

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “TN.E” DENGAN
GANGGUAN SISTEM RESPIRASI : ASMA BRONCHIAL DI RUANG
PERAWATAN INTERNA RSUD KOTA MAKASSAR
TANGGAL 30 MEI S/D 04 JUNI 2022**



**Karya Tulis Ilmiah Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
pendidikan pada program Studi D. III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

**NOVA DESNAM
C017191018**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : Nova Desnam

NIM : C017191018

INSTITUSI : D-III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien “ Tn. E” Dengan Gangguan Sistem Respirator : Asma Bronchial Di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar Tanggal 30 Mei S/D 04 Juni 2022, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sangsi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 20 Juni 2022

YANG MEMBUAT PERNYATAAN,



NOVA DESNAM

PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “ TN. E” DENGAN
GANGGUAN SISTEM RESPIRATOR : ASMA BRONCHIAL DI RUANG
PERAWATAN INTERNA RSUD KOTA MAKASSAR
TANGGAL 30 MEI S/D 04 JUNI 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh :

NOVA DESNAM
NIM. C017191018

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang
Program Studi D. III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
Makassar, 20 juni 2022

Menyetujui :

Pembimbing I



Dr. Takdir Tahir, S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 197704212009121003

Pembimbing II



Saldy Yusuf, S. Kep., MHS., Ph.D
Nip : 197810262018073001

Mengetahui :



Kejujuran Program Studi D. III Keperawatan

Nurmaulid, S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 198312192010122004

PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “TN.E” DENGAN
GANGGUAN SISTEM RESPIRASI : ASMA BRONCHIAL DI RUANGAN
PERAWATAN INTERNA RSUD KOTA MAKASSAR
TANGGAL 30 MEI S/D 04 JUNI 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh :

NOVA DESNAM
NIM.C017191018

Karya tulis ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Sidang
Program Studi D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin, pada :

Hari/Tangga : Senin, 20 Juni 2022

Waktu : 10.00 – 12.00

Tempat : Ruang 321 Prodi D.III Keperawatan

Tim Penguji :

- | | | |
|------------------|--|---------|
| 1. Ketua/Penguji | : Dr. Takdir Tahir, S. Kep., Ns., M. Kep | (.....) |
| 2. Penguji II | : Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., Ph. D | (.....) |
| 3. Penguji III | : Prof. Dr. Elly Lilianty Sjattar, S. Kep., M. Kes | (.....) |
| 4. Penguji IV | : Abdul Majid, S. Kep., Ns., M.Kep., Sp. KMB | (.....) |

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan

Nurmaulid .S. Kep.,Ns., M. Kep

NIP.198312192010122004



RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : Nova Desnam
2. Tempat/Tgl Lahir : Agats/05 Januari 1999
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Suku/Bangsa : Asmat
5. Agama : Kristen Protestan
6. No.Tlp : 081342171938
7. Email : novadesnam@gmail.com
8. Alamat : Wisma 2 Unhas Tamalanrea Jaya Km.10

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tamat SD : Tahun 2012
2. Tamat SMP : Tahun 2015
3. Tamat SMA : Tahun 2018

ABSTRAK

NOVA DESNAM *Asuhan keperawatan pada klien “ Tn. E” Dengan Gangguan Sistem Respirasi : Asma Bronchial Di ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar (dibimbing oleh Pak Takdir Tahir dan Pak Saldy Yusuf).*

Asma Bronchial, adalah tipe penyakit obstruksi jalan nafas yang bersifat hiper-reaktif. Pemicu yang mungkin menimbulkan respon hiperreaktif meliputi alergi, udara dingin dan aktifitas fisik. Kata hiperreaktivitas mengacu kepada kenyataan bahwa jalan nafas lebih cenderung melakukan konstriksi sebagai respon terhadap stimulasi ini. Sama seperti penyebab obstruksi yang lain, pasien akan memperlihatkan hiper-ekspansi dada, bunyi mengi (wheezing). Fase ekspirasi yang memanjang, penggunaan otot-otot aksesoris saat bernapas dan penurunan FEVI (Aoran, 2013).

Studi kasus ini dilakukan di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar selama 6 hari mulai tanggal 30 Mei s/d 04 Juni 2022. Sumber data dari klien, keluarga, catatan *medical record* dan penulis literatur yang berkaitan dengan kasus. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostic dan program pengobatan yang berpedoman pada format pengkajian keperawatan *medical bedah*. Studi kasus ini memberikan gambaran tentang penerapan asuhan keperawatan “Tn.E” dan kesenjangan antara teori dan kasus pada setiap tahapan proses keperawatan.

Pada tahap pengkajian ditemukan data pada teori tetapi tidak ditemukan pada kasus, sedangkan pada tahap diagnose di temukan Asma Bronchial dan 3 diagnosa ditemukan dikasus. Tahap perencanaan, semua rencana pada teori dapat di rencanakan pada kasus, evaluasi proses dilakukan hanya dilakukan 1 kali dalam 24 jam yang seharusnya dilakukan setiap shift dan setiap perubahan keadaan klien.

Kesimpulan dari studi kasus ini bahwa ke 4 tahap proses keperawatan meliputi : Pengkajian, diagnose keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan terhadap kesenjangan antara teori dan kasus. Kecuali pada tahap rencana keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara rencana keperawatan pada teori dan rencana keperawatan pada kasus. Pendokumentasian dilakukan selama 3 hari di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar mulai tanggal 30 Mei s/d 01 Juni 2022

Kata Kunci : *Bersihan jalan napas, Risiko kekurangan Nutrisi dan Ansietas.*

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang Mahas Esa karena atas segala Rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : *Asuhan keperawatan pada Tn.E dengan Gangguan Sistem Respirasi : Asma Bronchial Di ruang perawatan intena RSUD kota Makassar.*

Karya Tulis Ilmiah ini telah membantu penulis untuk belajar menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan ilmiah pada setiap tahap proses keperawatan. Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan mulai dari pengambilan kasus sampai pendokumentasiannya, namun berkat usaha, bantuan dan motivasi dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M. Sc, Rektor Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Bapak Elisa Kambu dan Thomas E Safanpo, ST, selaku Bupati dan wakil bupati pemerintah Daerah kabupaten Asmat.
4. Syahrul Said, S. Kep., Ns., M. Kes., Ph. D, selaku wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
5. Dr. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Wakil Dekan Bidang perencanaan, keuangan dan sumber daya Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
6. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan kemitraan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin., dan sekaligus pembimbing I.
7. Dr. Suni Hariati, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku ketua Gurus penjaminan Mutu Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
8. Nurmaulid, S.Kep., M.Kep, selaku ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
9. Saldy Yusus, S. Kep., Ns., MHS., Ph.D, selaku pembimbing II sekaligus penguji II.
10. Prof. Dr.Elly Lilianty Sjattar, S. Kep., M. Kes, selaku penguji III.

