

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ASMA BRONKIAL
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN
NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RUANG AGATE BAWAH
RSUD Dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada prodi D III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

KAHAR SOALOON SIREGAR

AKX.15.050



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2018**

**LEMBARAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ASMA BRONKIAL DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK
EFEKTIF DI RUANG AGATE BAWAH RSUD**

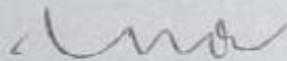
dr.SLAMET GARUT

**KAHAR SOALON SIREGAR
AKX.15.050**

KARYA TULIS INI TELAH DI SETUJUI

20 APRIL 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



**A. Aep Indarna S.pd..S.kep..Ners
NIDN : 0409127702**

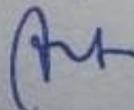
Pembimbing Pendamping



H. Kusnadi BSc.An

NIP : 10115179

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti S.Kp., M.Kep.

NIK : 10107064

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ASMA BRONKIAL DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK
EFEKTIF DI RUANG AGATE BAWAH RSUD
dr.SLAMET GARUT**

Oleh :
Kahar Soaloon Siregar
AKX.15.050

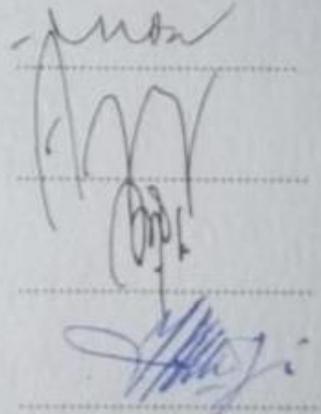
Telah diuji
Pada tanggal, 26 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : A. Aep Indarna S.pd,S.kep.,Ners
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Angga Satria Pratama, M.kep
(Penguji I)
2. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Penguji II)
3. H. Kusnadi BSc.An
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua



Rd.Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 10107064



SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Kahar Soaloon Siregar

NIM : AKX.15.050

Prodrum Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Asma Bronkial
Dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan
Napas Tidak Efektif Di RSUD Dr.Slamet Garut.

Menyatakan

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (A.Md.) baik di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis ilmiah yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 26 April 2018

Yang METERAI n



KAHAR SOALOON SIREGAR

ABSTRAK

Latar Belakang : Asma adalah suatu gangguan pada saluran bronkial yang mempunyai ciri bronkospasme periodik terutama pada percabangan trakeobronkial (Irman soemantri, 2012), ditandai dengan gejala mengi menandakan ada penyempitan disaluran nafas, sesak, batuk berdahak, bunyi whezing, cemas, nyeri dada dan mudah kelelahan. Dari data rekam medik RSUD dr.Slamet Garut bahwa penyakit asma merupakan 10 penyakit terbesar di ruang Agate Bawah. Manifestasi klinis biasanya tidak ditemukan pada penderita yang sedang bebas serangan, tapi pada saat serangan penderita tampak bernafas cepat dan dalam, gelisah, duduk dengan menyangga ke depan serta otot-otot pernafasan bekerja dengan keras. Tujuan penulis ini adalah mampu mengaplikasikan Asuhan Keperawatan pada 2 klien yang mengalami Asma Bronkial dengan masalah keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif di Ruang Agate Bawah RSUD Dr.Slamet Garut. **Metode :** metode yang digunakan adalah studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci dengan teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, studi dokumentasi, partisipasi aktif, studi kepustakaan. **Hasil :** Masalah yang muncul pada kedua klien yaitu klien 1: Bersihan jalan nafas Tidak Efektif berhubungan dengan adanya secret di jalan nafas, Gangguan kebutuhan istirahat tidur berhubungan dengan adanya sesak nafas, dan Gangguan rasa aman cemas berhubungan dengan kurangnya informasi dan pengetahuan tentang penyakit. Klien 2: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya secret di jalan nafas, Gangguan kebutuhan istirahat tidur berhubungan dengan sesak nafas, dan Defisit keperawatan diri berhubungan dengan rambut kotor, badan kotor dan gigi kotor. **Kesimpulan :** pada klien dengan masalah keperawatan yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien Asma Bronkial hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga penulis harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada kedua pasien.

