

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ASMA  
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS  
DI RUANG BOUGENVILLE II  
RSUD CIAMIS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli  
Madya keperawatan (A.Md.kep) Pada Prodi DIII keperawatan  
Universitas Bhakti Kencana  
Bandung

Oleh :

DWI MEGA ALFI JULIANTI

AKX. 17. 023



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA**

**2020**

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Dwi Mega Afi Julianti  
NIM : AKX.17.023  
Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti  
Kencana  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Dengan Ketidakefektifan  
Pola Nafas Di Ruang Bougenville II RSUD Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik (diploma atau sarjana), baik di Universitas Bhakti kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, 21 Juli 2020

Yang Membuat Pernyataan

  
Dwi Mega Afi Julianti  
AKX.17.023  
6000  
ENAM RIBU  
AKX.17.023

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ASMA DENGAN  
KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS  
DI RUANG BOUGENVILLE II  
RSUD CIAMIS**

**OLEH**

**DWI MEGA ALFI JULIANTI**

**AKX. 17. 023**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

**Menyetujui**

**Pembimbing Utama**



**Sri Sulami, S.Kep., MM**

**NIP. 10115176**

**Pembimbing pendamping**



**Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners**

**NIP : 10114149**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Dede Nur Azim M, M.Kep**

**NIK. 02001020009**

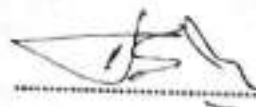
**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ASMA DENGAN  
KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS  
DI RUANG BOUGENVILLE II  
RSUD CIAMIS**

**OLEH  
DWI MEGA ALFI JULIANTI  
AKX.17.023**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal, 21 Juli 2020

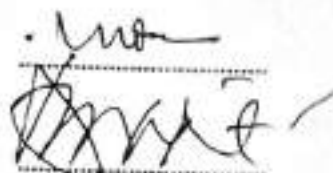
**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Sri Sulami, S.Kep., MM  
(Pembimbing Utama)**



**Anggota :**

**1. A. Aep Indarna, M.Pd  
(Penguji I)**



**2. Agus MD, M.Kes  
(Penguji II)**

**3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners  
(Pembimbing Pendamping)**



**Mengetahui,**

**Fakultas Keperawatan  
Dekan,**



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**

**NIK. 020007020132**

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Asma merupakan gangguan inflamasi kronis di jalan napas akibat adanya inflamasi atau pembengkakan dinding dalam saluran napas. Akibatnya saluran napas menyempit, dan jumlah udara yang masuk ke dalam paru berkurang. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2018 mencatat 57,5% orang terkena penyakit asma di daerah Jawa Barat. Tanda dan gejala pada klien asma diantaranya napas berbunyi (*wheezing*), batuk-batuk, dada sesak, dan gangguan bernapas. Gejala klinis yang khas adalah kesulitan dalam bernapas dan suara mengi (*wheezing*). Hal ini menyebabkan penulis mengangkat masalah keperawatan ketidak efektifan pola napas. **Tujuan:** Memahami asuhan keperawatan secara komprehensif baik biologi, psikologi, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien asma dengan ketidak efektifan pola napas. **Metode Penelitian:** Studi kasus dengan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumen. Subjeknya dua klien dengan asma. **Hasil:** Masalah ketidak efektifan pola napas : setelah dilakukan intervensi keperawatan, teknik pernafasan *buteyko* selama 3 hari pada klien 1 tidak merasakan sesak lagi, tidak ada napas cuping hidung, TD : 120/80 mmHg, N : 82 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,9 °C. Pada klien 2 tidak merasakan sesak, tidak ada napas cuping hidung, TD : 110/70 mmHg, N : 84x/menit, R : 20x/menit, S : 36°C. **Diskusi:** Pasien asma dengan masalah ketidak efektifan pola napas tidak selalu memiliki respon yang sama yang dapat dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien. Maka penulis mengharapkan pihak rumah sakit dan institusi pendidikan melengkapi keterbatasan alat untuk melakukan pemeriksaan fisik saat pengkajian dan untuk pihak institusi pendidikan menyediakan buku - buku yang lebih terbaru mengenai asuhan keperawatan pada pasien asma yang dapat memperkaya wawasan dalam penyusunan karya tulis. Sehingga perawat harus dan dapat melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif untuk menangani masalah keperawatan setiap pasien.

Kata kunci: Asma, Asuhan Keperawatan, Ketidakefektifan Pola Napas

Daftar Pustaka: 13 Buku Sumber (2009-2019), 4 Jurnal (2014-2019), 2 Website.

## ABSTRACT

**Background:** *asthma is a chronic inflammatory disorder on the way of the breath due to inflammation or swelling of the walls in the airways. As a result the airway narrows, and the amount of air entering the lungs decreases. The Ministry of Health of the Republic of Indonesia in 2018 recorded 57.5% of people affected by asthma in West Java. Signs and symptoms of asthma clients in wheezing, coughing, chest tightness, and breathing disorders. Clinical symptoms in a typical asthma client are repetitive shortness of breath and wheezing. This causes the authors raised the problem of nursing ineffective breathing patterns. Research Purpose : To comprehensively understand nursing care in terms of biology, psychology, social and spirituality with the nursing process approach in asthma patients with ineffective breathing patterns. Research Methods: Case studies with interviews, physical examinations, observations, and document studies. The subjects are two clients with asthma. Results: Problem of ineffective breathing pattern: after nursing intervention, buteyko's breathing technique for 3 days on client 1 did not feel any more shortness of breath, no nasal breath, TD: 120/80 mmHg, N: 82 x / minute, R: 20 x / minute, S: 36.9 0C. On client 2 do not feel tightness, no nasal lobe breath, BP: 110/70 mmHg, N: 84x / minute, R: 20x / minute, S: 360C. Discussion: Asthma patients with problems with ineffective breathing patterns do not always have the same response that can be influenced by the client's condition or health status. So the authors expect hospitals and educational institutions to complete the limitations of the tools for physical examination when assessment and for educational institutions to provide more up-to-date books on nursing care for asthma patients that can enrich insights in the preparation of written papers. So nurses must and can do comprehensive nursing care to deal with each patient's nursing problems.*

Keywords: Asthma, Nursing Care, Ineffective Breath Pattern,

Bibliography: 13 Resource Books (2009-2019), 4 Journals (2014-2019), 2 Websites.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Asma Dengan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,PD, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp., M.Kep selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
4. Dede Nur Azim M, M.Kep selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
5. Sri Sulami, S.Kep., MM selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama kami menyelesaikan karya tulis ini.
6. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama kami menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyani, MM selaku Direktur Utama RSUD Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Solihin Ramdani, S.Kep., Ners selaku CI Ruang Bougenville 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.

9. Kepada orang tua tercinta ayahanda Muji Syukur dan ibunda Tutiani., S.Pd serta kakak tersayang Risma Mutia Ristiani., Amd.Kep dan seluruh keluarga yang selalu memberikan dukungan moral, materil dan spiritual dengan penuh cinta kasih sayang, kesabaran dan keikhlasan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Terimakasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan.
  10. Kakak-kakak alumni dan teman-teman seperjuangan anestesi angkatan XIII yang selalu memberi semangat, motivasi dan dukungan dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ilmiah ini.
  11. Sahabat kesayangan dari SMP Rizma Ismaya, Julia Permatasari, dan Khansa Aufa Amani yang selalu memberikan semangat dan nasehat. Meda Susetha, Hasstika Marderina, Suci Sri Armi, Riska Anzelina, Ressa Ermasari, Widya Larasati, Reni Wulansari, Meike Asniyanti, Meta Sagitha dan KARUPUAK LADO teman seperjuangan selama 3 tahun yang selalu ada untuk memberikan semangat serta memotivasi penulis dan kakak alumni anestesi khususnya Relevan Segara Mulyawan yang selalu ada dan selalu memberikan bantuan, pelajaran, dukungan, dan do'a disaat penulis lelah.
- Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 21 Juli 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<u>HALAMAN SAMPUL</u> .....	i
<u>SURAT PERNYATAAN</u> .....	ii
<u>LEMBAR PERSETUJUAN</u> .....	iii
<u>LEMBAR PENGESAHAN</u> .....	iv
<u>ABSTRAK</u> .....	v
<u>KATA PENGANTAR</u> .....	vi
<u>DAFTAR ISI</u> .....	viii
<u>DAFTAR GAMBAR</u> .....	xi
<u>DAFTAR TABEL</u> .....	xii
<u>DAFTAR BAGAN</u> .....	xiii
<u>DAFTAR LAMPIRAN</u> .....	xiv
<u>DAFTAR SINGKATAN</u> .....	xv
<u>BAB I PENDAHULUAN</u> .....	
1.1 <u>Latar Belakang</u> .....	1
1.2 <u>Rumusan Masalah</u> .....	3
1.3 <u>Tujuan Penulisan</u> .....	3
1.3.1 <u>Tujuan Umum</u> .....	3
1.3.2 <u>Tujuan Khusus</u> .....	3
1.4 <u>Manfaat Penulisan</u> .....	4
1.4.1 <u>Manfaat Teoritis</u> .....	4
1.4.2 <u>Manfaat Praktis</u> .....	4
<u>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</u> .....	
2.1 <u>Konsep Penyakit</u> .....	6
2.1.1 <u>Definisi Asma</u> .....	6
2.1.2 <u>Anatomi Sistem Pernafasan</u> .....	7
2.1.3 <u>Fisiologi Sistem Pernafasan</u> .....	11
2.1.4 <u>Etiologi Asma</u> .....	12
2.1.5 <u>Patofisiologi Asma</u> .....	12