11. Abdul Majid, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. KMB Selaku penguji IV.
12. Dr.Djunaidi M Dachlan, MS, selaku pengelolah program studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
13. Klien “Tn.E”
14. Kepada Ayah tercinta Theodorus Desnam (Alm) dan Ibu Tercinta Antonia Dewen wanita hebatku yang selalu memberikan dukungan motifasi semangat belajar serta doanya sehingga saya dapat menyusun dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
15. Kepada Teman-teman D.III Keperawatan angkatan 2019 dan teman-teman lain yang telah banyak memberikan dorongan motifasi dan berbagai bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharpkan saran dari semua pihak terkait untuk kesempurnaan penulisan karya ilmiah yang akan datang.

Makassar 20 juni 2022

Penulis

NOVA DESNAM

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKAT	1
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	3
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Penyakit	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi	7
3. Insiden Penyakit	8
4. Anatomi	12
5. Fisiologi	14
6. Patofisiologi.....	15
7. Manifestasi Klinik	17
8. Pemeriksaan penunjang.....	19
9. Penatalaksanaan Medis.....	

	B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	22
	1. Pengkajian Keperawatan.....	23
	2. Diagnosa Keperawatan	24
	3. Rencana Keperawatan.....	25
	4. Implementasi Keperawatan.....	30
	5. Evaluasi Keperawatan.....	30
BAB III	TINJAUAN KASUS.....	32
	A. Pengkajian Keperawatan.....	32
	B. Diagnosa Keperawatan	43
	C. Rencana Keperawatan	43
	D. Implementasi Keperawatan/catatan perkembangan.....	46
	E. Evaluasi Keperawatan	46
BAB IV	PEMBAHASAN.....	51
	A. Pengkajian Keperawatan.....	51
	B. Diagnosa Keperawatan	52
	C. Rencana Keperawatan	53
	D. Tindakan Keperawatan	58
	E. Implementasi Keperawatan.....	60
	F. Evaluasi Keperawatan	61
BAB V	PENUTUP.....	63
	A. Kesimpulan	63
	B. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN-LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel	Keterangan	Halaman
Tabel 1	Rencana tindakan keperawatan	25
Tabel 2	Norton Scale	38
Tabel 3	Bartel Index	38
Tabel 4	Fall Risk	39
Tabel 5	Medikasi	39
Tabel 6	Pemeriksaan Laboratorium	41
Tabel 7	Analisa masalah keperawatan	42
Tabel 8	Rencana asuhan keperawatan	44
Tabel 9	Catatan perkembangan	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Keterangan	Halaman
Gambar 1	Anatomi system pernapasan	8
Gambar 2	Anatomi keadaan normal dan Asma Bronkhial	8
Gambar 3	Anatomi proses terjadinya pernapasan	12
Gambar 4	Anatomi proses terjadinya asma	15
Gambar 5	Anatomi terjadinya asma	15
Gambar 6	Genogram	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Daftar Lampiran
Lampiran 1	Anatomi sistem pernapasan
Lampiran 2	Logbook KTI
Lampiran 3	Halaman Pernyataan

DAFTAR SINGKATAN

FEV1	: Forced vital capacity
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
NO.RM	: Nomor Rekam medis
WHO	: World Health Organization
SIRS	: Sistem Informasi Rumah Sakit
PTM	: Penyakit Tidak menular
RI	: Republik Indonesia
KEMENKES	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
RSV	: Respiratory syncytial virus
IPTEK	: Ilmu pengetahuan dan Teknologi
GAN	: Gangguan Astma Network
ACE	: Angiotensi converting enzyme
EIA	: Exercise induced asthma
O ₂	: Oksigen
Co ₂	: Karbon dioksida
Pco ₂	: Tekanan parsial karbon dioksida
IgE	: Immunoglobulin
SGOT	: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase
LDH	: Laktat dehydrogenase
COPD/PPOK	: Penyakit paru obstruktif kronik
FEV1	: Ferced expiratory volume in one second
FRC	: Functional residual capacity
TRC	: Tim reaksi cepat
RBBB	: Right Bundble branch block
SVES	: Supraventricular extrasystol
VES	: Ventricular extrasystol.
SDKI	: Standar diagnose keperawatan Indonesia

SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Stan luaran keperawatan Indonesia
DLL	: Dan lain-lain.
SOAP	: Subjektif,Objektif Assessment dan Plan
BB	: Berat badan
TB	: Tinggi badan
IMT	: Indeks massa tubuh
GCS	: Glasgow coma scale
MCV	: Mean corpuscular volume
MCH	: Mean corpuscular haemoglobin
MCHC	: Mean corpuscular hemoglobin concentration
RDW-SD	: Red distribution width
PDW	: Platelet distribution width
MPV	: Mean platelet volume
P-LCR	: Platelet large cell ratio
PCT	: Procalcitonin
DO	: Data Objektif
DO	: Data Subjektif

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asma bronkchial, yaitu tipe penyakit obstruksi jalan napas yang bersifat hiper-reaktif. Pemicu yang mungkin menimbulkan respon hiperreaktif meliputi alergi, udara dingin dan aktivitas fisik. Kata hiperreaktivitas mengacu kepada kenyataan bahwa jalan napas lebih cenderung melakukan konstiksi sebagai respon terhadap stimulasi ini. Sama seperti penyebab obstruksi yang lain, pasien akan memperlihatkan hiper-ekspansi dada, bunyi mengi (wheezing), fase ekspirasi yang memanjang, penggunaan otot-otot aksesoris saat bernapas dan penurunan FEVI (Aaoran, 2013).

