesehatan sebagai berikut:

1) Kepala

Saat dilakukan pengkajian pada anggota keluarga tidak ada yang mengalami gangguan terhadap fungsi sensori yang ada pada kepala : pergerakan dalam batas normal, penglihatan, pendengaran, penciuman dan pencecapan masih normal.

2) Ekstremitas atas

Saat dilakukan wawancara anggota keluarga tidak ada yang mengalami masalah, aktif dalam melakukan pergerakan untuk

aktifitas sehari-hari, tidak ada cedera, luka yang mengganggu status kesehatan, kekuatan otot dalam keadaan baik skala 5 (0-5)

3) Dada

Saat dilakukan pengkajian anggota keluarga tidak ada yang mengalami masalah, hanya Ny.S yang memiliki gangguan status pernapasan, yaitu batuk kering, sesak napas, frekuensi pernapasan 28x/menit, pernapasan dangkal dan terdapat wheezing.

4) Abdomen

Saat dilakukan pengkajian semua anggota keluarga tidak ada yang mengalami gangguan pencernaan, bising usus normal ( 15x/menit) dan tidak mengalami acites.

5) Genitalia

Saat dilakukan wawancara tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan eliminasi, proses defekasi lancar, frekuensi BAB 1 x/hari, BAK 3-4 x/hari. Semua anggota keluarga tidak mengalami masalah dan kelainan.

6) Ekstremitas bawah

Saat dilakukan pengkajian semua anggota keluarga tidak ada yang mengalami gangguan pada ekstremitas bawah, kemampuan mobilisasi baik, kemampuan berpindah tempat baik, tidak ada alat bantu yang digunakan, ekstremitas bawah dalam keadaan normal, kekuatan otot normal skala 5 (0-5)

### 3. DATA KESEHATAN LINGKUNGAN

#### URAIKAN KONDISI RUMAH :

Tipe rumah	: Permanen
Ventilasi	: Sesuai dengan kapasitas ruangan
Pencahayaan	: Baik, pencahayaan sinar matahari cukup
Kelembaban	: Tidak pengap
Keadaan lantai rumah	: Semen halus
Kebersihan rumah	: Kurang bersih, lantai masih terdapat debu

Kebersihan lingkungan rumah : Kurang baik karena kebiasaan tetangga sekitar membuang sampah di pinggir rel dan jarak rumah ke jalan raya sangat dekat sehingga banyak debu

Tempat pembuangan sampah : Tidak mempunyai tempat pembuangan sampah di depan rumah. Sampah dikumpulkan lalu dibakar

#### Sarana MCK

Jenis : WC jongkok

Jarak : 10 meter dari sumur

Sumber air bersih : Tidak berwarna, berasa, dan berbau

Kebersihan : Bersih

Keadaan penampungan air : Bersih dikuras 1x seminggu dan tertutup

Data dukung lainnya yang diperlukan :

Terdapat anggota keluarga yang merokok yaitu suami dan anak Ny.S

#### 4. STRUKTUR KELUARGA

Tipe keluarga : Nuclear Family

Peran anggota keluarga : Semua berperan sesuai dengan struktur dalam keluarga, ayah, ibu, dan anak

Komunikasi dalam keluarga : Komunikasi secara langsung dengan Bahasa Indonesia

Sumber-sumber keluarga : Sumberdaya keluarga yang digunakan saat adanya gangguan kesehatan adalah BPJS Mandiri dan penghasilan yang bersumber dari hasil kerja sebagai buruh

Sumber keluarga dalam kesehatan : BPJS MANDIRI

## 5. FUNGSI KELUARGA

### a. Kemampuan mengenal masalah kesehatan

Keluarga mengetahui tentang penyakit Asma, tanda dan gejalanya seperti batuk, sesak napas, suara napas wheezing. Serta faktor penyebab kekambuhan karena beraktivitas berat, udara dingin, dan debu. Persepsi keluarga tentang penyakit yaitu perlu disembuhkan namun tidak sampai dirawat di RS.

### b. Kemampuan mengambil keputusan

Keluarga tidak mengetahui bahaya penyakit prognosis dan komplikasinya yang ditimbulkan yaitu gagal napas. Keluarga memberikan dukungan perawatan kepada Ny.S dirumah karena takut akan terjadi kematian yang ditimbulkan dari penyakit Asma tersebut. Fasilitas kesehatan masih bisa dijangkau dengan kendaraan sepeda motor dan angkutan umum.