<u>2.1.6</u> <u>Klasifikasi Asma</u> .....	15
<u>2.1.7</u> <u>Manifestasi Klinis Asma</u> .....	16
<u>2.1.8</u> <u>Komplikasi Asma</u> .....	17
<u>2.1.9</u> <u>Penatalaksanaan Asma</u> .....	18
<u>2.1.10</u> <u>Pemeriksaan Penunjang</u> .....	19
<u>2.1.11</u> <u>Konsep Pola Nafas Tidak Efektif</u> .....	20
<u>2.1.12</u> <u>Konsep Teknik Latihan Nafas Dalam (Pernafasan <i>Buteyko</i>)</u> .....	20
2.2 <u>Konsep Asuhan Keperawatan</u> .....	22
<u>2.2.1</u> <u>Pengkajian</u> .....	22
<u>2.2.2</u> <u>Diagnosa Keperawatan</u> .....	29
<u>2.2.3</u> <u>Intervensi Keperawatan</u> .....	30
<u>2.2.4</u> <u>Implementasi Keperawatan</u> .....	37
<u>2.2.5</u> <u>Evaluasi</u> .....	37
<b><u>BAB III METODE PENELITIAN</u></b> .....	
3.1 <u>Desain Penelitian</u> .....	40
3.2 <u>Batasan Istilah</u> .....	40
3.3 <u>Partisipan/ Responden/ Subjek Penelitian</u> .....	41
3.4 <u>Lokasi dan Waktu Penelitian</u> .....	41
3.5 <u>Pengumpulan Data</u> .....	41
3.6 <u>Uji Keabsahan Data</u> .....	43
3.7 <u>Analisis Data</u> .....	44
3.8 <u>Etik Penelitian</u> .....	45
<b><u>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</u></b> .....	
4.1 <u>Hasil</u> .....	49
<u>4.1.1</u> <u>Gambaran Lokasi Pengambilan Data</u> .....	49
<u>4.1.2</u> <u>Asuhan Keperawatan</u> .....	50
4.2 <u>Pembahasan</u> .....	72
<u>4.2.1</u> <u>Pengkajian</u> .....	73
<u>4.2.2</u> <u>Diagnosa Keperawatan</u> .....	74
<u>4.2.3</u> <u>Intervensi Keperawatan</u> .....	77
<u>4.2.4</u> <u>Implementasi Keperawatan</u> .....	78
<u>4.2.5</u> <u>Evaluasi</u> .....	80

<u>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</u> .....	
5.1 <u>Kesimpulan</u> .....	81
5.2 <u>Saran</u> .....	83
5.1.1. <u>Rumah Sakit</u> .....	83
5.1.2. <u>Institusi Pendidikan</u> .....	83
<u>DAFTAR PUSTAKA</u> .....	84

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Struktur Anatomi Fisiologi Pernafasan

Gambar 2.2 Struktur Anatomi Laring

Gambar 2.3 Struktur Paru-paru

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Keparahan Asma.....	16
Tabel 2.2 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.....	30
Tabel 2.3 Ketidakefektifan Pola Napas .....	31
Tabel 2.4 Penurunan Curah Jantung .....	32
Tabel 2.5 Gangguan Pertukaran Gas .....	33
Tabel 2.6 Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan.....	34
Tabel 2.7 Intoleransi Aktivitas .....	35
Tabel 2.8 Ansietas.....	36
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	50
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab .....	50
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit.....	50
Tabel 4.4 Perubahan Aktivitas .....	52
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	53
Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi.....	57
Tabel 4.7 Program dan Rencana Pengobatan.....	59
Tabel 4.8 Pemeriksaan Diagnostik .....	59
Tabel 4.9 Analisa Data.....	60
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan .....	63
Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan .....	67
Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan Klien 1 .....	69
Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan Klien 2 .....	70
Tabel 4.14 Evaluasi Sumatif .....	72

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Pathways Asma

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran II	Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Jurnal
Lampiran V	Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
Lampiran VI	Leaflet
Lampiran VII	Lembar Konsul KTI
Lampiran VIII	Lembar Catatan Revisi
Lampiran IX	Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
AGD	: Analisa Gas Darah
AP	: <i>Anteroposterior</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badab
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DM	: Diabetes Melitus
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IV	: Intravena
JVP	: <i>Jugular Venous Pressure</i>
Kg	: Kilogram
M	: Meter
Mg	: Miligram
N	: Nadi
NANDA	: <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	: <i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
PEF	: <i>Peak Expiratory Flow</i>
PO	: Peroral
R	: Respirasi
RL	: Ringer Laktat
RSV	: <i>Respiratory Syncytial Virus</i>
S	: Suhu
β2	: Beta 2
TB	: Tinggi Badan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>

TD : Tekanan Darah  
Tpm : Tetes per menit  
TTV : Tanda Tanda Vital  
WHO : *World Health Organization*



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit asma merupakan gangguan inflamasi kronis di jalan napas akibat adanya inflamasi atau pembengkakan dinding dalam saluran napas. Akibatnya saluran napas menyempit, dan jumlah udara yang masuk ke dalam paru berkurang. Hal ini menyebabkan timbulnya napas berbunyi (*wheezing*), batuk-batuk, dada sesak, dan gangguan bernapas (Soedarto, 2012).

Penyakit asma merupakan masalah kesehatan dunia yang terjangkau di negara maju dan juga di negara berkembang. Menurut data dari WHO diperkirakan sebanyak 300 juta orang di dunia terkena penyakit asma. Terdapat sekitar 250.000 kematian yang disebabkan oleh serangan asma setiap tahunnya, dengan jumlah terbanyak di negara dengan ekonomi rendah-sedang. Prevalensi asma terus mengalami peningkatan terutama di negara-negara berkembang akibat perubahan gaya hidup dan peningkatan polusi udara (Ditjen Yankes, 2018). Survei Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2018 mencatat 57,5% orang terkena penyakit asma di daerah Jawa Barat (RISKESDAS, 2018).

Berdasarkan data hasil dari *Medical Record* RSUD Ciamis 2018 didapatkan bahwa pasien dengan asma tidak termasuk dalam 10 penyakit terbesar. Namun penyakit asma menempati urutan ke 2 dari 10 penyakit rawat inap di Ruang Bougenville 2, dengan jumlah pasien asma sebanyak 176 orang

dari total keseluruhan pasien rawat inap 1231 orang (14,29%). Meskipun penyakit asma bukan merupakan penyakit pertama terbanyak di Ruang Bougenville 2, penyakit asma salah satu penyebab kematian dikarenakan kontrol asma yang kurang atau kontrol asma yang buruk (Depkes, 2015). Penyakit asma tidak bisa disembuhkan, akan tetapi dengan penanganan yang tepat asma dapat terkontrol sehingga kualitas hidup penderita dapat terjaga. Gejala klinis asma yang khas adalah sesak napas yang berulang dan suara mengi (*wheezing*) akan tetapi gejala ini bervariasi pada setiap individu, berdasarkan tingkat keparahan dan frekuensi kekambuhannya (WHO, 2016).

Masalah keperawatan yang lazim muncul pada pasien asma seperti ketidakefektifan pola napas, ketidakefektifan bersihan jalan napas, penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, nutrisi kurang dari kebutuhan dan intoleransi aktifitas. Ketidakefektifan pola napas dapat disebabkan oleh peningkatan kerja otot pernafasan (Nurarif dan Kusuma, 2015). Dalam hal ini perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan melalui tindakan mandiri dan kolaboratif, memfasilitasi pasien untuk menyelesaikan masalah keperawatan dengan memberikan intervensi. Intervensi yang diberikan berupa latihan napas dalam (pernafasan *buteyko*) (Juwita & Permata Sary, 2019) monitor tanda tanda vital, auskultasi bunyi napas, evaluasi ada nyeri dada, kaji faktor yang menimbulkan kelelahan, jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian oksigen.