Asma menurut World Healt Organization (WHO) tahu 2016 sekitar 235 juta dengan angka kematian lebih dari 80% di Negara-negara berkembang. Asma merupakan problem kesehatan di seluruh dunia, yang mempengaruhi kurang lebih 1-18% populasi di berbagai Negara di dunia. Angka kematian di dunia akibat asma diperkirakan mencapai 250.000 orang pertahun. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit utama yang menyebabkan pasien memerlukan perawatan, baik di rumah maupun dirumah sakit maupun di rumah (Ikwati, 2016).

Angka kejadian asma di indonesi yng dilaporkan oleh puskesmas melalui system informasi surveilan penyakit tidak menular (PTM) menurut jenis kelamin adalah 18.748, dengan jumlah informasi terbanyak pada perempuan sebesar 10.353. Jumlah orang dengan penyakit asma menurut kelompok umur paling banyak pada kelompok umur 35-59 tahun sebanyak 7.694 (KEMENKES RI, 2017).

Terdapat bermacam-macam factor risiko yang bermakna pada kemungkinan perkembangan asma. Faktor-faktor ini termasuk riwayat alergi, asma, hay faver, atau eksema dalam keluarga. Pada kasus-kasus ini

mungkin sekali individu dengan asma bersifat atopic (memiliki system imun yang sangat responsive terhadap alergi).

Faktor lain termasuk : panjana alergen :infeksi saluran nafas yang sering, seperti yang disebabkan oleh respiratory syncyial virus (RSV), meroko, dan stress kronik. (Francis, C. 2006. Edisi Revisi, 2011).

Asma Bronchial menimbulkan gejala periodic berupa wheezing, sesak napas, dada terasa berat, dan batu-batuk terutama malam hari atau dini hari. Gejala ini berhbungan dengan luasnya inflamsi yang menyebabkan obstruksi jalan napas dengan derajat bervariasi dan bersifat reversible dengan atau tanpa pengobatan. Inflamsi menyebabkan peningkatan respon jalan napas terhadap berbagai rangsangan (Hasma, 2012).

Gejala ini menyebabkan ketidakefektifan pola napas. Ketidakefektifan pola napas adalah kondisi dimana individu mengalami penurunan ventilasi yang adekuat actual atau potensial, karena perubahan pola napas (Carpenito, 2009).

Pada masalah ketidakefektifan pola napas pada penderita asma bronchial dapat kita lakukan tindakan untuk mencega atau mengatasi kekambuhan penderita penyakit asma bronchial. Tindakan yang bisa dilakukan adalah memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, dan mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan (Nurarif & Kusuma, 2015).

Metode yang paling sederhana dan paling efektif dalam biaya untuk mengurangi risiko stasis secret pilmoal dan mengurangi risiko penurunan pengembangan dinding dada yaitu dengan pengaturan posisi saat istirahat. Posisi yang paling efektif bagi pasien dengan penyakit kardiopulmonal adalah posisi semi fowler dengan derajat kemiringan 45°, yaitu mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma (Potter, 2005 & Safitri, 2011).

Selain itu ajarkan teknik relaksasi napas dalam yaitu suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana melakukan nafas dalam, nafas lambat (memahami inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah (Andarmoyo, 2012).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mendapatkan gambaran penatalaksanaan Asuhan keperawatan pada Klien “Tn.E” Dengan Gangguan Sistem Respirasi : Asma Bronchial di ruang Perawatan Interna RSUD kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- Untuk mendapatkan gambaran data yang tercantum dalam teori dan data hasil pengkajian pada klien “Tn.E” dengan gangguan system respirasi : Asma Bronchial di ruang perawatan interna RSUD kota Makassar.
- Untuk mendapatkan gambaran diagnose keperawatan yang terdapat dalam teori dengan diagnose keperawatan pada klien “Tn.E” dengan gangguan system respirasi : Asma Bronchial di ruang perawatan interna RSUD kota Makassar.
- Untuk mendapatkan gambaran rencana keperawatan yang terdapat dalam teori dengan rencana keperawatan pada klien “Tn.E” dengan gangguan system respirasi : Asma Bronchial di ruang perawatan internal RSUD kota Makassar.
- Untuk mendapatkan gambaran antara tindakan keperawatan yang terdapat dalam teori dengan tindakan keperawatan pada klien “

Tn.E” dengan gangguan system respirasi : Asma Bronchial di ruang perawatan imterna RSUD kota Makassar.

- Untuk mendapatkan gambaran antara evaluasi keperawatan yang terdapat dalam teori dengan evaluasi keperawatan pada klien “Tn.E” dengan gangguan system respirasi : Asma Bronchial di ruang perawatan interna RSUD kota Makassar.

Manfaat Penulisan

1. Bagi penulis

Untuk mengembangkan ilmu maupun pengetahuan yang lebih luas tentang penyakit Asma Bronchial di ruang perawatan interna RSUD kota Makassar.

2. Bidang unit pelayanan kesehatan

Untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan klien “Tn.E” dengan gangguan sistem respirasi : Asma Bronchial di ruang perawatan interna RSUD kota Makassar.

3. Bidang Akademi

Untuk meningkatkan Ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) Keperawatan dan kualitas proses pendidikan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Agar pasien dan keluarga pasien mengetahui tentang penyakit dan perawatan pada klien “ Tn.E” dengan gangguan sistem respirasi : Asma Bronchial di ruang perawatan interna RSUD kota Makassar.

C. Metode Penulisan

Merupakan wadah untuk menjawab tujuan khusus yang mencakup:

1. Desain Penulisan

Desain penulisan yang di gunakan adalah deskripsi dengan metode studi kasus.

2. Tempat Waktu Pelaksanaan Studi Asuhan Keperawatan

Studi kasus asuhan keperawatan ini di lakukan di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar pada tanggal 31 Mei- 04 Juni 2022.