### c. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Anggota keluarga belum pernah menderita penyakit Asma. Ny.S mempunyai riwayat pengobatan penyakit Asma. Masalah dirasakan keluarga pasrah terhadap perawatan/therapy yang diberikan dari Puskesmas. Sumber dana keluarga untuk perawatan keluarga dari penghasilan suaminya .

### d. Kemampuan memelihara anggota keluarga yang sakit/memodifikasi Lingkungan

Upaya keluarga saat ini dalam pencegahan penyakit Asma yaitu menghindari faktor penyebab seperti udara dingin, debu, dan beraktivitas berat yang dapat menyebabkan keletihan. Keluarga hanya mengetahui sumber penyakit dari faktor penyebab. Keluarga mendukung terhadap upaya pengobatan dan perawatan Ny.S.

### e. Kemampuan Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan

Jangkauan sarana dan prasarana ke fasilitas kesehatan sangat terjangkau,tidak ada hambatan. Mengetahui keuntungan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan. Keluarga memiliki kepercayaan terhadap fasilitas kesehatan dan petugas kesehatan yaitu jika sakit

dibawa ke puskesmas akan mendapatkan pengobatan untuk penyakitnya, seperti pengalaman keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan ketika berobat demam dan batuk.

## B. DIAGNOSE KEPERAWATAN

### 1. Analisis Data

Tabel 3.2  
Analisa Data

NO	DATA DUKUNG	DIAGNOSE
1	2	3
1.	a. Data dukung penyakit 1) Sesak napas 2) Suara napas tambahan wheezing 3) RR = 28 x/menit 4) Batuk kering 5) Pernapasan dangkal b. Data dukung lainnya faktor resiko: Terdapat anggota keluarga yang meroko suami dan anak Ny.S	Pola Napas Tidak Efektif
2.	a. Data dukung penyakit a. Sesak setelah beraktivitas berat b. Mengatakan tidak nyaman setelah beraktivitas c. Tampak lemah d. RR = 28 x/menit b. Data dukung lainnya: Melakukan aktivitas berat: mencuci, membersihkan rumah	Intoleransi Aktivitas
3.	a. Data dukung penyakit 1) Sulit tidur 2) Sering terbangun pada malam hari karena sesak 3) Jumlah jam tidur $\leq$ 5 jam/hari b. Data dukung lainnya: terpapar udara dingin	Gangguan pola tidur

## 2. Prioritas Masalah

Tabel 3.3  
Berdasarkan Skala Prioritas (Maglaya, 2009)

No	Kriteria/sub kriteria	Bobot kriteria	Score sub kriteria
1	2	3	4
1	Sifat Masalah Skala : Aktual Resiko Potensial	1	3 2 1
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak Mudah	2	2 1 0
3	Potensi Masalah untuk Dicegah Skala : Tinggi Sedang Rendah	1	3 2 1
4	Menonjolnya Masalah Skala : Segera Tidak Perlu Tidak dirasakan	1	2 1 0

## 3. Penetapan Prioritas Masalah

Tabel 3.4  
Diagnose 1 Pola Nafas Tidak Efektif

No		scoring	Pembenaran
1	2	3	4
1	Sifat Masalah Skala : Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Ny.M mengalami batuk kering sesak napas RR= 28 x/menit Suara napas tambahan wheezing Pernapasan dangkal
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah	$2/2 \times 2 = 2$	Mudah : Klien menggunakan



<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	Skala : Mudah		BPJS mandiri ketika berobat dan transportasi ke puskesmas lancar dengan kendaraan bermotor dan angkutan umum.
3	Potensi Masalah untuk Dicegah Skala : Tinggi	$3/3 \times 1 = 1$	Tinggi : Ny.M mendapat dukungan penuh dari anggota keluarganya dalam pengobatan di fasilitas kesehatan.
4	Menonjolnya Masalah Skala : Segera	$2/2 \times 1 = 1$	Segera : Bila tidak segera ditangani maka akan terjadi gagal napas.
JUMLAH		5	

Tabel 3.5  
Diagnose 2 Intoleransi Aktivitas

<b>No</b>		<b>scoring</b>	<b>Pembenaran</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	Sifat Masalah : Skala : Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Sesak napas berat setelah melakukan aktifitas berat Tampak lemah
2	Kemungkinan Masalah dapat Diubah Skala : Sebagian	$1/2 \times 2 = 1$	Sebagian : Keluarga mendukung upaya perawatan, tetapi masih ada kebiasaan keluarga yang kurang baik yaitu suami dan anak Ny.S meroko, perlu waktu untuk merubah kebiasaan keluarga.