Perawat sebagai tenaga kesehatan dapat memberikan kontribusi dalam penanganan asma sesuai dengan perannya. Peran perawat tersebut sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif dengan memberikan terapi farmakologi maupun non farmakologi. Dalam melakukan penanganan pola nafas tidak efektif secara non farmakologi sangat efektif untuk memudahkan klien asma dalam mengatur nafas. Peran perawat juga sangat dominan dalam melakukan latihan nafas dalam (teknik *buteyko*) yang dapat merelaksasikan otot pernafasan klien asma.

Berdasarkan masalah diatas penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan dalam sebuah karya tulis dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Dengan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi perumusan masalah adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien asma dengan ketidakefektifan pola nafas di ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis?”

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memperoleh pengalaman dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif baik biologi, psikologi, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien asma di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi :

1. Melakukan pengkajian pada pasien asma dengan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien asma dengan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis
3. Membuat rencana asuhan keperawatan pada pasien asma dengan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis
4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan pada pasien asma dengan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis
5. Mengevaluasi hasil keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien asma dengan ketidakefektifan pola nafas di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis

### **1.4 Manfaat Penulisan**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang asma.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Perawat

Menjadi salah satu pilihan dalam perencanaan keperawatan non farmakologi pada pasien asma dengan ketidakefektifan pola nafas.

## 2. Bagi Rumah Sakit

Penulisan ini diharapkan sebagai acuan untuk meningkatkan pelayanan pada pasien asma dengan ketidakefektifan pola nafas.

## 3. Bagi Institusi Pendidikan

Penulisan ini diharapkan dapat menambah jumlah karya ilmiah yang dihasilkan oleh mahasiswa dan juga sebagai salah satu sumber acuan tentang Asuhan Keperawatan klien Asma dengan ketidakefektifan pola nafas.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

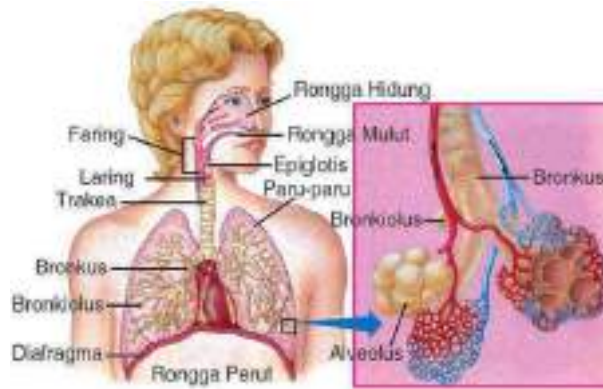
##### **2.1.1 Definisi Asma**

Asma adalah kondisi paru-paru umum yang menyebabkan kesulitan bernapas. Ini sering dimulai pada masa kanak-kanak, meskipun juga dapat berkembang pada orang dewasa, dan mempengaruhi orang-orang dari segala usia. Asma disebabkan oleh pembengkakan dan penyempitan tabung yang membawa udara ke dan dari paru-paru (WHO, 2020).

Asma merupakan suatu penyakit dengan adanya penyempitan saluran pernapasan yang berhubungan dengan tanggap reaksi yang meningkat dari trakea dan bronkus berupa hiperaktivitas otot polos dan inflamasi, hipersekresi mukus, edema dinding saluran pernapasan dan inflamasi yang disebabkan berbagai macam rangsangan (Alsagaff, 2017 dikutip dari Danusantoso, 2018).

Dengan demikian penulis menyimpulkan bahwa asma adalah suatu penyakit sistem pernafasan yang disebabkan karena adanya penyempitan pada saluran pernafasan sehingga menyebabkan terjadinya kesulitan saat bernafas.

## 2.1.2 Anatomi Sistem Pernafasan



**Gambar 2.1 Struktur Anatomi Pernafasan**  
**Sumber : H. Syaifuddin(2012)**

Menurut Sarwadi & Linangkung (2016) anatomi sistem pernafasan terdiri atas:

### 1. Rongga Hidung

Rongga hidung berupa dua saluran sempit yang ditopang oleh beberapa tulang yang didalamnya terdapat selaput lendir dan bulu hidung yang berfungsi untuk:

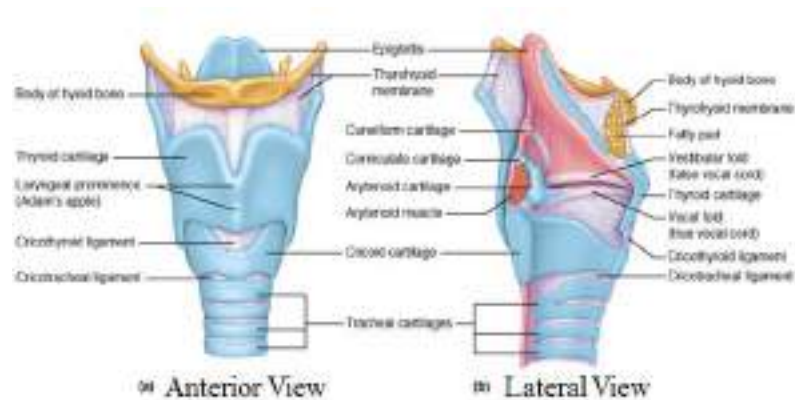
- (1) Menyaring debu maupun kotoran yang akan masuk bersama udara
- (2) Menyelaraskan antara suhu udara dengan suhu tubuh
- (3) Mengontrol kelembapan udara yang akan masuk ke tubuh

### 2. Faring

Faring merupakan tempat persimpangan antara jalan udara dengan makanan. Faring berada di belakang rongga hidung dan mulut, di dalamnya terdapat dua katup yaitu katup pangkal tenggorokan (*epiglottis*) dan katup penutup rongga hidung (anak tekak). Fungsi anak

tekak adalah untuk menutup faring jika saat menelan makanan. Faring terdiri dari tiga bagian, yaitu : Nasofaring, Orofaring, dan Laringofaring.

### 3. Laring (Pangkal Tenggorokan)



**Gambar 2.2 Struktur Anatomi Laring**  
**Sumber : H. Syaifuddin(2012)**

Laring berada diantara faring dan trakhea. Laring terdiri dari katup pangkal tenggorokan (*epiglottis*), perisai tulang rawan dan gelang-gelang tulang rawan yang membentuk jakun. Suara manusia dihasilkan oleh pita suara yang terletak di laring.

### 4. Trakhea

Bentuk batang tenggorokan seperti pipa bergelang-gelang, tulang rawan yang panjangnya kurang lebih 10 cm, berada di bagian leher dan rongga dada. Fungsi trakhea sebagai tempat lewatnya udara. Saat berbicara, epiglottis akan turun menutupi saluran pernafasan dan akan terangkat ketika menelan makanan.

### 5. Bronkus (Cabang dari Tenggorokan)

Bronkus merupakan cabang dari trakhea yang bercabang menjadi dua, yaitu bronkus kanan dan bronkus kiri. Bronkus bercabang tiga menuju



paru-paru kanan dan bercabang dua menuju paru-paru kiri. Setiap cabang dari bronkus akan bercabang lagi membentuk saluran yang lebih kecil yang disebut bronkiolus.

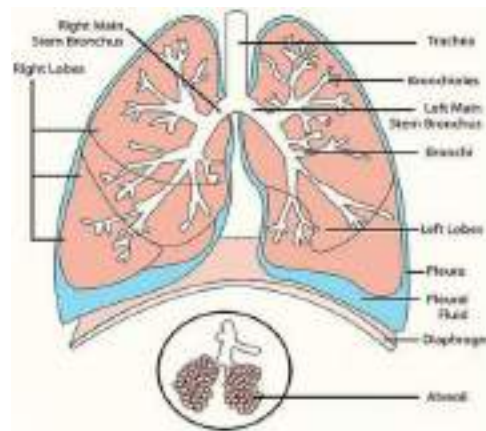
#### 6. Bronkiolus

Cabang dari bronkus yang membentuk saluran kecil disebut bronkiolus. Cabang-cabang dari bronkiolus akan semakin halus. Cabang-cabang paling halus dari bronkiolus akan masuk ke gelembung paru-paru atau alveolus. Fungsi alveolus ialah sebagai tempat oksigen untuk masuk kedalam darah dan melepaskan air dan karbondioksida dari darah.

#### 7. Alveolus

Saluran yang paling ujung dari alat pernafasan ialah alveolus, yang berupa gelembung-gelembung udara. Alveolus mempunyai fungsi sebagai tempat pertukaran gas, yaitu tempat masuknya oksigen ke dalam darah dan mengeluarkan karbondioksida dan air dari darah. Terdapat sekitar 300 juta alveoli di kedua paru dengan diameter masing-masing rata-rata 0,2 milimeter.