3. Sumber Data dan Teknik Pengumpulan Data

Sumber data dari studi kasus ini adalah “ Tn.E” Dengan diagnose medis Asma Bronchial prosedur pengumpulan data pada kasus dengan asuhan keperawatan yang dilakukan adalah dengan menggunakan lembar pengkajian keperawatan medical bedah, kemudian melakukan wawancara, observasi dengan klien untuk dijawab dan di isi.

- Sumber data dituliskan data primer dan sekunder

Data primer adalah data yang didapat secara langsung dari respon pasien yang menghasilkan informasi dan data sekunder adalah data yang di dapat dari hasil observasi.

- Teknik Pengumpulan Data

Misalnya melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dengan berpedoman pada format pengkajian keperawatan.

4. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan melakukan identifikasi gambaran kesenjangan pada masing-masing tahapan proses keperawatan antara teori dan temuan pada kasus. Dalam studi asuhan keperawatan ini merupakan data tunggal yang kemudian diolah dan dianalisis berdasarkan proses keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asma Bronchial

1. Pengertian

Asma bronchial adalah penyakit obstruksi saluran pernafasan akibat penyempitan saluran nafas yang sifatnya reversibel (penyempitan dapat hilang dengan sendirinya) yang ditandai oleh episode obstruksi pernafasan diantara dua interval asimtomatik (Djojodibroto, 2017). Asma bronchial adalah penyakit radang/inflamasi kronik pada paru, karena adanya penyumbatan saluran nafas (obstruksi) yang bersifat reversible, peradangan pada jalan nafas, dan peningkatan respon jalan nafas terhadap berbagai rangsangan hiperresponsivitas, obstruksi pada saluran nafas bisa disebabkan oleh spasme/ kontraksi otot polos bronkus, oedema mukosa bronkus dan sekresi kelenjar bronkus meningkat (Putri & Sumarno, 2014). Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan asma bronchial adalah penyakit saluran pernafasan yang terjadi karena adanya penyempitan saluran nafas yang mengakibatkan sesak nafas dimana fase inspirasi lebih pendek dari fase ekspirasi dan diikuti oleh bunyi mengi (wheezing).

2. Etiologi

Faktor penyebab asma bronchial menurut (Wijaya & putri 2013) adalah sebagai berikut:

- Alergi : Bila tingkat hiperaktivitas bronkus tinggi diperlukan jumlah alergi yang sedikit untuk menimbulkan serangan asma.
- Infeksi saluran pernapasan : Infeksi saluran pernapasan biasanya disebabkan oleh virus *Respiratory synchyhal virus* (RSV) dan virus para influenza.

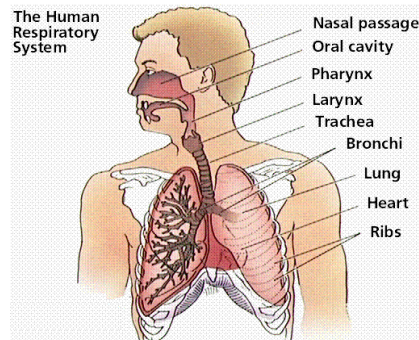
- Iritasi : Iritasi dapat di sebabkan oleh hairspray, minyak wangi, asap rokok, bau asam dari cat dan polutan udara, air dingin dan udara dingin.
- Refleks gastroesofagus : Iritasi trakeobronkheal karena isi lambung dapat memperberat penyakit asma.
- Psikologis : Hal ini dapat memicu stre yang akan menurunkan respon tubuh sehingga mudah terjadi inflamasi pada bronkus yang akan menimbulkan asma bronchial (Muttaqin, 2008).

3. Insiden penyakit

Asma pada anak di Negara Inggris termasuk gangguan pernapasan kronis yang paling umum pada masa anak-anak dengan prevalensi sekitar 10% dan merupakan salah satu penyebab anak putus sekolah. Prevalensi penyakit ini terus meningkat dalam dekade terakhir dan dua kali lebih banyak terjadi pada anak laki-laki dibanding anak perempuan (Barnes, 2013). Penyakit asma di Indonesia termasuk dalam sepuluh besar penyakit penyakit kesakitan dan kematian. Angka kejadian asma tertinggi dari hasil survey Riskesdas di tahun 2013 mencapai 4.5% dengan penderita terbanyak adalah perempuan yaitu 4.6% dan laki-laki sebanyak 4.4% (Kemenkes RI,2014).

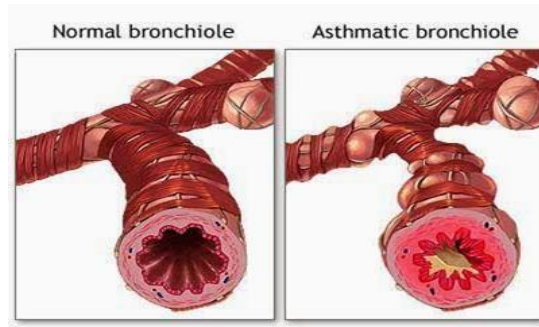
4. Anatomi

Gambar 1 Anatomi sistem pernapasan



<https://hellosehat.com/pernapasan/sistem-pernapasan-manusia/>

Gambar2 Anatomi keadaan normal dan *Asma Bronchial*



Smelzer, Suzzane C.2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth. Jakarta: EGC

a. Organ pernapasan

1) Hidung

Hidung atau nose atau nasal merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai dua lubang (kavum nasi), dipisahkan oleh sekat hidung (septum nasi). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu, dan kotoran yang masuk kedalam lubang hidung.

2) Faring

Faring atau tekak merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan, terdapat di bawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung, dan mulut sebelah depan ruas tulang

leher. Hubungan faring dengan organ-organ lain adalah ke atas berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantara lubang yang bernama koana, ke depan berhubungan dengan rongga mulut, tempat hubungan ini bernama *isthmus fausium*, ke bawah terdapat 2 lubang (ke depan lubang laring dan ke belakang lubang esofagus).