Kata Kunci : *Asma Bronial, Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif, Asuhan keperawatan*

Terdiri Dari : V BAB, 2 jurnal (2008-2018), Buku (2009-2015), 1 Website

Background : *Asthma is a intefrence in the canal bronchial have a defect bronkospasme periodic ekspecialy in the trachea bronchial branch (Irman soemantri, 2012), in sign with indication diffully breathing, rannow, sputum-cough, wheezing sound, apprehensive, painfull chest and easy fatigre. From informant by medical record RSUD Dr.Salamet Garut that dieses asthma is 10 major dieses in agate room. Manifestation clinical usually not find on object be in the process of free attack, but at moment attack, object appear breathing rapid and deep, nervous, sit with support to front and brething muscle's woerking hard. Purpose writer is afford put to use nursing care to 2 medical patient, experience a ashtma bronchial with problem nursing cleanness at breath not efective in agate room RSUD Dr.Slamet Garut. **Methods :** the purpose is study case for exploration a problem/ phenomenon with limitation details with techniquw aggregation date in user is interview, phsical investigation, observation, study dokumentation, partisipation active, and study library. **Result :** Appear a problem to second medical patient is cleanness roa breathing not efective be in contact there a sputum in road breathing, interference necesty rest sleep be in contact hard dirty. **Discussion :** client with nursing problem is cleanness road breathing not alwayshave a respons equally to every medical patient.*

Keyword : *Asthma bronchial, cleanness road breath not efective, Nursing Care*

References : V BAB, 2 journals, books (2009-2015), 1 websites

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran 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 BRONKIAL DENGAN MASALAH KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF DI RSUD Dr.SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Kepawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. H. Husi Husaeni, dr., SpAn.,KIC.M.Kes selaku Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
5. H. Jajang Sujana Mail, dr., SpAn., selaku Ketua Pelaksana Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
6. A.Aep Indarna, S.Pd.,S.kep.,Ners, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Kusnadi,Bsc.An, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ini.
8. Kedua orangtua saya maupun saudari perempuan yang telah memberikan do'a dan dukungan selama penulis menyelesaikan karya tulis ini.

9. dr. H. Maskut Farid MM., selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
10. Hj.Iin Farlina, S.kep.,Ners, selaku CI Ruangan Agate Bawah yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama saya praktek di Ruangan Agate Bawah Rsud dr.Slamet Garut.
11. Semua pihak yang tidak bisa disebut namanya satu persatu yang telah membantu memberi dukungan selama penulis menyelesaikan karya tulis ini.

Dengan segala hormat penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar besarnya dan akhirnya semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua serta selalu dalam lindungan dan keridhaan Allah SWT.

Bandung, 26 April 2018

PENULIS

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PESETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat	7
1. Manfaat Teoritis	7
2. Manfaat Praktis	8
BAB II TUJUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Dasar Penyakit	10
1. Pengertian Asma	10
2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan	11
3. Patofisiologi.....	19
4. Penatalaksanaan Medis.....	21
B. Konsep Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	25
1. Pengertian.....	25
2. Tanda dan Gejala.....	26

3 Hubungan Antara Asma dengan Ketidakefektifan Jalan Nafas.....	27
4. Strategi Penatalaksanaan.....	28
C. Konsep Dasar Keperawatan.....	30
1. Pengkajian.....	30
2. Analisa Data.....	39
3. Diagnosa Keperawatan.....	39
4. Perencanaan Keperawatan.....	40
5. Pelaksanaan Keperawatan.....	49
6. Evaluasi.....	49
BAB III METODE PENELITIAN.....	52
A. Desain Penelitian.....	52
B. Batasan Istilah.....	52
C. Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian.....	53
D. Lokasi dan Waktu penelitian.....	53
E. Pengumpulan Data.....	53
F. Uji Keabsahan Data.....	54
G. Analisis Data.....	55
H. Etik Penulisan KTI.....	57
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	59
A. HASIL.....	59
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	59
2. Pengkajian.....	60
3. Analisa Data.....	75
4. Diagnosa Keperawatan.....	79
5. Perencanaan.....	81
6. Implementasi.....	83
7. Evaluasi.....	86
B. PEMBAHASAN.....	88
1. Pengkajian.....	88
2. Diagnose Keperawatan.....	89
3. Perencanaan.....	91
4. Pelaksanaan.....	91
5. Evaluasi.....	91

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	93
A. KESIMPULAN.....	93
B. Saran	96