## 8. Paru-paru



**Gambar 2.3 Struktur Paru-paru**  
**Sumber : H. Syaifuddin (2012)**

Paru-paru terletak di rongga dada di bagian atas diafragma. Paru-paru tersusun oleh dua bagian, yaitu paru-paru kanan (*pulmo dekster*) yang terdiri dari tiga gelambir dan paru-paru kiri (*pulmo sinister*) yang terdiri dari dua gelambir. Paru-paru berfungsi menjadi tempat terjadinya difusi oksigen ke dalam darah dan pengeluaran karbondioksida dari darah. Selaput tipis yang berfungsi membungkus paru-paru disebut *pleura*. Selaput bagian dalam yang langsung menyelubungi paru-paru disebut pleura dalam (*pleura visceralis*). Sedangkan selaput yang langsung menyelubungi rongga dada yang bersebelahan dengan tulang rusuk disebut pleura luar (*pleura parietalis*).

### 2.1.3 Fisiologi Sistem Pernafasan

Proses pemenuhan oksigen di dalam tubuh terdiri atas tiga tahapan, yaitu : (Tarwanto, 2010)

#### 1. Ventilasi

Merupakan proses keluar masuknya oksigen dari atmosfer ke dalam alveoli atau dari alveoli ke atmosfer. Proses ini dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- a. Semakin tingginya suatu tempat, maka tekanan udaranya semakin rendah
- b. Adanya kondisi jalan nafas yang baik
- c. Adanya kemampuan thoraks dan alveoli pada paru-paru untuk mengembang di sebut dengan compliance
- d. Adanya recoil yaitu kemampuan untuk mengeluarkan CO<sub>2</sub> atau kontraksinya paru-paru

#### 2. Difusi

Merupakan pertukaran O<sub>2</sub> dari alveoli ke kapiler paru-paru dan CO<sub>2</sub> dari kapiler ke alveoli. Proses pertukaran ini dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- a. Luasnya permukaan paru-paru
- b. Tebal membrane respirasi yang terdiri atas epitel alveoli dan intertisial

Keduanya dapat mempengaruhi proses difusi apabila terjadi penebalan, perbedaan tekanan dan konsentrasi O<sub>2</sub>. Hal ini dapat terjadi karena

tekanan O<sub>2</sub> dalam rongga alveoli lebih tinggi dari pada tekanan O<sub>2</sub> dalam darah vena pulmonalis.

### 3. Transportasi

Merupakan proses pendistribusian O<sub>2</sub> kapiler ke jaringan tubuh dan CO<sub>2</sub> jaringan tubuh ke kapiler. Transportasi gas dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- a. Curah jantung (cardiac output)
- b. Frekuensi denyut nadi

#### **2.1.4 Etiologi Asma**

Menurut berbagai penelitian patologi dan etiologi asma diketahui dengan pasti penyebabnya, akan tetapi hanya menunjukkan dasar gejala asma yang inflamasi dan respon saluran nafas berlebihan.

Sebagai pemicu timbulnya serangan-serangan dapat berupa infeksi (infeksi virus RSV), iklim (perubahan mendadak suhu, tekanan udara), inhalan (debu, sisa-sisa serangga mati, bulu binatang, bau asap), kegiatan fisik (olahraga berat, kecapekan, tertawa terbahak-bahak), dan emosi. (Nurarif, 2015).

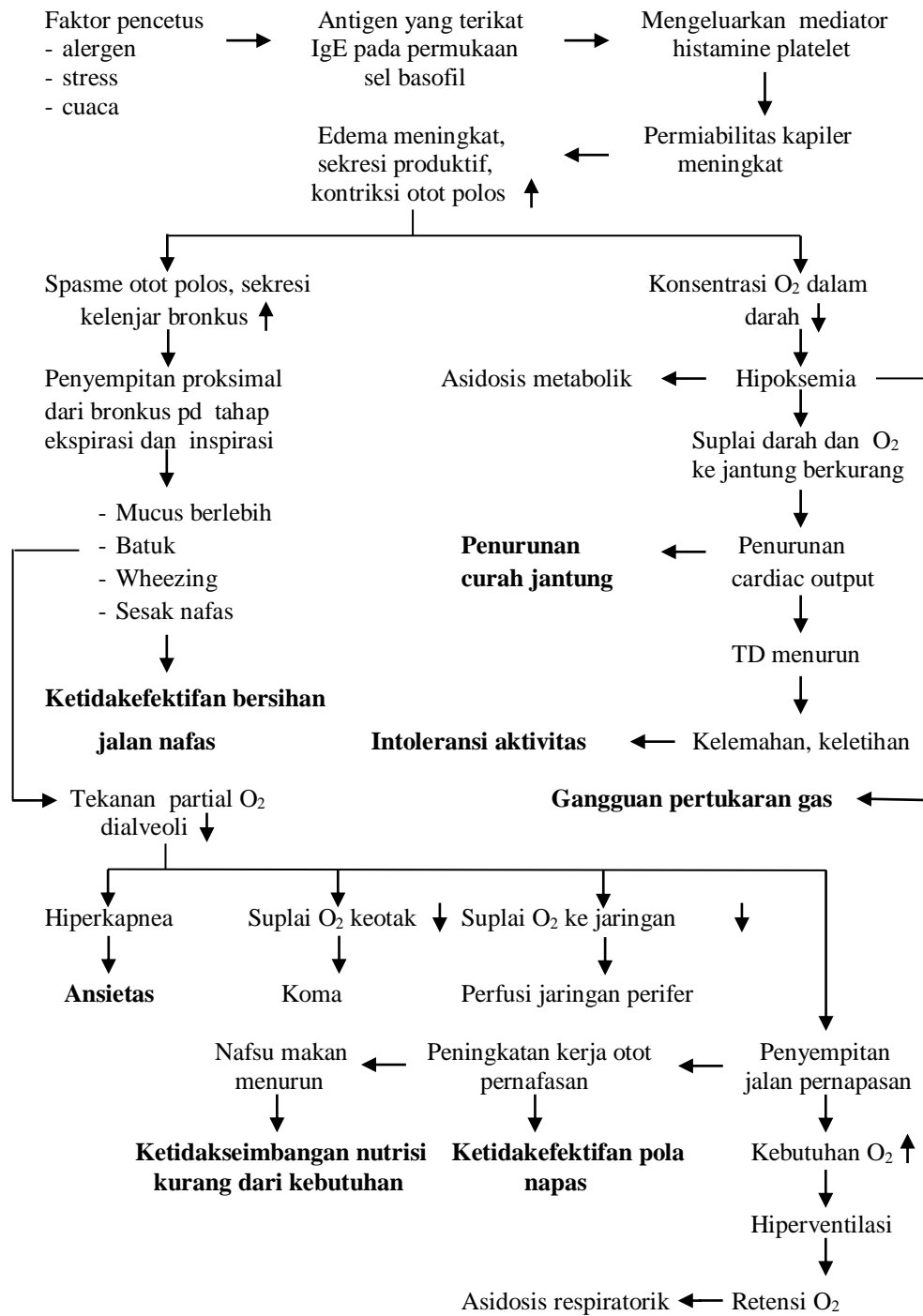
#### **2.1.5 Patofisiologi Asma**

Proses terjadinya asma diawali dengan berbagai faktor pencetus seperti allergen, stress, cuaca, dan berbagai macam faktor pencetus lain. Adanya faktor pencetus menyebabkan antigen yang terikat Imunoglobulin E pada permukaan sel basofil mengeluarkan mediator berupa histamin sehingga terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan terjadinya edema

mukosa. Adanya edema menyebabkan produksi sekret meningkat dan terjadi kontriksi otot polos. Adanya obstruksi pada jalan nafas menyebabkan respon tubuh berupa spasme otot polos dan peningkatan sekresi kelenjar bronkus. Otot polos yang spasme menyebabkan terjadi penyempitan proksimal dari bronkus pada tahap ekspirasi dan inspirasi sehingga timbul adanya tanda dan gejala berupa mukus berlebih, batuk, wheezing, dan sesak nafas. Keluhan tersebut merupakan bentuk adanya hambatan dalam proses respirasi sehingga tekanan partial oksigen di alveoli menurun. Adanya penyempitan atau obstruksi jalan nafas meningkatkan kerja otot pernafasan sehingga penderita asma mengalami masalah ketidakefektifan pola nafas. Peningkatan kerja otot pernafasan menurunkan nafsu makan sehingga memunculkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Asma di akibatkan oleh beberapafaktor pencetus yang berikatan dengan Imunoglobulin E (IgE) pada permukaan sel basofil yang menyebabkan degranulasi sel mastocyte. Akibat degranulasi tersebut mediator mengeluarkan histamin yang menyebabkan kontriksi otot polos meningkat dan juga konsentrasi O<sub>2</sub> dalam darah menurun, Apabila konsentrasi O<sub>2</sub> dalam darah menurun maka terjadi hipoksemia. Adanya hipoksemia juga menyebabkan gangguan pertukaran gas dan gelisah yang menyebabkan ansietas. Selain itu, akibat berkurangnya suplai darah dan oksigen ke jantung terjadi penurunan cardiac output yang menyebabkan penurunan curah jantung. Penurunan cardiac output tersebut dapat menurunkan tekanan

darah dan menimbulkan gejala kelemahan dan keletihan sehingga timbul intoleransi aktivitas (Nurarif dan Kusuma, 2015).