3) Laring

Laring atau pangkal tenggorokan merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara, terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra serviks dan masuk ke dalam trachea di bawahnya. Pangkal tenggorokan itu dapat ditutupi oleh sebuah empang tenggorokan yang biasanya disebut epiglottis, yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring.

4) Trakea

Trakea atau batang tenggorokan merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16 sampai 20 cincin yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti kuku kuda (huruf C) sebelah dalam diliputi oleh selaput lender yang berbulu getar yang disebut sel bersilia, hanya bergerak ke arah luar. Panjang trakea 9 sampai 11 cm dan di belakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos.

5) Bronkus

Bronkus atau cabang tenggorokan merupakan lanjutan dari trakea, ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian vertebra torakalis IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus itu berjalan ke bawah dan samping ke arah tampuk paru-paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar daripada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari yang kanan, terdiri dari 9-12 cincin mempunyai 2 cabang. Bronkus bercabang-bercang, cabang yang lebih kecil disebut bronkiolus (bronkioli).

Pada bronkioli tidak terdapat cincin lagi, dan pada ujung bronkioli terdapat gelombang paru atau gelombang hawa atau alveoli.

6) Paru-paru

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (gelembung hawa atau alveoli). Gelembung alveoli ini terdiri dari sel-sel epitel dan endotel. Jika dibentang luas permukaannya kurang lebih 90 m². Pada lapisan ini terjadi pertukaran udara, O₂ masuk ke dalam darah dan CO₂ dikeluarkan dari darah. Banyaknya gelembung paru-paru ini kurang lebih 700.000.000 buah (paru-paru kiri dan kanan) paru-paru dibagi dua yaitu paru-paru kanan, terdiri dari 3 lobus (belahn paru), lobus Pulmo dekstra superior, lobus media, dan lobus inferior. Tiap lobuster susun oleh lobus.

Paru-paru kiri, terdiri dari pulmo sinistra lobus superior dan lobus inferior. Tiap-tiap lobus terdiri dari belahan yang kecil bernama segmen. Paru-paru kiri mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, dan 5 buah segmen pada segmen pada inferior. Paru-paru kanan mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, 2 buah segmen pada lobus medialis, dan 3 buah segmen pada lobus inferior.

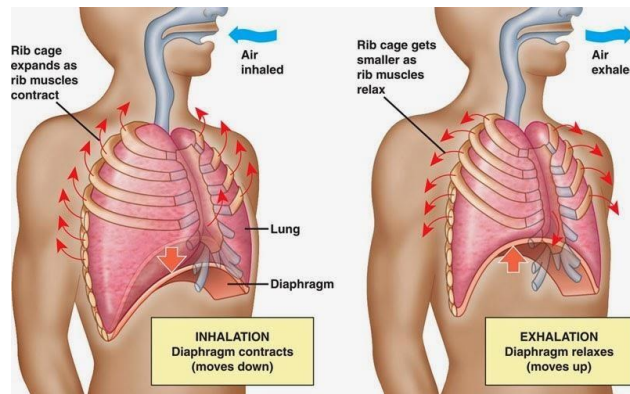
Tiap-tiap segmen ini masih terbagi lagi menjadi belahan-belahan yang bernama lobus. Di antara, lobus satu dengan yang lainnya di batasi oleh jaringan ikat yang berisi pembuluh darah getah bening dan saraf dan tiap lobus terdapat sebuah bronkiolus. Di dalam lobus bronkiolus ini bercabang-cabang banyak sekali cabang ini disebut duktus alveolus. Tiap duktus alveolus berakhir pada alveolus yang diameternya menghadap ke tengah rongga dada atau kavum mediastinum. Pada bagian tengah terdapat tampak paru-paru atau hilus.

Pada mediastinum depan terletak jantung paru-paru di bungkus oleh selaput yang bernama pleura. Pleura di bagi menjadi 2 yaitu yang pertama pleura visceral (selaput dada pembungkus)

yaitu selaput paru yang langsung membungkus paru-paru ke dua pleura parietal yaitu selaput yang melapisi rongga dada sebelah luar. Antara keadaan normal, kavum pleura ini yang vakum (hampa) sehingga paru-paru dapat berkembang kempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk meminyaki permukaannya (pleura), menghindarkan gesekan antar paru-paru dan dinding dada sewaktu ada gerakan bernapas.

5. Fisiologi

Gambar 3 Anatomi proses terjadi pernapasan



<https://jagad.id/sistem-pernapasan-manusia-fungsi-keterangan-dan-gambarnya/>

Pernapasan (respirasi) adalah peristiwa menghirup udara dari luar yang mengandung oksigen serta menghembuskan udara yang banyak mengandung karbondioksida sebagai sisa dari oksidasi keluar dari tubuh. Penghisapan udara ini disebut inspirasi dan menghembuskan disebut ekspirasi. Jadi, dalam paru-paru terjadi pertukaran zat antara oksigen yang ditarik dan udara masuk kedalam darah dan CO₂ dikeluarkan dari darah secara osmosis

Kemudian CO₂ dikeluarkan melalui trakea respiratorius (jalan pernapasaan) dan masuk kedalam tubuh melalui kapiler-kapiler vena pulmonalis kemudian masuk ke serambi kiri jantung (atrium sinistra) menuju ke aorta kemudian ke seluruh tubuh (jaringan-jaringan dan sel-sel), di sini terjadi oksigen (pembakaran) sebagai sisa dari pembakaran adalah CO₂ dan dikeluarkan melalui peredaran darah masuk ke jantung (serambi kanan atau atrium dekstra) menuju ke bilik kanan (ventrikel dekstra) dan dari sini keluar melalui atrium pulmonalis ke jaringan paru-paru. Akhirnya dikeluarkan menembus lapisan epitel dari alveoli. Proses pengeluaran CO₂ ini adalah sebagian dari sisa

metabolism, sedangkan sisa dari metabolisme lainnya akan dikeluarkan melalui traktus urogenitalis dan kulit.