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1.1 Sepuluh Penyakit Terbesar (Periode Januari-Desember 2017)	4
Tabel 2.1 Derajat Sesak	33
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional.....	41
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional.....	43
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional.....	46
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional.....	48
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional.....	50
Tabel 4.1 Identitas.....	60
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	61
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-Hari	62
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	64
Tabel 4.5 Pemeriksaan Psikologi	72
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	74
Tabel 4.7 Program Dan Perencanaan Pengobatan	74
Tabel 4.8 Analisa Data.....	75
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	79
Tabel 4.10 Perencanaan	81
Tabel 4.11 Implementasi.....	83
Tabel 4.12 Evaluasi.....	86

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathway</i> Asma Bronkial	21
--	----

DAFTAR SINGKATAN

BB : Berat Badan

TB :Tinggi Badan

Kg : Kilogram

Gr : Gram

WHO : World Healt Organizatio

O₂ : Oksigen

Co₂ : Karbon Dioksida

Cm : Senti Meter

Mmhg: Milli Meter Merkuri Hydrargyrum

TD : Tekanan Darah

β : Beta

APE : Arus Puncak Ekspirasi

TD : Tekanan Darah

RR : Respirasi Rate

S : Suhu

N : Nadi

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Struktur Anatomi Pernafasan	11
Gambar 2.2 Struktur Anatomi Pernafasan Atas	12
Gambar 2.3 Struktur Anatomi Laring	13
Gambar 2.4 Struktur Anatomi Trakhea	14
Gambar 2.5 Struktur Anatomi Pernafasan Bawah	17
Gambar 2.6 Struktur Anatomi Lobus Kanan dan Kiri	17
Gambar 2.7 Ilustrasi Tekanan Inhalasi dan Ekshalasi	18

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Bimbingan
- Lampiran 2 Lebar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 Lembar Observasi
- Lampiran 4 Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah kondisi dinamis meliputi kesehatan jasmani, rohani, sosial, dan tidak hanya terbatas pada penyakit, cacat, dan kelemahan. Dikatakan sehat secara fisik adalah orang tersebut tidak memiliki gangguan apapun secara klinis. Sehat secara mental atau psikis adalah sehat pikiran, emosional, maupun spiritual dari seseorang (Budyono, 2011)

Saat ini kesehatan di Indonesia menjadi pusat perhatian karena semakin meningkatnya perkembangan industri. Perkembangan industri memberikan dampak positif dan negatif terhadap lingkungan sekitar industri dimana dampak positifnya menciptakan lapangan pekerjaan terhadap masyarakat serta meningkatkan ekonomi global khususnya ekonomi masyarakat, sedangkan dampak negatifnya untuk kawasan sekitar industri berubah menjadi kawasan berpolusi, khususnya polusi udara. Polusi udara menjadi faktor pencetus dan menjadi penyebab utama meningkatnya kasus beberapa penyakit di Indonesia. Salah satu penyakit karena polusi udara adalah gangguan sistem pernafasan (Sundoru, 2008)

Pernafasan atau Respirasi adalah suatu proses mulai dari pengambilan oksigen (O_2) dari atmosfer ke dalam sel-sel tubuh sampai dengan pengeluaran karbondioksida (CO_2) yang dihasilkan setelah penggunaan energi di dalam sel-sel tubuh kembali ke atmosfer. Manusia dalam bernafas menghirup oksigen dalam udara bebas dan membuang karbondioksida ke lingkungan, beberapa jenis pernafasan yaitu ventilasi pulmoner,

respirasi eksternal, respirasi internal, respirasi seluler. Pernapasan yang abnormal disebabkan oleh peradangan saluran nafas, salah satu penyakit yang disebabkan oleh peradangan saluran nafas adalah asma bronchial (Taqiyyah Bararah,2013).

Asma bronkial adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan serta penyempitan ini bersifat berulang namun reversible, dan diantar episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal (Nanda, 2015)

Penyakit asma mempunyai jumlah kasus yang cukup banyak ditemukan di masyarakat. Badan kesehatan dunia (WHO, 2012) memperkirakan 100-150 juta penduduk dunia menderita asma, jumlah ini diperkirakan akan terus bertambah sebesar 180.000 orang setiap tahun.