1	2	3	4
3	Potensi Masalah untuk dicegah Skala : Sedang	$2/3 \times 1 = 2/3$	Sedang : Mempunyai BPJS Mandiri sehingga beban biaya untuk perawatan tidak dirasakan. namun pekerjaan Ny.S sebagai ibu rumah tangga bisa mengakibatkan Ny.S merasa keletihan mengakibatkan asmanya kambuh.
4	Menonjolnya Masalah Skala : Segera	$2/2 \times 1 = 1$	Segera : Menghindari faktor pencetus: kerja berat, debu, dan udara dingin untuk menghindari kekambuhan.
		$3 \frac{2}{3}$	

Tabel 3.6  
Diagnose 3 Gangguan Pola Tidur

No		scoring	Pembenaran
1	2	3	4
1	Sifat Masalah : Skala : Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Pola tidur terganggu karena sesak Jumlah jam tidur 5 jam/hari
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Skala : Sebagian	$1/2 \times 2 = 1$	Sebagian : Ny.S menggunakan selimut untuk menghindari udara dingin walaupun terkadang masih terasa sesak.
3	Potensi Masalah untuk dicegah Skala : Rendah	$1/3 \times 1 = 1/3$	Rendah : Timbulnya sesak terjadi karena faktor terpapar udara dingin di malam hari.

1	2	3	4
4	Menonjolnya Masalah Skala : Segera	$2/2 \times 1 = 1$	Segera : Pola tidur akan tetap terganggu jika sesak napas sewaktu-waktu kambuh.
JUMLAH		3 1/3	

#### 4. Diagnosa Keperawatan

Setelah di prioritaskan, urutan diagnose keperawatan adalah:

##### a. Pola nafas tidak efektif

Data dukung penyakit :

- 1) Sesak napas
- 2) Suara napas tambahan wheezing
- 3) RR = 28 x/menit
- 4) Batuk kering
- 5) Pernapasan dangkal

Data dukung lainnya

Faktor resiko: Terdapat anggota keluarga yang meroko yaitu suami dan anak Ny.S

##### b. Intoleransi Aktifitas

Data dukung penyakit :

- 1) Sesak setelah beraktivitas berat
- 2) Mengatakan tidak nyaman setelah beraktivitas
- 3) Tampak lemah
- 4) RR = 28 x/menit

Data dukung lainnya:

Melakukan aktivitas berat: mencuci, membersihkan rumah

##### c. Gangguan Pola Tidur

Data dukung penyakit :

- 1) Sulit tidur
- 2) Sering terbangun pada malam hari karena sesak
- 3) Jumlah jam tidur  $\leq 5$  jam

Data dukung lainnya: terpapar udara dingin

### C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama : Ny.S dengan Dx. Medis Asma Bronkhial

Tabel 3.7  
Rencana Keperawatan

NO	Diagnose keperawatan	PERENCANAAN				
		TUM	TUK	Kriteria (NOC)	Standart	Intervensi (NIC)
1	2	3	4	5	6	7
1.	<p>Pola napas tidak efektif:</p> <p>a. Data dukung : Batuk kering Sesak napas Suara napas tambahan wheezing RR = 28 x / menit Pernapasan dangkal</p> <p>b. Data dukung lainnya: Terdapat anggota keluarga yang meroko</p>	<p>Dalam 3 kali kunjungan Sesak berkurang</p>	<p>1. Keluarga mampu mengenal masalah</p>	<p><b>Status Pernapasan</b> <b>Kode : 415( hal 556)</b> Kriteria hasil :</p> <p>a. Informasi tentang pengetahuan Asma bronkhial</p> <p>b. Frekuensi pernafasan normal: 16-24 x/menit</p> <p>c. Tidak terdapat suara nafas tambahan</p> <p>d. Tidak terjadi dispnea</p> <p>e. Irama pernapasan normal</p>	<p>Kognitif</p>	<p><b>1. Monitor Pernapasan</b> <b>Kode : 3350 (hal 236)</b></p> <p>a. Berikan penkes tentang Asma Bronkhial</p> <p>b.1 Monitor tanda-tanda vital 2 Monitor pola napas: takipnea</p> <p>c. Monitor suara napas tambahan wheezing</p> <p>d.1 Monitor keluhan sesak d.2 Posisikan pasien semi fowler</p> <p><b>2. Manajemen Asma</b> <b>Kode : 3210 (hal 155)</b></p> <p>e.1 Ajarkan teknik fisioterapi dada jika perlu</p>