Setelah udara dari luar diproses, di dalam hidung masih terjadi perjalanan panjang menuju paru-paru (sampai alveoli). Pada laring terdapat epiglottis yang berguna untuk menutup laring sewaktu menelan, sehingga makanan tidak masuk trakea, sedangkan waktu bernapas epiglottis terbuka, begitu seterusnya. Jika makanan masuk ke dalam laring, maka akan mendapat serangan batuk, hal tersebut untuk mencoba mengeluarkan makanan tersebut dari laring.

Terbagi dalam 2 bagian yaitu inspirasi (menarik napas) dan ekspirasi (menghembuskan napas). Bernapas berarti melakukan inspirasi dan ekspirasi secara bergantian, teratur, berirama, dan terus menerus. Bernapas merupakan gerak reflex yang terjadi pada otot-otot pernapasan. Refleks bernapas ini diatur oleh pusat pernapasan yang terletak di dalam sumsum penyambung (medulla oblongata). Oleh karena seseorang dapat menahan, memperlambat, atau mempercepat napasnya, ini berarti bahwa reflex bernapas juga dibawah pengaruh korteks serebri. Pusat pernapasan sangat peka terhadap kelebihan kadar CO₂ dalam darah dan kekurangan dalam darah. Inspirasi terjadi bila muskulus diafragma telah mendapat rangsangan dari nervus frenikus lalu mengerut datar. Muskulus interkostalis yang letaknya miring, setelah, mendapat rangsangan kemudian mengerut dan tulang iga (kosta) menjadi datar. Dengan demikian jarak antara sternum (tulang dada) dan vertebrata semakin luas dan melebar. Rongga dada membesar maka pleura akan tertarik, yang menarik paru-paru sehingga tekanan udara di dalamnya berkurang dan masuklah udara dari luar.

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.

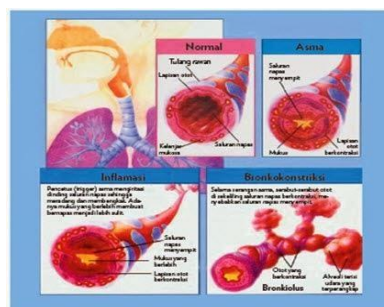
Pernapasan dada, pada waktu bernafas diafragma turun naik, maka ini dinamakan pernapasan perut. Kebanyakan pada orang tua, karena tulang rawanya tidak begitu lembek dan bingkas lagi yang disebabkan oleh banyak zat kapur yang mengendap di dalamnya dan banyak di temukan pada laki-laki.

6. Patofisiologi

Asma timbul karena seseorang yang atopik (alergik) akibat pemaparan alergi. Alergi yang masuk tubuh akan ditangkap oleh makrofag dan selanjutnya akan merangsang pembentukan IgE. IgE akan segera diikat oleh mastosit yang ada dalam jaringan dan basophil yang ada dalam sirkulasi.

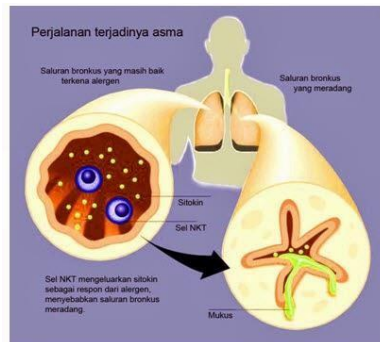
Ikatan tersebut akan menimbulkan influk Ca^{++} ke dalam sel dan terjadi perubahan dalam sel yang menurunkan kadar Camp. Kadar Camp yang menurun itu akan menimbulkan degranulasi sel berupa histamin dan kinin. Akibat dari bronkospasme akan terjadi penyempitan bronkus dan percabangannya sehingga akan menimbulkan rasa sesak, nafa berbunyi (wheezing) dan batuk yang produktif. Tanda gejala tersebut merupakan tanda dari asma bronkiale (Muttain.2008).

Gambar 4 Anatomi proses terjadinya asma



<https://aguskrisnoblog.wordpress.com/2012/01/12/fenomena-hereditas-penderita-penyakit-asma-dalam-perspektif-genetika-populasi-di-indonesia/>

Gambar 5 Anatomi terjadinya asma



<https://aguskrisnoblog.wordpress.com/2012/01/12/fenomena-hereditas-penderita-penyakit-asma-dalam-perspektif-genetika-populasi-di-indonesia/>

7. Mekanisme klinis

Gambar klasik penderita asma berupa sasak napas, batuk-batuk dan mengi (wheezing) 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. Tetapi untuk melihat tanda dan gejala asma sendiri dapat digolongkan menjadi :

a. Asma tingkat I

Yaitu penderita asma yang secara klinis normal tanpa tanda dan gejala asma atau keluhan khusus baik dalam pemeriksaan fisik maupun fungsi paru. Asma akan muncul bila penderita terpapar factor pencetus atau saat dilakukan tes provokasi bronchial di laboratorium.

b. Asma tingkat II

Yaitu penderita asma yang secara klinis maupun pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, tetapi dengan tes fungsi paru Nampak adanya obstruksi saluran pernapasan. Biasanya terjadi setelah sembuh dari serangan asma.

c. Asma tingkat III

Yaitu penderita asma yang tidak memiliki keluhan tetapi pada pemeriksaan fisik dan tes fungsi paru memiliki tanda-tanda obstruksi. Biasanya penderita merasa tidak sakit tetapi bila pengobatan dihentikan asma akan kambuh.

d. Asma tingkat IV

Yaitu penderita asma yang sering kita jumpai di klinik atau rumah sakit yaitu dengan keluhan sesak napas, batuk atau napas bunyi. Pada serangan asma ini dapat dilihat yang berat dengan gejala-gejala yang makin banyak antara lain :

- Kontraksi otot-otot bantu pernapasan, terutama sternokliedo mastoideus.
- Sianosis
- Silent Chest
- Gangguan kesadaran
- Tampak lelah
- Hiperinflasi thoraks dan takhikardi.

e. Asma tingkat V

Yaitu status asmatikus yang merupakan suatu keadaan darurat medis beberapa serangan asma yang berat bersifat refrakter sementara terhadap pengobatan yang lazim dipakai. Karena pada dasarnya asma bersifat reversible maka dalam kondisi apapun diusahakan untuk mengembalikan napas ke kondisi normal.