Menurut penelitian dari *Global Initiative for Asthma* (GINA, 2014) menyebutkan bahwa pasien asma sudah mencapai 300 juta orang diseluruh dunia dan terus meningkat selama 20 tahun belakangan ini. Apabila tidak dicegah dan ditangani dengan baik, maka diperkirakan akan terjadi peningkatan prevalensi yang lebih tinggi lagi pada masa yang akan datang serta mengganggu kualitas hidup pasien. Dari hasil penelitian lain yang dilakukan oleh *National Health Survey* tahun 2001 hingga 2009 mendapatkan prevalensi asma meningkat dari 7,3% (20,3 juta orang) di tahun 2001 menjadi 8,2% (24,6 juta orang) di tahun 2009.

Penelitian yang dilakukan oleh *cross sectional International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) menyimpulkan bahwa prevalensi asma di negara maju Amerika Serikat dan Canada tidak meningkat, di tahun 2008 sebesar 19,7% dan bahkan menurun menjadi 18,7% di tahun 2009, sedangkan prevalensi asma bronkial di negara

berkembang Asia selalu meningkat, di tahun 2008 sebesar 20,2% hingga sampai tahun 2009 sebesar 21%, saat ini diperkirakan tiap tahun terjadi kenaikan sebesar 0,18%.

Indonesia merupakan negara berkembang dimana asma bronkial merupakan penyakit sepuluh besar penyebab kematian. Hal itu tergambar berdasarkan hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 2011 didapatkan bahwa asma bronkial merupakan penyebab ke-4 kematian di Indonesia. Adapun hasil RISKESDA tahun 2009 di Provinsi Jawa Barat, diketahui bahwa prevalansi asma bronkial sebesar 4,1% atau sekitar 11.300 jiwa. Dari observasi lapangan yang dilakukan didapatkan data kejadian asma di ruang Agate Bawah RSUD Dr.Slamet Garut Kabupaten Garut periode Januari-Desember 2017 yaitu tertera pada tabel di bawah ini :

Tabel 1.1. Tabel 10 Penyakit Terbesar (Periode Januari-Desember 2017)

NO	Penyakit	Jumlah	Presentase
1	Anemia	284	28,4 %
2	Thypoid fiver	273	27,3 %
3	Dyspepsia	228	22,8 %
4	<i>Congestive Heart Fialure</i> (CHF)	228	22,8 %
5	Colic abdomen	120	12 %
6	CKD	102	10,2 %
7	Hipertensi	86	8,6 %
8	GED	82	8,2 %
9	Asma	64	6,4 %
10	DM	57	5,7 %

Sumber : *Data Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut, 2017*

Berdasarkan keterangan tersebut bahwa penyakit asma bronkial berada di daftar 10 besar penyakit yang ada di ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut. Dengan 64 pasien atau 6,4% keseluruhan pasien selama 2017 di rawat di Ruang Agate Bawah.

Penyakit asma bronkial dapat membahayakan pada penderita karena saluran nafasnya sangat peka (hipersensitif) terhadap adanya partikel udara, sebelum sempat partikel tersebut dikeluarkan dari tubuh, maka jalan nafas (bronkus) memberi reaksi yang sangat berlebihan (hiperaktif), maka terjadilah keadaan dimana otot polos yang menghubungkan cincin tulang rawan akan berkontraksi, produksi kelenjar lendir yang berlebihan, bila ada infeksi, misal batuk pilek akan terjadi reaksi sembab atau pembengkakan dalam saluran nafas (Budyono, 2011)

Komplikasi dari semua itu adalah penyempitan rongga saluran nafas. Akibatnya terjadi sesak nafas, sesak nafas bila paru mulai berusaha untuk membersihkan diri, keluar dahak yang kental bersama batuk, terdengar suara nafas yang berbunyi yang timbul apabila udara dipaksakan melalui saluran nafas yang sempit. Hingga bisa terjadi komplikasi lanjutan bronkhitis atau radang paru-paru dimana lapisan bagian dalam dari saluran pernafasan menjadi bengkak. Selain bengkak juga terjadi penyempitan bronkus yang mengakibatkan klien akan mengalami sulit bernafas.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien Asma Bronkial secara komprehensif meliputi (bio, psiko, sosial, dan spiritual) yang dituangkan ke dalam KTI yang berjudul “ **Asuhan Keperawatan Pada Klien Asma Bronkial dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Jalan Nafas di Ruang Agate Bawah RSUD Dr.Slamet Garut Kabupaten Garut Tahun 2018**”.