**Bagan 2.1 Pathways Asma**



Sumber : (Nurarif, 2015)

### 2.1.6 Klasifikasi Asma

Asma dibagi menjadi dua tipe menurut Muttaqin (2012) yaitu:

#### 1. Asma Tipe Atopik (Ekstrintik)

Asma yang dijumpai pada 70-80% penderita asma dan dipicu oleh reaksi alergi terhadap alergen seperti debu dan lainnya. Pasien asma atopik mungkin datang dengan riwayat terlebih dulu sudah mengalami gangguan atopik (alergi terhadap obat-obatan atau makanan) sebelum mengalami sesak nafas yang dirangsang terutama oleh stimulus fisik (udara dingin, bau-bauan) yang mencurigakan sebagai asma (Dahlan 2012).

#### 2. Asma Tipe Non-Atopik (Intrintik)

Asma nonalergik (asma intrintik) adalah asma yang dicetuskan oleh faktor yang tidak berhubungan dengan alergi. Ditandai oleh obstruksi dan inflamasi jalan nafas yang sekurang-kurangnya *reversible* secara parsial terhadap pemberian obat, namun gejala dari asma tipe ini tidak terkait dengan alergi. Gejalanya sama seperti asma atopik (batuk, mengi, sesak dada), tetapi asma atopik dicetuskan oleh faktor lain seperti udara dingin atau udara kering, hiperventilasi, asap. Asma non atopik terjadi akibat beberapa faktor pencetus seperti infeksi saluran pernafasan bagian atas, olahraga atau kegiatan jasmani yang berat, dan tekanan jiwa atau stres psikologis (Dahlan 2012).

**Tabel 2.1 Klasifikasi Keparahan Asma**

Klasifikasi	Frekuensi Gejala	Gejala Di Malam Hari
Intermiten	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak lebih dari dua kali seminggu</li> <li>2. Serangan singkat (beberapa jam hingga hari) dengan intensitas beragam.</li> <li>3. Asimfomatis dan kecepatan aliran ekspirasi puncak (<i>peak expiratory flow/PEF</i>) normal antara serangan.</li> </ol>	Tidak lebih dari dua kali sebulan
Persisten ringan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lebih dari dua kali seminggu, tetapi kurang dari satu kali sehari.</li> <li>2. Eksaserbasi dapat mempengaruhi aktivitas.</li> </ol>	Tidak lebih dari dua
Persisten sedang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala harian</li> <li>2. Penggunaan bronkodilator kerja singkat setiap hari.</li> <li>3. Eksaserbasi mempengaruhi aktivitas</li> <li>4. Eksaserbasi lebih dari dua kali seminggu; dapat bertahan selama beberapa hari</li> </ol>	Tidak lebih dari satu
Persisten hebat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala berlanjut</li> <li>2. Aktivitas fisik terbatas</li> <li>3. Eksaserbasi sering</li> </ol>	Sering

Sumber : (Zullies, 2014)

### 2.1.7 Manifestasi Klinis Asma

Menurut Naga (2014) serangan asma sering terjadi pada tengah malam dengan batuk-batuk kering tanpa sputum. Penderita serta orang disekitarnya akan mendengar suara napas mengi. Penderita juga merasakan adanya konstriksi di dalam dadanya. Setelah beberapa jam kemudian, meskipun tanpa pengobatan, penderita akan mengeluarkan sputum dan serangan akan berhenti. Warna sputum tampak keputih-putihan dengan bentuk spiral yang bercabang-cabang dan banyak mengandung eosinofil.



Salah satu komplikasi asma adalah adanya pneumonia. Pneumonia akan cepat diketahui jika asma tersebut disertai dengan adanya demam tinggi. Gejala-gejala seperti ini tidak akan menghilang begitu saja, bahkan bisa jadi tambah parah. Pada kondisi seperti ini, penderita menjadi sangat gelisah, napas sangat sesak, pucat dan sianosis. Nadi juga berdenyut cepat dan dapat hilang saat inspirasi.

Saat asma menyerang, otot pernapasan pembantu juga akan terasa lebih aktif, dan penderita merasakan sesak. Apabila dilakukan pemeriksaan, dada tampak mengembang, perkusi paru hipersonor, diafragma terletak sangat rendah dan hampir tidak bergerak saat terjadi pernafasan. Pada penderita asma yang sangat berat, bising napas tidak terdengar. Ini merupakan satu tanda bahaya karena penderita telah sampai pada kondisi yang disebut status asmatikus.

### **2.1.8 Komplikasi Asma**

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan pola napas tidak efektif menurut Bararah & Jauhar (2013), yaitu :

1. Hipoksemia
2. Hipoksia
3. Gagal Nafas
4. Perubahan pola napas

### 2.1.9 Penatalaksanaan Asma

Penatalaksanaan pada pasien asma dibagi menjadi penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis.

#### 1. Terapi farmakologis :

Berdasarkan penggunaannya, maka obat asma di bagi menjadi 2 golongan yaitu pengobatan jangka panjang untuk mengontrol gejala asma, dan pengobatan cepat (*quick-relief medication*) untuk mengatasi serangan akut asma. Beberapa obat yang digunakan untuk pengobatan jangka panjang antara lain : inhalasi steroid,  $\beta_2$  agonis aksi panjang. Sedangkan untuk pengobatan cepat sering digunakan suatu bronkodilator  $\beta_2$  agonis aksi cepat, antikolinergik, Kortikosteroid oral.

#### 2. Terapi Nonfarmakologi

##### (1) Penyuluhan

Penyuluhan ini untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang penyakit asma sehingga klien secara sadar menghindari faktor-faktor pencetus, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi pada tim kesehatan.

##### (2) Menghindari Faktor Pencetus

Klien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan asma yang ada pada lingkungannya, diajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pencetus, termasuk intake cairan yang cukup bagi klien.

(3) Fisioterapi

Dapat digunakan untuk mempermudah pengeluaran mukus. Ini dapat dilakukan dengan postural drainase, perkusi, dan fibrasi dada.

#### **2.1.10 Pemeriksaan Penunjang**

1. Spirometer : dilakukan sebelum dan sesudah bronkodilator hirup (nebulizer/inhaler)
2. Sputum : eosinofil meningkat
3. Eosinofil darah meningkat

Eosinofil adalah salah satu sel inflamasi allergen selain sel mast dan limfosit T, yang berperan utama dalam proses inflamasi kronik saluran nafas penderita asma. Infiltrasi eosinofil di saluran napas, merupakan gambaran khas untuk penderita asma. Inflamasi saluran napas ini dapat dinilai secara langsung dengan mengukur jumlah eosinofil dan eosinophyllic cationic protein (ECP) atau secara tidak langsung dengan mengukur eosinofil darah. Inhalasi allergen menyebabkan peningkatan eosinofil 21 pada cairan bilasan bronkoalveolar lavage. Terdapat hubungan langsung antara jumlah eosinofil pada darah perifer dan pada bilasan bronkoalveolar lavage dengan hiperresponsif bronkus. Karena pentingnya peranan sel-sel inflamasi terutama sel eosinofil didalam mencetuskan asma (Fadilah, 2017).

4. Uji kulit
5. Rongent dada yaitu patologis paru/komplikasi asma

6. AGD : terjadi pada asma berat pada fase awal terjadi hipoksemia dan hipokapnia ( $\text{PCO}_2$  turun) kemudian fase lanjut normokapnia dan hiperkapnia ( $\text{PCO}_2$  naik)
7. Foto dada AP dan lateral. Hiperinflasi paru, diameter anteroposterior membesar pada foto lateral, dapat terlihat bercak konsolidasi yang tersebar. (Nurarif, 2015)

#### **2.1.11 Konsep Pola Nafas Tidak Efektif**

##### 1. Definisi

Pola napas tidak efektif suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (PPNI, 2016). Secara umum pola napas tidak efektif dapat didefinisikan sebagai keadaan dimana ventilasi atau pertukaran udara inspirasi dan atau ekspirasi tidak adekuat (NANDA, 2015).