1	2	3	4	5	6	7
						e.2 Tawarkan minum air hangat e.3 Ajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu
			2. Keluarga mampu mengambil keputusan	a. Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan b. Kesiapan care giver dalam perawatan di rumah c. Dukungan keluarga dalam pengobatan	afektif	a.1. Dukungan membuat keputusan 2. Dukungan membangun harapan 3. Dukungan emosional b. 1. Dukungan care giver 2. Dukungan pengasuhan c. Informasi dukungan pengobatan
			3. Keluarga mampu merawat	a. Status Pernapasan: 1) Teknik nonfarmakologi 2) Manajemen obat	Psikomotor	a. Manajemen jalan napas 1) Teknik Non farmakologi a) Fisioterapi dada jika terdapat sekret b) Posisi : Semi fowler c) Minum air hangat 2) Manajemen obat Terapi komplementer a) Inhalasi uap dengan minyak kayu putih b) membuat minuman air jahe dengan gula merah

1	2	3	4	5	6	7
				<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Kepatuhan : mengurangi aktivitas yang menyebabkan kelelahan</li> <li>c. Kemampuan keluarga dalam care giver (perawatan langsung)</li> <li>d. Menunjukkan peranan : berkomunikasi</li> <li>e. Status kesehatan personal</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Peningkatan peran serta keluarga</li> <li>c. Peningkatan keterlibatan keluarga dalam perawatan</li> <li>d.1 Peningkatan interaksi keluarga</li> <li>d.2 Peningkatan integritas (kekompakan) keluarga</li> <li>e. Peningkatan kesadaran diri terhadap kesehatan</li> </ul>
			4. Keluarga mampu memelihara kesehatan/ memodifikasi lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kontrol resiko : menghindari faktor pemicu asma kambuh</li> <li>b. Dukungan keluarga selama pengobatan</li> <li>c. Menyiapkan lingkungan rumah yang bersih</li> </ul>	Kog-aff- psikomtr	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi faktor resiko : menghindari aktivitas berat, terpapar langsung oleh udara dingin dan debu</li> <li>b. Dukungan SDK</li> <li>c. Managemen lingkungan rumah yang sehat</li> </ul>

1	2	3	4	5	6	7
			5. Keluarga mampu memanfaatkan Faskes	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan</li> <li>b. Prilaku mencari pelayanan kesehatan</li> <li>c. Kepuasan menuju akses sumber pelayanan kesehatan</li> </ul>	Kog-aff- psikomtr	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sumber pelayanan kesehatan</li> <li>b. Kunjungan pada fasilitas kesehatan</li> <li>c. Informasi terhadap upaya pemeliharaan kesehatan</li> </ul>


D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI (Catatan Perkembangan)