B. RUMUSAN MASALAH

Adapun rumusan masalah pada kasus ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Asma Bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas di RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami Asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas di RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut.

2. Tujuan Khusus

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami Asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami Asma dengan gangguan sistem pernafasan di Ruang Agate Bawah RSU dr.Slamet Garut Kabupaten Garut.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan pada klien yang mengalami Asma dengan Gangguan Sistem Pernafasan di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Asma dengan Gangguan Sistem Pernafasan di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut.
- e. Melakukan evaluasi hasil keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien yang mengalami Asma dengan Gangguan Sistem Pernafasan di Ruang Agate Bawah RSUD dr.Slamet Garut Kabupaten Garut.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca tentang penyakit Asma Bronkial dan Penullisan karya tulis ini juga bermanfaat untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan antara teori dan kasus yang terdapat di lapangan khususnya RSUD dr Slamet Garut. Dalam karya tulis ini dilakukan penelitian terhadap 2 responden. Dimaksudkan agar, pembaca dapat mengetahui ada tidaknya perbedaan respon antara Responden 1 dan responden 2 dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

2. Manfaat Praktis

1. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit salah satunya adalah sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami penyakit asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas.

2. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat salah satunya adalah membantu perawat dalam menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan pada klien yang mengalami asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas.

3. Bagi Institusi Akademik

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi Institusi akademik adalah dapat digunakan sebagai referensi bagi Institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien yang mengalami asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas.

4. Bagi Klien

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi klien adalah agar klien dapat mengetahui dan dapat mempraktikkan bagaimana penanganan sederhana dan perawatan yang dapat dilakukan pada penderita asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Defenisi

Asma adalah penyakit inflamasi kronis pada saluran pernafasan menyebabkan hiperresponsif, obstruksi, dan aliran udara yang terbatas disebabkan oleh bronkokonstriksi, penumpukan mukus, dan proses inflamasi. (christanto, 2014)

Menurut *The american Thoracic society* (1962), Asma bronkial adalah suatu penyakit dengan ciri meningkatnya respon trakea dan bronkus terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi adanya penyempitan jalan nafas yang luas dan derajatnya dapat berubah-ubah secara spontan maupun sebagai hasil pengobatan (Muttaqin Arif, 2012)

Asma adalah suatu gangguan pada saluran bronkial yang mempunyai ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme pada saluran nafas) terutama pada percabangan trakeobronkial yang dapat diakibatkan oleh berbagai stimulus seperti oleh faktor biokemikal, endokrin, infeksi, otonomik, dan psikologi. (Irman somantri, 2009).

Jadi penulis menyimpulkan bahwa asma bronkial adalah gangguan pada saluran bronkial disertai dengan penyempitan jalan nafas yang luas disebabkan oleh faktor biokemikal, endokrin, infeksi, otonomik, dan psikologi.