#### **2.1.12 Konsep Teknik Latihan Nafas Dalam (Pernafasan *Buteyko*)**

##### 1. Definisi

Menurut Z.M. Hassan et al (2012) teknik pernapasan *buteyko* mengajarkan cara bernapas melalui hidung (bukan mulut) dan dengan diafragma untuk meningkatkan kadar oksigen, nitrogen dan karbondioksida dalam tubuh. Pernapasan *buteyko* mendorong aktivitas sistem saraf parasimpatik, menurunkan tekanan darah, mengurangi stres dan penguatan sistem kekebalan tubuh (imune).

2. Langkah-langkah teknik latihan nafas dalam (pernafasan *buteyko*)
  - a. Langkah 1 *control breath test*
    - 1) Duduk dengan posisi tegak. Tarik napas perlahan dari hidung dan dihembuskan melalui hidung.
    - 2) Hembuskan napas seperti biasa. Gunakan diafragma untuk mendorong semua udara keluar dari paru – paru (dada tidak boleh bergerak).
    - 3) Lakukan inhalasi lebih pendek, lebih dangkal, dan ringan (1 – 2 detik) melalui hidung dan berhenti.
    - 4) Hembuskan napas secara perlahan lebih dari 5 detik, gunakan diafragma untuk mengeluarkan udara dari paru – paru. Tahan napas setelah mengeluarkan napas selama 5 detik.
    - 5) Kemudian ambil napas normal dan tenang melalui hidung (langkah 1), dan ulangi seluruh proses selama 2-3 menit.
  - b. Langkah 2 *shallow breathing* (pernafasan dangkal)
    - 1) Duduk dengan posisi tegak
    - 2) Hirup sedikit udara ke ujung hidung dan hembuskan melalui hidung
    - 3) Tarik napas melalui hidung dengan menggunakan pernafasan perut, lalu hembuskan secara perlahan.
    - 4) Ulangi sebanyak 2-3 kali
  - c. Langkah 3 menggabungkan langkah 1 dan 2

- 1) Ambil napas biasa dan hembuskan secara perlahan
- 2) Tarik napas kemudian ditahan 3-5 detik kemudian hembuskan perlahan
- 3) Tarik napas biasa dari hidung kemudian hembuskan kembali secara perlahan
- 4) Tunggu 2 menit
- 5) Ulangi dari urutan no 1-4 selama 5-15 menit/sampai tidak terasa sesak.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang relevan dan berkesinambungan tentang respon manusia, status kesehatan, kekuatan dan masalah klien (Dermawan, 2012).

Adapun komponen-komponen dalam pengkajian yaitu :

#### a. Pengumpulan Data

##### (1) Identitas pasien/biodata

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orangtua, pekerjaan orang tua, tanggal masuk rumah sakit, nomor medrec, tanggal pengkajian, diagnosa medis.

##### (2) Identitas penanggung jawab

Biodata penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

## b. Riwayat Kesehatan

### (1) Keluhan Utama

Keluhan utama yang timbul pada klien dengan asma adalah dispnea (bisa sampai sehari-hari atau berbulan-bulan), batuk, mengi (pada beberapa kasus lebih banyak proksimal).

### (2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang yang mendukung keluhan utama dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai sesak nafas yang dialami klien secara PQRST menurut Rohman dan Walid (2012) yaitu :

P : Provokatus –Paliatif

Apa yang menyebabkan gejala, apa yang bisa memperberat, apa yang bisa mengurangi.

Q : Kualitatif/kuantitatif

Bagaimana gejala dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan.

R : Region

Dimana gejala dirasakan

S : Skala-Severity

Seberapa tingkat keparahan dirasakan, pada skala berapa.

T : Time

Kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala dirasakan, tiba-tiba atau bertahap, seberapa lama gejala dirasakan.

### (3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya infeksi saluran pernafasan atas, sakit tenggorokan, amandel, sinusitis, dan polip hidung. Riwayat serangan asma, frekuensi, waktu, dan alergen-alergen yang dicurigai sebagai pencetus serangan, serta riwayat pengobatan yang dilakukan untuk meringankan gejala asma (Muttaqin, 2012).

### (4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada klien dengan serangan asma perlu dikaji tentang riwayat penyakit asma atau penyakit alergi yang lain pada anggota keluarganya karena hipersensitivitas pada penyakit asma ini lebih ditentukan oleh faktor genetik dan lingkungan (Muttaqin, 2012).

## c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan kesehatan pada gangguan sistem pernafasaan : asma meliputi pemeriksaan fisik umum secara persistem berdasarkan hasil observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pengkajian psikososial. Biasanya pemeriksaan berfokus pada dengan pemeriksaan menyeluruh pada sistem pernafasan yang dialami klien.

### (1) Status kesehatan umum

Perlu dikaji tentang kesadaran klien, kecemasan, gelisah, kelemahan suara bicara, tekanan darah, nadi, frekuensi pernapasan yang meningkat, penggunaan otot-otot pembantu pernapasan, sianosis, batuk dengan lendir lengket dan posisi istirahat klien.



(2) Integumen

Dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, mengelupas atau bersisik, perdarahan, serta adanya bekas atau tanda urtikaria atau dermatitis. Pada rambut di kaji warna rambut, kelembapan dan kusam atau tidak.

(3) Kepala

Dikaji tentang bentuk kepala, simetris adanya penonjolan, riwayat trauma, adanya keluhan sakit kepala atau pusing, vertigo kejang ataupun hilang kesadaran.

(4) Mata

Adanya penurunan ketajaman penglihatan akan menambah stres yang dirasakan klien. Serta riwayat penyakit mata lainnya.

(5) Hidung

Adanya pernafasan menggunakan cuping hidung, rinitis alergi dan fungsi olfaktori.

(6) Mulut dan laring

Dikaji adanya perdarahan pada gusi. Gangguan rasa menelan dan mengunyah, dan sakit pada tenggorok serta sesak atau perubahan suara.

(7) Leher

Dikaji adanya nyeri leher, kaku pada pergerakan, pembesaran tiroid serta penggunaan otot-otot pernafasan.

## (8) Thorax

### a. Inspeksi

Dinding torak tampak mengembang, diafragma terdorong ke bawah disebabkan oleh udara dalam paru-paru susah untuk dikeluarkan karena penyempitan jalan nafas. Frekuensi pernafasan meningkat dan tampak penggunaan otot-otot tambahan.

### b. Palpasi

Pada palpasi dikaji tentang kesimetrisan, ekspansi dan taktil fremitus. Pada asma, paru-paru penderita normal karena yang menjadi masalah adalah jalan nafasnya yang menyempit.

### c. Perkusi

Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah disebabkan karena kontraksi otot polos yang mengakibatkan penyempitan jalan nafas sehingga udara susah dikeluarkan dari paru-paru.

### d. Auskultasi

Terdapat suara vesikuler yang meningkat disertai dengan expirasi lebih dari 4 detik atau lebih dari 3x inspirasi, bunyi pernafasan wheezing atau tidak ada suara tambahan.

(9) Kardiovaskuler

Jantung dikaji adanya pembesaran jantung atau tidak, bising nafas dan hiperinflasi suara jantung melemah. Tekanan darah dan nadi yang meningkat.

(10) Abdomen

Perlu dikaji tentang bentuk, turgor, nyeri, serta tanda-tanda infeksi karena dapat merangsang serangan asma frekuensi pernafasan, serta adanya konstipasi karena dapat nutrisi.

(11) Ekstrimitas

Dikaji adanya edema extremitas, tremor dan tanda-tanda infeksi pada extremitas karena dapat merangsang serangan asma

d. Aktivitas Sehari-hari (ADL)

(1) Nutrisi

Untuk klien dengan asma sering mengalami mual dan muntah, nafsu makan buruk/anoreksia.

(2) Eliminasi

Pola eliminasi biasanya tidak terganggu.

(3) Pola Istirahat

Pola istirahat tidak teratur karena klien mengalami sesak nafas.

(4) Personal hygiene

Penurunan kemampuan/peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktivitas sehari-hari.