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Sputum

Pada pemeriksaan sputum ditemukan :

- Kristal-kristal *charcot leyden* yang merupakan degranulasi dari Kristal eosinophil.

- Terdapatnya spiral curschman, yakni spiral yang merupakan silinder sel-sel cabang-cabang bronkus
- Terdapat creole yang merupakan fragmen dari epitel bronkus
- Terdapatnya neutrophil eosinophil.

b. Pemeriksaan Darah

Pada pemeriksaan darah yang rutin diharapkan eosinophil meninggi, sedangkan leukosit dapat meninggi atau normal, walaupun terdapat komplikasi asma.

1) Gas analisa darah

Terdapat hasil aliran darah yang variable, akan tetapi bila terdapat peninggian PaCO₂ maupun penurunan Ph menunjukkan prognosis yang buruk kadang-kadang pada darah terdapat SGOT dan LDH yang meninggi Hiponatremi 15.000/mm³ menandakan terdapat infeksi pada pemeriksaan factor alergi terdapat IgE yang meninggi pada waktu serangan, dan menurun pada waktu penderita bebas dari serangan.

2) Pemeriksaan tes kulit untuk mencari factor alergi dengan berbagai alerginya dapat menimbulkan reaksi yang positif pada tipe asma atopik.

3) Foto rontgen

Pada umumnya, pemeriksaan foto rontgen pada asma normal. Pada serangan asma, gambaran ini menunjukkan hiperinflasi paru berupa radiolusen yang bertambah, dan pelebaran rongga intercostal serta diafragma yang menurun. Akan tetapi bila terdapat komplikasi, kelainan yang terjadi bila terdapat komplikasi, kelainan yang terjadi adalah :

- Bila disertai dengan bronchitis, bercakan hilus akan bertambah.
- Bila terdapat komplikasi emfisema (COPD) menimbulkan

gambaran yang bertambah.

- Bila terdapat komplikasi pneumonia maka terdapat gambaran infiltrat pada paru.

4) Pemeriksaan faal paru

- Bila FEVI lebih kecil dari 40%, 2/3 penderita menunjukkan penurunan tekanan sistolnya dan bila lebih rendah dari 20%, seluruh pasien menunjukkan penurunan tekanan sistolik.
- Terjadi penambahan volume paru yang meliputi RV hamper terjadi pada seluruh asma, FRC selalu menurun, sedangkan penurunan TRC sering terjadi pada asma yang berat.

5) Elektrokardiografi

Gambar elektrokardiografi selama terjadi serangan asma dapat dibagi atas tiga bagian dan disesuaikan dengan gambaran emfisema paru, yakni :

- Perubahan aksis jantung pada umumnya terjadi deviasi aksis ke kanan dan rotasi searah jarum jam.
- Terdapatnya tanda-tanda hipertrofi jantung, yakni terdapat RBBB
- Tanda-tanda hipoksemia yakni terdapat sinus takikardi, SVES, dan VES atau terjadinya relative ST depresi.

9. Pemeriksaan Medis

Pengobatan asthma secara garis besar dibagi dalam pengobatan non farmakologik dan pengobatan farmakologi.

a. Pengobatan non Farmakologi

- Penyuluhan

Penyuluhan ini ditujukan pada peningkatan pengetahuan pasien tentang penyakit asma sehingga pasien secara sadar menghindari factor-faktor pencetus, serta menggunakan obat secara benar dan berkonsultasi pada tim kesehatan.

- Menghindari factor pencetus

Pasien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan asma yang ada pada lingkungannya, serta diajarkan cara menghindari dan mengurangi factor pencetus, termasuk pemasukan cairan yang cukup bagi pasien.

- Fisioterapi

Fisioterapi dapat digunakan untuk mempermudah pengeluaran mucus. Ini dapat dilakukan dengan drainage postural, perkusi dan fibrasi dada.

b. Pengobatan Farmakologik

- Agonis beta

Bentuk aerosol bekerja sangat cepat diberikan 3-4 kali semprot dan jarak antara semprotan pertama dan kedua adalah 10 menit. Yang termasuk obat ini adalah metaproterenol (Alupent, metrapel).

- Metil Xantin

Golongan metil xantin adalah aminophilin dan teopilin, obat ini diberikan bila golongan beta agonis tidak memberikan hasil yang memuaskan. Pada orang dewasa diberikan 125-200 mg 4 kali sehari.

- Kortikosteroid

Jika agonis beta dan metil xantin tidak memberikan respon yang baik, harus diberikan kortikosteroid. Steroid dalam bentuk aerosol (beclometason dipropionate) dengan di isi 800 mg 4 kali semrot tiap hari. Karena pemberian steroid yang lama mempunyai efek samping maka yang mendapat steroid jangka lama harus diawasi dengan ketat.

- Kromolin

Kromolin merupakan obat pencegah asma, khususnya anak-anak. Dosisnya berkisar 1-2 kapsul 4 kali sehari.

- Ketotifen

Efek kerja sama dengan kromolin dengan dosis 2 x 1 mg perhari. Keuntungannya dapat diberikan secara oral.

- Ipratropium bromide (Atroven)

Atroven adalah antikolinergik, diberikan dalam bentuk aerosol dan bersifat bronkodilator.

c.

Pengobatan selama serangan status asthmaticus

- Infus RL : D5 = 3 : 1 tiap 24 jam
- Pemberian oksigen 4 liter/menit melalui nasal kanul
- Aminophilin bolus 5 mg/kg bb diberikan pelan-pelan selama 20 menit dilanjutkan drip RL atau D 5 mentence (20 tetes/menit) dengan dosis 20 mg/kg bb/24 jam.
- Terbutalin 0, 25 mg/6 jam secara sub kutan.
- Dexamatason 10-20 mg/6 jam secara inta vena.
- Antibiotik spectrum luas.