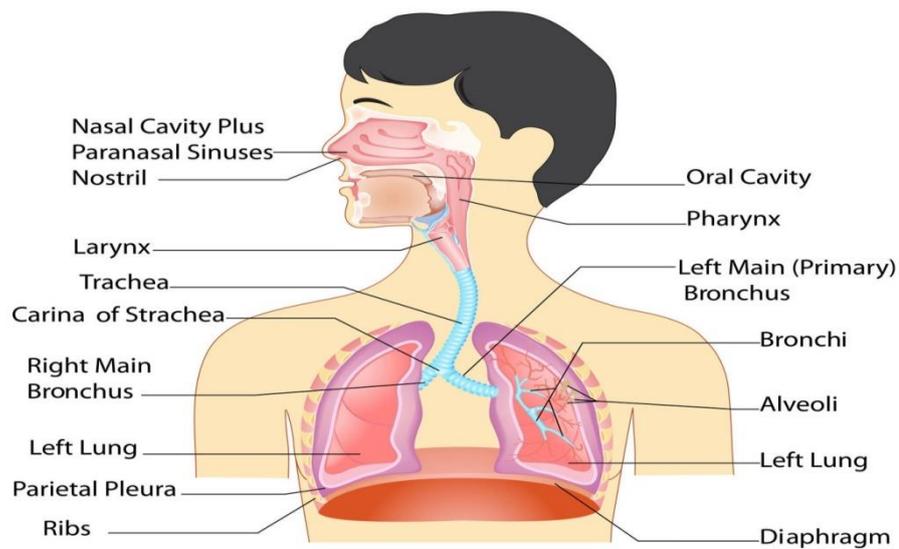
2. Anatomi Sistem Pernafasan

a. Saluran Pernafasan Bagian Atas

1). Rongga Hidung

Hidung terbagi atas dua nostril yang merupakan pintu masuk menuju rongga hidung. Rongga hidung adalah dua kanal sempit yang satu sama lainnya dipisahkan oleh septum. (Arif Muttaqin, 2012)

Gambar 2.1. Struktur anatomi saluran pernafasan



Sumber : Arif Muttaqin (2012)

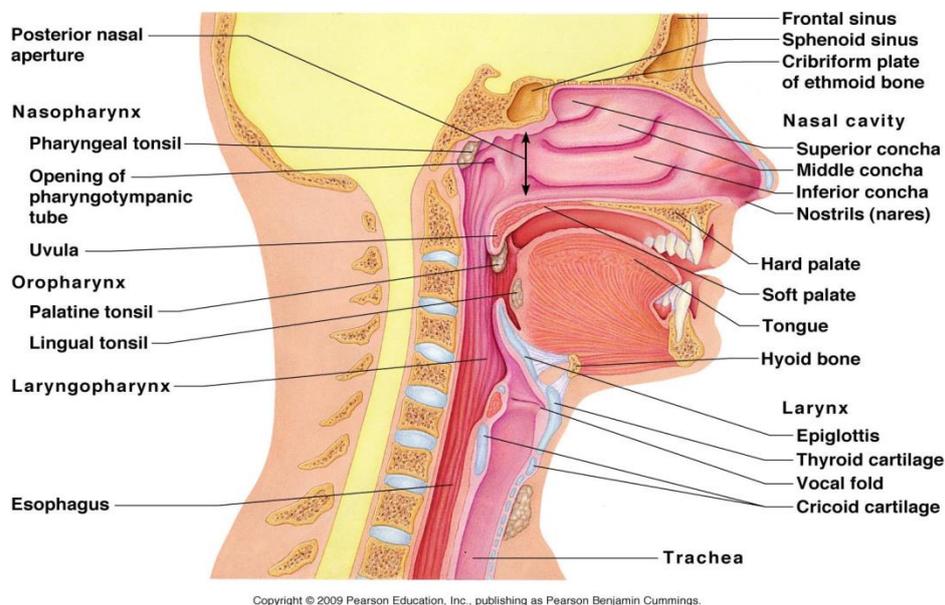
2) Sinus Paranasal

Sinusa paranasal berperan dalam menyekresi mukus, membantu mengalirkan air mata melalui saluran nasolakrimalis, dan membantu dalam menjaga permukaan rongga hidung tetap bersih dan lembab. (Arif Muttaqin, 2012)

3) Faring

Faring (tekak) adalah pipa berotot yang bermula dari dasar tengkorak dan berakhir sampai persambungannya dengan esophagus dan batas tulang rawan krikoid. Faring terdiri atas tiga bagian yang dinamai berdasarkan letaknya, yakni nasofaring (dibelakang hidung), orofaring (dibelakang mulut) dan laringofaring (dibelakang faring).(Arif Muttaqin, 2012)

Gambar 2.2. Struktur anatomi saluran pernafasan bagian atas



Sumber : Arif Muttaqin (2012)

b. Saluran Pernafasan Bagian Bawah

1) Laring

Laring terletak diantara faring dan trachea. Berdasarkan letak vertebra servikalis, laring berada di ruas ke 4 atau ke 5 dan berakhir di vertebra servikalis ruang ke 6. Laring disusun oleh 9 kartilago yang disatukan oleh ligament dan otot rangka pada tulang hioid dibagian atas dan trachea dibawahnya. (Arif Muttaqin, 2012)

Gambar 2.3. Struktur anatomi laring. (a) Pandangan anterior, (b) Pandangan posterior, (c) Pandangan melintang.