Nama : Ny.S dengan Dx. Medis : Asma Bronkhial

Tabel 3.8  
Catatan Perkembangan Hari Pertama

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Pelaksanaan	Evaluasi
1	2	3	4
1	Senin, 13 mei 2019 Pukul :14.00 WIB	<p>TUK 1: Keluarga mampu mengenal masalah</p> <p><b>1. Monitor Pernapasan</b></p> <p>a. Memberikan penkes tentang asma bronkhial</p> <p>b.1 Memonitor tanda-tanda vital : TD,Frekuensi RR,Nadi, Suhu</p> <p>b.2 Memonitor pola napas: Takipnea dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit RR normal : 16 – 24 x/menit RR tidak normal : &gt; 24x/menit</p> <p>c. Memonitor suara napas tambahan: terdapat wheezing</p> <p>d.1 Memonitor keluhan sesak: sesak napas (+)</p> <p>d.2 Mengatur posisi pasien semi fowler (pasien melalukan semi fowler )</p> <p><b>2. Manajemen Asma</b></p> <p>e.1 Mengajarkan teknik fisioterafi dada jika terdapat sekret : mengatur posisi duduk, menepuk-nepuk punggung klien (clapping), lalu meminta klien</p>	<p>Pkl.15.00 Wib</p> <p>S : Klien mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. masih merasakan sesak napas</li> <li>2. masih terdengar bunyi saat bernapas</li> <li>3. masih sulit menarik napas</li> </ol> <p>O : 1. Pernapasan dangkal 2. Suara napas tambahan wheezing (+) TD : 140/90 mmHg RR : 28 x/menit N : 90 x/menit S : 36,5 °C</p> <p>A: Pada pertemuan pertama,keluarga mulai mengenal masalah tentang Asma bronkhial, masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi pada tindakan yang belum terdapat kemajuan pencapaian hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pernapasan</li> </ol>




1	2	3	4
		<p>melakukan ekspirasi secara bersamaan melakukan vibrasi lalu meminta klien untuk batuk</p> <p>e.2 Menganjurkan klien minum air hangat</p> <p>e.3 Mengajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu: cuaca dingin, aktivitas berat dan debu</p>	<p>a.1 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>a.2 Monitor pola napas</p> <p>b. Monitor keluhan sesak</p> <p>2. Manajemen Asma</p> <p>a. Ajarkan fisioterapi dada</p> <p>b. Mengajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu</p> <p>Paraf Perawat :</p>  <p>Erina</p>
<p>Senin, 13 Mei 2019 Pukul :15.15 WIB</p>		<p>Tuk 2 : Mampu mengambil keputusan</p> <p>1. Memberi dukungan keputusan Memberi support pada keluarga untuk membuat keputusan yang berhubungan dengan penyakit : menjaga kebersihan rumah, mengatur posisi semi fowler bila sesak</p> <p>2. Membangun harapan Menjelaskan kepada keluarga bahwa Asma tidak terjadi kekambuhan jika menghindari faktor alergen yaitu debu, udara dingin, dan aktivitas berat</p>	<p>Pkl. 16.00 Wib</p> <p>S : Keluarga menyatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Siap melakukan upaya perawatan dan pengobatan dalam upaya penanganan penyakit Ny.S sebagai bentuk keputusan</li> <li>Melakukan care giver perawatan secara langsung</li> <li>Mendukung dalam pengobatan dan perawatan terhadap Ny.S</li> </ol> <p>O : Keluarga mampu mengambil keputusan terhadap Ny.S tentang perawatan di rumah maupun pengobatan menggunakan fasilitas kesehatan</p>


1	2	3	4
		<p>3. Dukungan emosional Memberi support yang mendukung, meminimalisir perasaan yang timbul pada keluarga akibat penyakit Ny.S : cemas, gelisah, takut, putus asa dll</p> <p>4. Dukungan care giver reinforcement terhadap upaya perawatan yang dilakukan oleh keluarga</p> <p>5. Dukungan pengasuhan Memberikan support kepada keluarga untuk terus melaksanakan pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam upaya penyembuhan penyakit Ny.S</p> <p>6. Informasi dukungan pengobatan Memberikan penjelasan tentang manfaat serta pengaruh yang baik dalam melakukan pengobatan di fasilitas kesehatan serta pengaruh jika tidak ditangani di fasilitas kesehatan</p>	<p>A : pada pertemuan pertama, keluarga mampu mengambil keputusan dalam upaya-upaya perawatan terhadap penyakit Ny.S, tujuan tercapai</p> <p>P : hentikan intervensi</p> <p>Paraf Perawat:</p>  <p>Erina</p>