B. Konsep Dasar Asuhan Kepeawatan

Menurut Wijaya dan Putri (2014) pengkajian yang digunakan pada pasien dengan asma yaitu :

1. Pengkajian Keperawatan
 - a. Identitas klien : Meliputi nama, Usia, Jenis kelamin, Ras dan lain-lain.
 - b. Informasi dan diagnose medic penting
 - c. Data riwayat kesehatan pernah menderita penyakit asma sebelumnya, menderita kelelahan yang amat sangat dengan sianosis pada ujung jari.
2. Riwayat kesehatan sekarang
 - a. Biasanya klien sesak napas, batuk-batuk, lesu tidak bergairah, pucat tidak ada nafsu makan, sakit pada dada dan pada jalan napas.
 - b. Sesak setelah melakukan aktifitas
 - c. Sesak napas karena perubahan udara dan debu
 - d. Batuk dan susah tidur karena nyeri dada.
3. Riwayat kesehatan keluarga
 - a. Riwayat keluarga yang memiliki asma
 - b. Riwayat keluarga yang menderita penyakit alergi seperti rinitis alergi, sinusitis, dermatitis, dan lain-lain.
4. Aktivitas/ istirahat
 - a. Kelelahan, kelelahan, malaise.
 - b. Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernapas.
 - c. Ketidakmampuan untuk tidur perlu tidur dalam posisi duduk tinggi.
 - d. Dispnea pada saat istirahat, aktifitas dan hiburan
 - e. Sirkulasi : Pembengkakan pada ekstremitas bawah
 - f. Integritas ego terdiri dari peningkatan factor risiko dan perubahan pola hidup

- g. Makanan dan cairan : mual/muntah, napsu makan menurun, ketidakmampuan untuk makan
- h. Pernapasan
- i. Napas pendek, dada rasa tertekan dan ketidakmampuan untuk bernapas
- j. Batuk dengan produktif sputum berwarna keputihan
- k. Pernapasan biasanya cepat, fase ekspirasi biasanya memanjang
- l. Penggunaan otot bantu pernapasan
- m. Bunyi napas mengi sepanjang area paru pada ekspirasi dan kemungkinan selama inspirasi berlanjut sampai penurunan/tidak adanya bunyi napas.
- n. Keamanan : riwayat reaksi alergi/sensitive terhadap zat
- o. Harapan keluarga perlu dikaji harapan keluarga terhadap perawat (petugas kesehatan) untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi.

5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien asma menurut SDKI (2017) dan Donsu, Induniasih, dan purwwanti (2015) yaitu :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikn perawatan bagi anggota yang sakit
- c. Pola napa tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit
- d. Ansietas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam merawat anggota yang sakit.

6. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnose keperawatan yang muncul. Rencana keperawatan berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) dapat dijabarkan dalam tabel sebagai berikut:

Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan (SLKI, 2019)	Intervensi (SIKI, 2018)
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan jalan napas klien tetap paten dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Gelisa menurun 6. Frekuensi nafas membaik 7. Pola napas membaik	Intervensi : Manajemen jalan napas Observasi • Monitor bunyi napas tambahan. • Monitor sputum Terapeutik • Posisikan semifowler atau fowler • Berikan oksigen jika perlu. Edukasi • Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. Intervensi : Manajemen Asma Observasi • Monitor frekuensi dan keadaan napas • Monitor tanda dan gejala hipoksia • Monitor bunyi napas tambahan.

			<p>Teraeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan posisi semifowler 30-45° <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan meminimalkan ansietas yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen • Anjurkan bernapas lambat dan dalam. • Ajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu.
2.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan anggotanya yang sakit</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan pernapasan pasien membaik,dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran pasien meningkat 2. Bunyi napas tambahan menurun. 3. Gelisah menurun 4. Napas cuping hidung menurun. 	<p>Pementauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor frekuensi,irama,ke dalaman dan upaya napas • Monitor pola napas • Monitor kemampuan batuk efektif • Monitor adanya produksi sputum • Monitor adanya sumbatan jalan napas • Palpasi kesimetrisan ekspansi paru • Auskultasi bunyi napas • Monitor satuan oksigen. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

			<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasi hasil pantaua <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan. <p>Intervensi :Dukungan ventilasi.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas • Monitor status respirasi dan oksigenasi <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan napas • Berikan posisi semifowler atau fowler • Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam • Ajarkan teknik batuk efektif.
3.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pola napas pasien kembali normal, dengan kriteria hasil : 1. Tekanan ekspirasi dan inspirasi meningkat 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas kembali 4. Kedalaman napas	Manajemen jalan napas Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semifowler atau fowler. • Berikan oksigen jika perlu

		membalik.	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik batuk efektif <p>Intervensi : Dukungan ventilasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas • Monitor status respirasi dan oksigenasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan napas • Berikan posisi semifowler atau fowler • Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam.
4.	Ansietas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam merawat anggota yang sakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kecemasan pasien berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Frekuensi pernapasan menurun 5. Frekuensi nadi menurun 6. Tekanan darah menurun 7. Pucat menurun 8. Konsentrasi membaik. 	<p>Terapi relaksasi otot progresif</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman • Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks • Monitor adanya indikator tidak rileks <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi

			<ul style="list-style-type: none"> • Berikan posisi yang nyaman bersandar dikursi atau posisi tidur • Beri waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit • Ajarkan langkah-langkah sesuai prosedur • Anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 4-8 kali • Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram • Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang • Anjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks • Anjurkan bernapas dalam dan perlahan.
--	--	--	--

7. Implementasi Keperawatan

Menurut (Snyder, 2010), implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminology NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya tindakan keperawatan yang dilakukan harus sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi klien, sesuai dievaluasi mengenai keefektifan dan selalu mendokumentasikan dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, melalui intervensi keperawatan, dan mendokumentasikan tindakan dan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Debora, 2013).

8. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respons klien kearah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2009). Menurut (Deswani, 2011), evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program sesuai dan menapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan. Menurut Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany (2013), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subyektif, obyektif, assessment, planing). Komponen SOAP yaitu S (subyektif) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan. O (obyektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan. A (assesment) adalah kesimpulan dari data subyektif dan obyektif (biasanya

ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). P (planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan/dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.