(5) Aktivitas

Aktivitas terbatas karena terjadi kelemahan otot.

e. Data Psikologi

Dengan keadaan klien seperti ini dapat terjadi depresi, ansientas, dan dapat terjadi kemarahan akibat berpikir bahwa penyakitnya tak kunjung sembuh.

f. Data Spiritual

Bagaimana keyakinan klien akan kesehatannya, bagaimana persepsi klien terhadap penyakitnya dihubungkan dengan kepercayaan yang dianut klien, dan kaji kepercayaan klien terhadap Tuhan Yang Maha Esa.

g. Data Sosial

Hubungan ketergantungan dengan orang lain karena ketidakmampuan melakukan aktivitas mandiri, sendiri dan hubungan sosialisasi dengan keluarga.

h. Data Penunjang

- (1) Spirometer : dilakukan sebelum dan sesudah bronkodilator hirup  
(nebulizer/inhaler)
- (2) Sputum : eosinofil meningkat
- (3) Eosinofil darah meningkat
- (4) Uji kulit
- (5) Rongent dada yaitu patologis paru/komplikasi asma

(6) AGD : terjadi pada asma berat pada fase awal terjadi hipoksemia dan hipokapnia ( $PCO_2$  turun) kemudian fase lanjut normokapnia dan hiperkapnia ( $PCO_2$  naik)

(7) Foto dada AP dan lateral. Hiperinflasi paru, diameter anteroposterior membesar pada foto lateral, dapat terlihat bercak konsolidasi yang tersebar. (Nurarif, 2015)

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif (2015) diagnosa yang mungkin muncul pada gangguan sistem pernafasan : asma, yaitu :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mucus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme.
- b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan dan deformitas dinding dada
- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontakbilitas dan volume sekuncup jantung
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (hipoksia)
- e. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan retensi karbondioksida
- f. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan laju metabolik, dispnea saat makan, kelemahan otot pengunyah
- g. Ansietas berhubungan dengan keadaan penyakit yang di derita.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Adapun intervensi keperawatan pada klien asma menurut Nurarif (2015) & Doenges (2018):

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mucus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mucus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme.

(1) Tujuan

Mempertahankan jalan nafas yang paten dengan bunyi nafas bersih/jelas.

(2) Kriteria hasil

Menunjukkan perilaku untuk memperbaiki kebersihan jalan nafas, misal : batuk efektif dan mengeluarkan sekret.

**Tabel 2.2 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas**

No	Intervensi	Rasional
1	Auskultasi bunyi nafas. Catat adanya nafas misal : wheezing, kreakels, dan ronkhi.	Beberapa derajat spame bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas dan dapat/tidak dimanifestasikan adanya bunyi nafas adventisius, misal : penyebaran, kreakels basah (bronkitis), bunyi nafas reduk dengan ekspirasi mengi (efisema), atau tidak adanya bunyi nafas (asma berat)
2	Kaji/pantau frekuensi pernafasan. Catat ratio inspirasi	Biasanya ada, pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada Penerimaan atau selama stress/adanya proses inflamasi akut. Pernafasan dapat melemban dan frekuensi ekspirasi memanjang dibanding inspirasi.
3	Kaji pasien untuk posisi yang nyaman misalnya peninggian kepala tempat duduk (semi fowler), duduk sandaran tempat tidur	Peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi, namun pasien dengan distress berat akan mencari posisi dengan

		yang paling mudah untuk bernafas. Sokong tangan atau kaki dengan meja, bantal dan lain lain membantu menurunkan kelamahan otot dan dapat sebagai alat ekspansi dada.
4	Dorong/bantu latihan nafas abdomen atau bibir.	Memberika klien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontol dispnea serta menurunkan jebakan udara.
5	Berikan obat sesuai indikasi : bronkodilator, kromolin, kortikostroid, antimikrobial, analgesik	Merileksasikan otot halus dan menurunkan kongesti lokal, menurunkan spasme jalan nafas, menurunkan edama mukosa, menurunkan inflamasi jalan nafas, mencegah reaksi alergi/menghambat pengeluaran histamin.
6	Observasi Tanda-tanda Vital	Untuk mengetahui secara cepat apabila terjadi perubahan hemodinamik
7	Berikan Oksigen (O <sub>2</sub> ) dengan menggunakan nasal	Membantu memenuhi kebutuhan oksigen
8	Ajarkan batuk efektif	Batuk yang terkontrol dan efektif dapat memudahkan pengeluaran sekret yang melekat di jalan napas.

b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan dan deformitas dinding dada

(1) Tujuan

Mempertahankan pola nafas yang paten dengan bunyi nafas bersih/jelas.

(2) Kriteria Hasil

- Menunjukkan suara nafas yang bersih, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada sianosis, dan dyspnea.
- Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

**Tabel 2.3 Ketidakefektifan pola napas**

No	Intervensi	Rasional
1	Auskultasi bunyi nafas. Catat adanya nafas misal : wheezing, kreakels, dan ronkhi.	Beberapa derajat spame bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas dan dapat/tidak dimanifestasikan adanya bunyi nafas adventisius, misal : penyebaran, krekels basah (bronkitis), bunyi nafas reduk dengan ekspirasi mengi (efisema), atau tidak adanya bunyi nafas (asma berat)
2	Tinggikan kepala tempat tidur, bantu pasien untuk memilih posisis yang udah untuk bernafas. Dorong nafas dalam perlahan.	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 dan mukrosa.	Sianosis mungkin perifer (terlihat pada kuku) atau sentral (terlihat pada bibir atau daun telinga).
4	Monitor Tanda-tanda vital	Untuk mengetahui secara cepat apabila terjadi perubahan hemodinamik
5	Berikan obat sesuai indikasi : bronkodilator, kromolin, kortikostroid, antimikrobia, analgesik	Merileksasikan otot halus dan menurunkan kongesti lokal, menurunkan spasme jalan nafas, menurunkan edama mukosa, menurunkan inflamasi jalan nafas, mencegah reaksi alergi/menghambat pengeluaran histamin.
6	Berikan Oksigen (O <sub>2</sub> ) dengan menggunakan nasal	Membantu memenuhi kebutuhan oksigen
7	Ajarkan tehnik relaksasi (pernafasan buteyko)	Tekhnik distraksi dapat merelaksasikan otot.

c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontakbilitas dan volume sekuncup jantung

(1) Tujuan

Penurunan cardiac output klien teratasi



## (2) Kriteria Hasil

- Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah,Nadi,Respirasi) , tidak ada penurunan kesadaran.
- Dapat mentoleransi aktivitas,tidak ada kelelahan
- Tidak ada edema paru, perifer,dan tidak ada asites

**Tabel 2.4 Penurunan curah jantung**

No	Intervensi	Rasional
1	Evaluasi adanya nyeri dada	Melihat karakteristik nyeri yang dialami klien,sehingga akan mempengaruhi tindakan keperawatan dan diagnosa yang akan ditegakan.
2	Catat adanya disritmia jantung	Biasanya terjadi takikardi meskipun pada saat istirahat untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel.
3	Catat adanya tanda dan gejala penurunan <i>cardiac output</i>	Kejadian mortalitas dan morbiditas yang lebih dari 24 jam pertama
4	Monitor status pernapasan yang menandakan gagal jantung	Status respirasi yang buruk bisa disebabkan oleh edema paru dan ini erat kaitanya dengan terjadinya gagal jantung.
5	Monitor adanya dsypnea, fatigue,takipnea,ortopnea	Melihat keterbatasan klien yang di akibatkan penyakit yang diderita klien, dan dapat di tegakkan grade dari suatu gangguan klien.

## d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan retensi karbondioksida

## (1) Tujuan

Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat.

## (2) Kriteria Hasil

Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih,tidak ada sianosis atau dsypnea

**Tabel 2.5 Gangguan pertukaran gas**

No	Intervensi	Rasional
1	Auskultasi bunyi nafas, catat area penurunan aliran udara dan atau bunyi tambahan.	Bunyi nafas mungkin redup karena penurunan aliran udara atau area konsolidasi. Adanya mengi mengindikasikan spasme bronkus/tertahannya sekret.
2	Tinggikan kepala tempat tidur, bantu pasien untuk memilih posisis yang udah untuk bernafas. Dorong nafas dalam perlahan.	Pengiriman oksigen dapat diperbaiki dengan posisi duduk tinggi dan latihan nafas untuk menurunkan kolaps jalan nafas, dispnea dan kerja nafas.
3	Berikan obat sesuai indikasi : bronkodilator, kromolin, kortikostroid, antimikrobial, analgesik	Merileksasikan otot halus dan menurunkan kongesti lokal, menurunkan spasme jalan nafas, menurunkan edama mukosa, menurunkan inflamasi jalan nafas, mencegah reaksi alergi/menghambat pengeluaran histamin.
4	Evaluasi frekuensi nafas dan kedalaman	Dapat menunjukan kecepatan nafas, penurunan volume sirkulasi, hipoksia.
5	Dorong pengeluaran spatum : penghisapan bila diindikasikan	Kental, tebal, dan banyaknya sekresi adalah sumber utama gangguan pertukaran gas pada jalan nafas kecil. Penghisapan dibutuhkan bila batuk tidak efektif.
6	Berikan Oksigen (O <sub>2</sub> ) dengan menggunakan nasal	Membantu memenuhi kebutuhan oksigen
7	Ajarkan tehnik relaksasi (latihan nafas dalam)	Tekhnik distraksi dapat merelaksasikan otot.

e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan laju metabolic dispnea saat makan,kelemahan otot pengunyah.