Nama : Ny.S dengan Dx. Medis : Asma Bronkhial

Tabel 3.9  
Catatan Perkembangan Hari Kedua

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Pelaksanaan	Evaluasi
1	2	3	4
1	Selasa, 14 mei 2019 Pukul :10.00 WIB	<p>Tuk 1 : Mampu mengenal masalah</p> <p>1. Monitor pernapasan</p> <p>a.1 Memonitor tanda-tanda vital : TD, Frekuensi RR, Nadi, Suhu</p> <p>a.2 Memonitor pola napas: Takipnea dengan frekuensi pernapasan 26 x/menit)</p> <p>b. Memonitor keluhan sesak : sesak napas sedikit berkurang</p> <p>2. Manajemen Asma</p> <p>a. Mengajarkan teknik fisioterapi dada jika terdapat sekret : mengatur posisi duduk, menepuk-nepuk punggung klien (clapping), lalu meminta klien melakukan ekspirasi secara bersamaan melakukan vibrasi lalu meminta klien untuk batuk</p> <p>b. Mengajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu:cuaca dingin,aktivitas berat,debu</p>	<p>Pkl . 10.30 wib</p> <p>S : Klien mengatakan :</p> <p>1. sesak napas berkurang</p> <p>2. sedikit mampu menarik napas</p> <p>O: 1. Pernapasan dangkal</p> <p>2. Suara napas tambahan wheezing berkurang</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>RR : 26 x/menit</p> <p>N : 86 x/menit</p> <p>S : 36,6°C</p> <p>A : Pada pertemuan kedua, keluarga sudah mampu mengenal masalah tentang Asma bronkhial, walaupun masih terdapat tanda dan gejala namun akan di intervensi pada pertemuan selanjutnya pada TUK 3,tujuan tercapai.</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>


1	2	3	4
			Paraf Perawat :  Erina
	Selasa, 14 mei 2019 Pukul :10.45 WIB	Tuk 3 : Mampu merawat 1. Manajemen jalan napas a. Mengajarkan tehnik non farmakologi 1) Fisioterafi dada 2) Posisi : Semi fowler 3) Minum air hangat b. Managemen obat Mengajarkan tehnik komplementer uap air panas dengan minyak kayu rebusan air jahe dan gula merah untuk diminum 2. Redemonstrasi teknik non farmakologi dan tehnik komplementer oleh keluarga	Pkl. 11.45 Wib S : Ny.S dan keluarga mengungkapkan mau menggunakan perawatan asma dengan : 1. tehnik non farmakologi,yaitu: fisioterapi dada, posisi semi fowler,dan minum air hangat. 2. tehnik komplementer,yaitu : inhalasi uap dengan minyak kayu dan rebusan air jahe dengan gula merah O: 1. Keluarga mulai memahami merawat dengan tehnik non farmakologi dan tehnik komplementer 2. Keluarga mampu berkontribusi terhadap perawatan Ny.S


1	2	3	4
		<p>3. Meningkatkan peran serta keluarga mensupport keluarga untuk terlibat dalam upaya perawatan klien dalam mengawasi kebersihan rumah dari debu, kelembapan rumah dengan penataan barang-barang di dalam rumah</p> <p>4. Meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan: Reinforcement kepada keluarga terhadap peran dalam perawatan pada Ny.S</p> <p>5. Meningkatkan interaksi dan integritas (kekompakan) keluarga: Mengajak keluarga merawat klien dan saling mengingatkan dalam upaya melakukan perawatan terhadap Ny.S</p> <p>6. Meningkatkan kesadaran diri terhadap kesehatan: Memotivasi klien untuk menghindari faktor pencetus asma dan berperilaku hidup sehat</p>	<p>A : Pada pertemuan kedua, keluarga mulai mengerti melakukan perawatan dengan tehnik non farmakologi dan tehnik komplementer, Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. redemonstrasi tehnik non farmakologi dan tehnik komplementer oleh keluarga</li> <li>2. ingatkan keluarga dan klien dalam mengawasi kebersihan rumah dan penataan barang-barang di dalam rumah</li> <li>3. anjurkan klien untuk patuh menghindari faktor pencetus dan hidup sehat</li> <li>4. Reinforcement kepada keluarga terhadap peran dalam perawatan pada Ny.S</li> </ol> <p style="text-align: right;">Paraf Perawat :</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Erina</p>