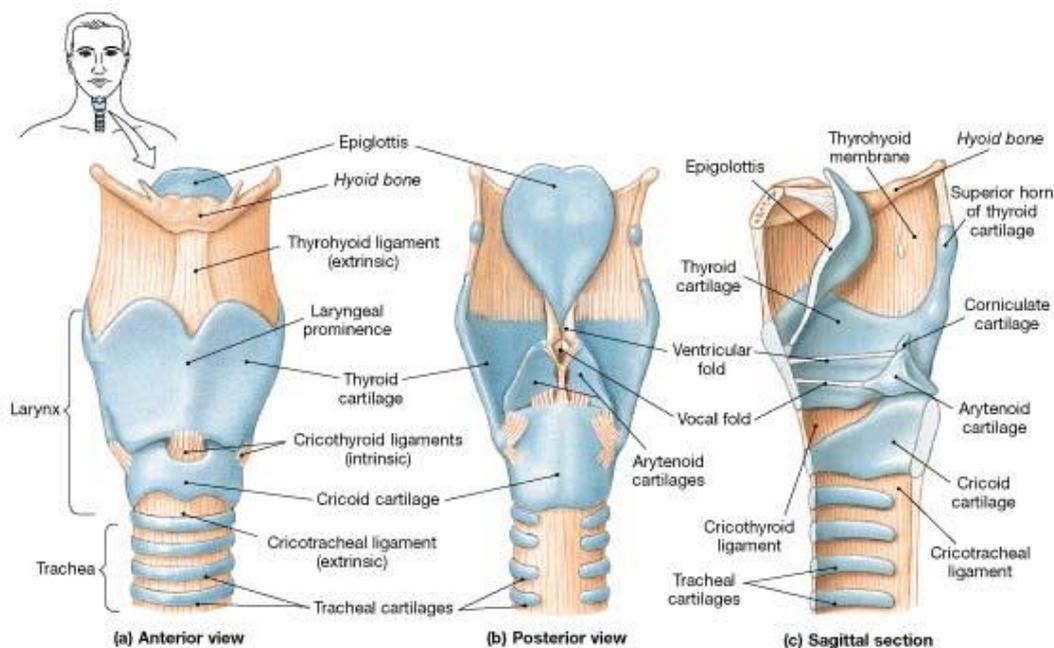


FIGURE 23-4 Anatomy of the Larynx. (a) Anterior view of the intact larynx. (b) Posterior view of the intact larynx. (c) Sagittal section through the larynx.

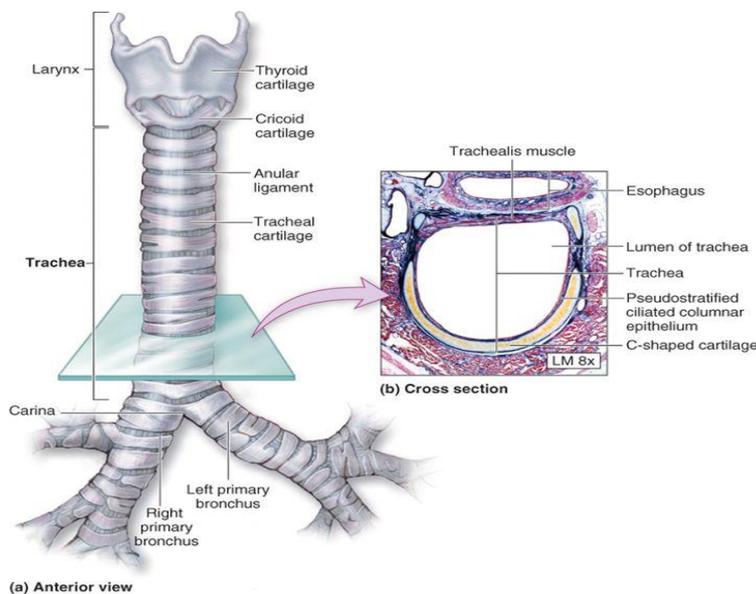
Sumber : Arif Muttaqin (2012)

Fungsi Laring adalah Vokalisasi yang mana berbicara melibatkan sistem respirasi yang meliputi pusat khusus pengaturan bicara dalam korteks serebri, pusat respirasi di dalam batang otak, dan artikulasi serta struktur resonansi dari mulut dan rongga hidung (EGC anatomi fisiologi 2011).