(1) Tujuan

Menunjukkan peningkatan berat badan menuju tujuan yang tepat.

(2) Kriteria Hasil

Menunjukkan perilaku/perubahan pola hidup untuk meningkatkan dana atau mempertahankan berat badan yang kuat.

**Tabel 2.6 Nutrisi kurang dari kebutuhan**

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji kebiasaan diet, masukan makanan saat ini. Catat derajat kesulitan makan. Evaluasi berat badan dan ukuran tubuh.	Pasien distres pernafasan akut sering anireksia karena dispnea, produksi sputum, dan obat. Selain itu banyak pasien asma mempunyai kebebasan makan buruk, meskipun kegagalan pernafasan membuat status hipermetabolik dengan peningkatan kebutuhan kalori.
2	Auskultasi bunyi usus	Penurunan bising usus menunjukkan penurunan motilitas gaster dan konstipasi yang berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan, pilihan makanan yang buruk, penurunan aktivitas, dan hipoksemia.
3	Berikan perawatan oral sering, buang sekret, berikan wadah khusus untuk sekali pakai dan tisu.	rasa tak enak, bau dan penampilan adalah pencegahan terhadap nafsu makan dan dapat membuat mual dan muntah dengan peningkatan kesulitan nafas.
4	Dorong periode istirahat semalam 1 jam sebelum dan sesudah makan. Berikan makanan porsi kecil tapi sering.	Membantu menurunkan kelemahan selama waktu makan dan memberikan kesempatan untuk meningkatkan masukan kalori total.
5	Hindari makanan yang sangat panas dan dingin.	Suhu ekstrem dapat mencetus/meningkatkan spasme, batuk.
6	Timbang berat badan sesuai indikasi	Berguna untuk menentukan kebutuhan kalori, menyusun tujuan berat badan, dan evaluasi keadekuatan rencana nutrisi.
7	Konsul ahli gizi/nutrisi pendukung tim untuk memberikan makanan yang mudah dicerna, secara nutrisi seimbang.	Metode makan dan kebutuhan kalori dirasakan pada situasi/kebutuhan individu untuk memberikan nutrisi maksimal dengan upaya minimal klien/penggunaan energi.

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (hipoksia)

(1) Tujuan

Menunjukkan mampu dalam melakukan aktivitas secara mandiri

(2) Kriteria Hasil

Mampu melakukan aktivitas secara mandiri

**Tabel 2.7 Intoleransi Aktivitas**

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji faktor yang menimbulkan kelelahan	Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat kelelahan.
2	Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang	Mendorong latihan dan aktivitas dalam batas-batas yang di toleransi dan istirahat
3	Bantu klien dan keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas	Untuk mengetahui kemampuan klien dalam beraktifitas.
4	Tingkatkan kemandirian dalam perawatan diri yang dapat ditoleransi, bantu jika kelelahan terjadi	Meningkatkan aktivitas ringan/sedang.

g. Ansietas berhubungan dengan keadaan penyakit yang di derita

(1) Tujuan

Berkurang sampai hilang rasa aman cemas

(2) Kriteria Hasil

- Mengidentifikasi hubungan tanda/gejala yang ada dari proses penyakit dan menghubungkan dengan faktor penyebab
- Melakukan perubahan pola hidup dan berpartisipasi dalam program pengobatan.

**Tabel 2.8 Ansietas**

No	Intervensi	Rasional
1	Gunakan pendekatan yang menyenangkan	Membina saling percaya.
2	Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien	Orientasi dapat menurunkan kecemasan
3	Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur	Untuk memberikan amanan kepastian tentang langkah-langkah tindakan yang akan diberikan sehingga klien dan keuarga mendapatkan informasi yang lebih jelas.
4	Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut	Pengertian yang empati merupakan pengobatan dan mungkin meningkatkan koping klien.
5	Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis	Untuk memberikan amanan kepastian tentang langkah-langkah tindakan yang akan diberikan sehingga klien dan keuarga mendapatkan informasi yang lebih jelas.
6	Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi	Dapat menghilangkan ketegangan tentang kekhawatiran yang tidak diekspresikan.
7	Berikan obat untuk mengurangi kecemasan	Meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010).

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

#### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana

rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurun, 2011). Jenis evaluasi ada dua, yaitu:

a. Evaluasi berjalan (Formatif)

Evaluasi ini dikerjakan dalam pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh klien, format yang dipakai adalah format SOAP :

S : Data subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan apa yang dirasakan, keluhkan, dan dikemukakan.

O : Data objektif

Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan

A : Analisis

Penelian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah perkembangan ke arah perbaikan atau kemunduran.

P : Perencanaan

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatasi yang berisi melanjutkan rencana sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

b. Evaluasi akhir (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan antara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali,

agar dapat data-data, masalah atau rencana yang perlu di modifikasi, format yang dipakai adalah format SOAPIER :

S : Data subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan di kemukakan klien.

O : Data objektif

Perkembangan objektif yang bisa diamati dan di ukur oleh perawat atau tim kesehatan

A : Analisa

Penilaian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apa perkembangan kearah perbaikan atau kemunduran.

P : Perencana

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan keadaan atau masalah belum teratasi.

I : Implementasi

Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana.

E : Evaluasi

Yaitu penilaian tentang mana rencana tindakan dan evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh mana masalah klien.

**R : Reassessment**

Bila hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, pengkajian ulang perlu dilakukan melalui proses pengumpulan data subjektif, objektif, dan proses analisisnya.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus yaitu studi yang mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan untuk menggali masalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Dengan Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis dengan intervensi latihan nafas dalam (pernafasan *buteyko*).

#### **3.2 Batasan Istilah**

Asuhan Keperawatan pada pasien Asma dengan Ketidakefektifan Pola Nafas di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis, maka penyusun studi kasus menjabarkan tentang konsep asma dan ketidakefektifan pola nafas. Batasan istilah disusun secara naratif dan apabila diperlukan ditambahkan informasi.

1. Asma merupakan gangguan inflamasi kronis di jalan napas akibat adanya inflamasi atau pembengkakan dinding dalam saluran napas. Akibatnya saluran napas menyempit, dan jumlah udara yang masuk ke dalam paru berkurang. Hal ini menyebabkan timbulnya napas berbunyi (*wheezing*), batuk-batuk, dada sesak, dan gangguan bernapas (Soedarto, 2012).

2. Ketidakefektifan pola nafas adalah ketidakmampuan proses sistem pernafasan : inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat (Nurarif, 2015).

### **3.3 Partisipan/ Responden/ Subjek Penelitian**

Subjek penelitian adalah klien dan keluarga yang dituju untuk melakukan penelitian oleh peneliti dan menjadi fokus perhatian atau sasaran penelitian. Subjek pada studi kasus ini adalah 2 orang klien dengan masalah dan diagnosa medis yang sama yaitu asma yang dirawat di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis.

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian dilakukan di Ruang Bougenville 2 RSUD Ciamis yang beralamatkan Jl. Rumah Sakit No.76 Ciamis, Kecamatan Ciamis, Kabupaten Ciamis, Provinsi Jawa Barat. Waktu yang dibutuhkan dalam penyusunan studi kasus ini pada klien 1 mulai tanggal 19-21 Desember 2019 dan pada klien 2 mulai tanggal 24-26 Desember 2020.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah :

#### **1. Wawancara**

Wawancara adalah mengajukan pertanyaan kepada klien atau keluarga yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi klien atau keluarga merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Dalam wawancara meliputi identitas klien dan penanggungjawab, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga, keadaan fisik,

psikologi, sosial dan spiritual (Dermawan 2012). Peneliti melakukan wawancara terhadap kedua klien dengan memberikan beberapa pertanyaan dan kedua klien merespon dengan menjawab pertanyaan dari peneliti.

## **2. Observasi**

Observasi merupakan cara mengamati perilaku dan keadaan klien untuk mendapatkan sumber data mengenai masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien. Peneliti mengamati sekaligus ikut serta dalam kegiatan yang dilakukan klien.

## **3. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik adalah proses yang dilakukan peneliti dengan memeriksa keadaan fisik klien untuk menentukan masalah yang dialami klien, dengan tujuan mengidentifikasi masalah, dan mendapatkan data dasar untuk menentukan intervensi.

Ada 4 pendekatan pemeriksaan fisik, yaitu:

### 1) Inspeksi

Inspeksi adalah suatu proses observasi yang dilakukan secara sistematis menggunakan indera penglihatan dan penciuman.

### 2) Palpasi

Palpasi adalah teknik menggunakan indera peraba terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan dengan menggunakan tangan dan jari-jari.