Nama : Ny.S dengan Dx. Medis : Asma Bronkhial


Tabel 3.10  
Catatan Perkembangan Hari Ketiga

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Pelaksanaan	Evaluasi
1	2	3	4
1.	Rabu, 15 mei 2019 Pukul :10.00 WIB	<p>Tuk 3 : Mampu merawat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redemonstrasi teknik non farmakologi dan tehnik komplementer oleh keluarga               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. teknik non farmakologi                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fisioterapi dada</li> <li>2) Posisi:semi fowler</li> </ol> </li> <li>b. teknik komplementer                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) menggunakan inhalasi uap dengan minyak kayu putih</li> <li>2) menggunakan minuman air rebusan jahe dengan gula merah</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. Meningkatkan peran serta keluarga mensupport keluarga untuk terlibat dalam upaya perawatan klien dalam mengawasi kebersihan rumah dari debu, kelembapan rumah dengan penataan barang-barang di dalam rumah</li> <li>3. Meningkatkan kesadaran diri terhadap kesehatan: Memotivasi klien untuk menghindari faktor pencetus asma dan berperilaku hidup sehat</li> </ol>	<p>Pkl.11.00 WIB</p> <p>S : Ny.S dan keluarga menjelaskan cara perawatan asma dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tehnik non farmakologi: fisoterapi dada dan posisi semi fowler</li> <li>2. tehnik komplementer: minum rebusan air jahe dengan gula, serta inhalasi uap dengan minyak kayu putih</li> </ol> <p>O : 1. Keluarga telah mampu merawat dengan tehnik non farmakologi dan tehnik komplementer 2. Keluarga ikut berperan dalam upaya perawatan Ny.S secara langsung</p> <p>A : Pada pertemuan ketiga, keluarga sudah melakukan perawatan langsung pada Ny.S dengan tehnik non farmakologi dan tehnik komplementer. Tujuan tercapai</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>

1	2	3	4
		4. Reinforcement kepada keluarga terhadap peran dalam perawatan pada Ny.S	Paraf Perawat  Erina
	Rabu, 15 mei 2019 Pukul :11.30 WIB	Tuk 4 : Mampu memelihara kesehatan a. Mengidentifikasi faktor resiko : 1) menghindari aktivitas berat 2) terpapar langsung oleh udara dingin 3) debu b. Dukungan SDK Menggunakan sumberdaya keluarga seperti BPJS mandiri untuk pengobatan ke pelayanan kesehatan c. Mensupport keluarga untuk meningkatkan kebersihan rumah	Pkl. 14.30 Wib S : Ny.S dan keluarga mengatakan : 1. Mulai mengerti tentang pentingnya memelihara kesehatan dengan mengetahui faktor resiko kekambuhan Asma (udara dingin,aktivitas berat,debu) 2. Pentingnya menjaga lingkungan terhadap kesehatan O : Keluarga mendukung upaya pengobatan terhadap Ny.S A : Pada hari ketiga,keluarga mulai mengerti untuk pemeliharaan kesehatan,masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi,dengan RTL a. Memberi support terhadap integritas keluarga dalam memelihara kesehatan Ny.S

1	2	3	4
			<p>b. RTL: Pelaksanaan program melalui kunjungan rumah</p> <p>Paraf Perawat :</p>  <p>Erina</p>
	<p>Rabu, 15 mei 2019 Pukul :15.00 WIB</p>	<p>Tuk 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>a. Sumber pelayanan kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengidentifikasi pengetahuan Ny.S dan keluarga tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan, rujukan dan konsultasi kesehatan</li> <li>2) Menjelaskan sumber-sumber pelayanan kesehatan, mulai dari upaya pelayanan kesehatan dasar (Tk 1), pelayanan kesehatan lanjutan (Tk.2 dan tk 3)</li> </ol> <p>b. Kunjungan pada fasilitas kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengidentifikasi kunjungan Ny.S pada fasilitas kesehatan dasar : kunjungan berobat ke puskesmas</li> <li>2) Reinforcement terhadap perubahan yang ditunjukkan Ny.S dan keluarga : memberikan pujian</li> </ol>	<p>Pkl. 16.00 Wib</p> <p>S : Ny.S dan keluarga menyatakan sudah mempunyai kebiasaan memanfaatkan fasilitas ke puskesmas bila merasakan sakit</p> <p>O : Ny.S telah teregistrasi pada Puskesmas Kotabumi 2 dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan</p> <p>A : Pada kunjungan hari ketiga, Ny.S sudah mengerti tentang fasilitas kesehatan dan cara memanfaatkannya. Masalah teratasi, tujuan tercapai</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>



1	2	3	4
		c. Informasi terhadap upaya pemeliharaan kesehatan 1) memelihara kesehatan lingkungan 2) memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti puskesmas	Paraf Perawat :  Erina