2). Trakhea

Trakhea adalah sebuah tabung yang berdiameter 2,5 cm dengan panjang 11 cm. Trakhea terletak setelah laring dan memanjang ke bawah setara dengan vertebra torakalis ke-5. Ujung trakhea bagian bawah bercabang menjadi dua bronkus (bronchi) kanan dan kiri. Percabangan bronkus kanan dan kiri dikenal sebagai karina (carina). Trakhea tersusun atas 16-20 kartilago hialin berbentuk huruf C yang melekat pada dinding trachea dan berfungsi untuk melindungi jalan udara. (Arif Muttaqin, 2012)

Gambar 2.4. (a) Ilustrasi trakhea, (b) gambaran melintang trakhea.



Sumber : Arif Muttaqin, 2012

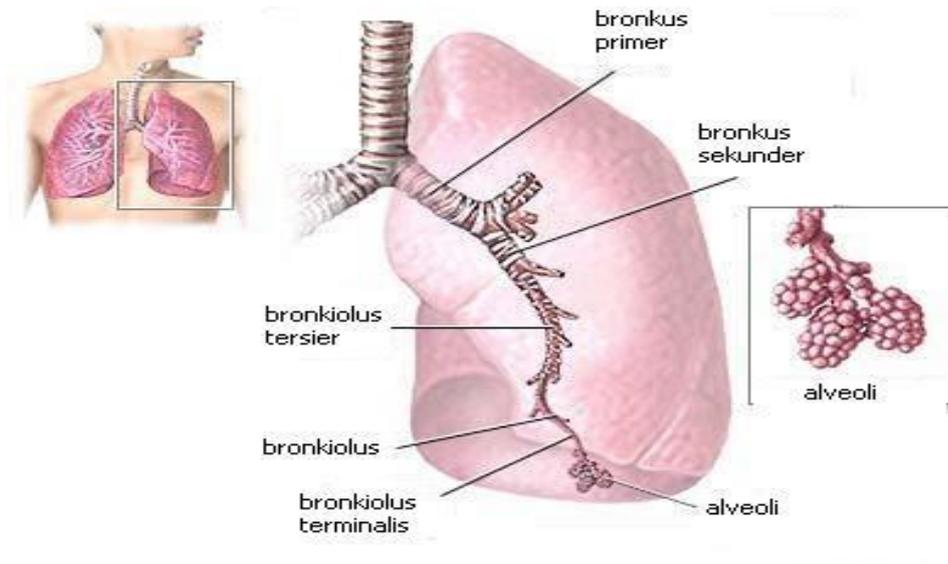
3) Bronkus

Bronkus mempunyai struktur serupa dengan trakhea. Bronkus kiri dan kanan tidak simetris. Bronkus kanan lebih pendek, lebih lebar, dan arahnya hampir vertical dengan trakhea. Sebaliknya bronkus kiri lebih panjang, lebih sempit, dan sudutnya pun lebih runcing. (Arif Muttaqin, 2012).

Bronkus (cabang tenggorokan) merupakan lanjutan dari trakea. Bronkus terdapat pada ketinggian *vertebrae torakalis IV* dan *V*. Bronkus mempunyai struktur sama

dengan trakea dan berjalan ke bawah ke arah tampuk paru. Bagian bawah trakea mempunyai cabang dua kiri dan kanan yang dibatasi oleh garis pembata. Setiap perjalanan cabang utama tenggorok ke sebuah lekuk yang panjang di tengah permukaan paru (EGC anatomi fisiologi, 2011).

Gambar 2.5. Struktur anatomi saluran pernafasan bawah



Sumber : Arif Muttaqin (2012)

Bronkus prinsipalis terdiri dari dua bagian:

1. Bronkus prinsipalis dekstra: Panjangnya sekitar 2,5 cm masuk ke hilus pulmonalis paru kanan, mempercabangkan bronkus lobaris superior. Pada waktu masuk ke hilus bercabang tiga menjadi bronkus lobaris medius, bronkus lobaris inferior, dan bronkus lobaris superior, di atasnya terdapat V. Azigos, di bawahnya A. Pulmonal dekstra.
2. Bronkus prinsipalis sinistra: Lebih sempit dan lebih panjang serta lebih horizontal di bandingkan bronkus dekstra, panjangnya sekitar 5 cm, berjalan ke bawah aorta dan di depan esofagus, masuk ke hilus pulmonalis kiri, bercabang menjadi dua (bronkus lobaris superior dan inferior).

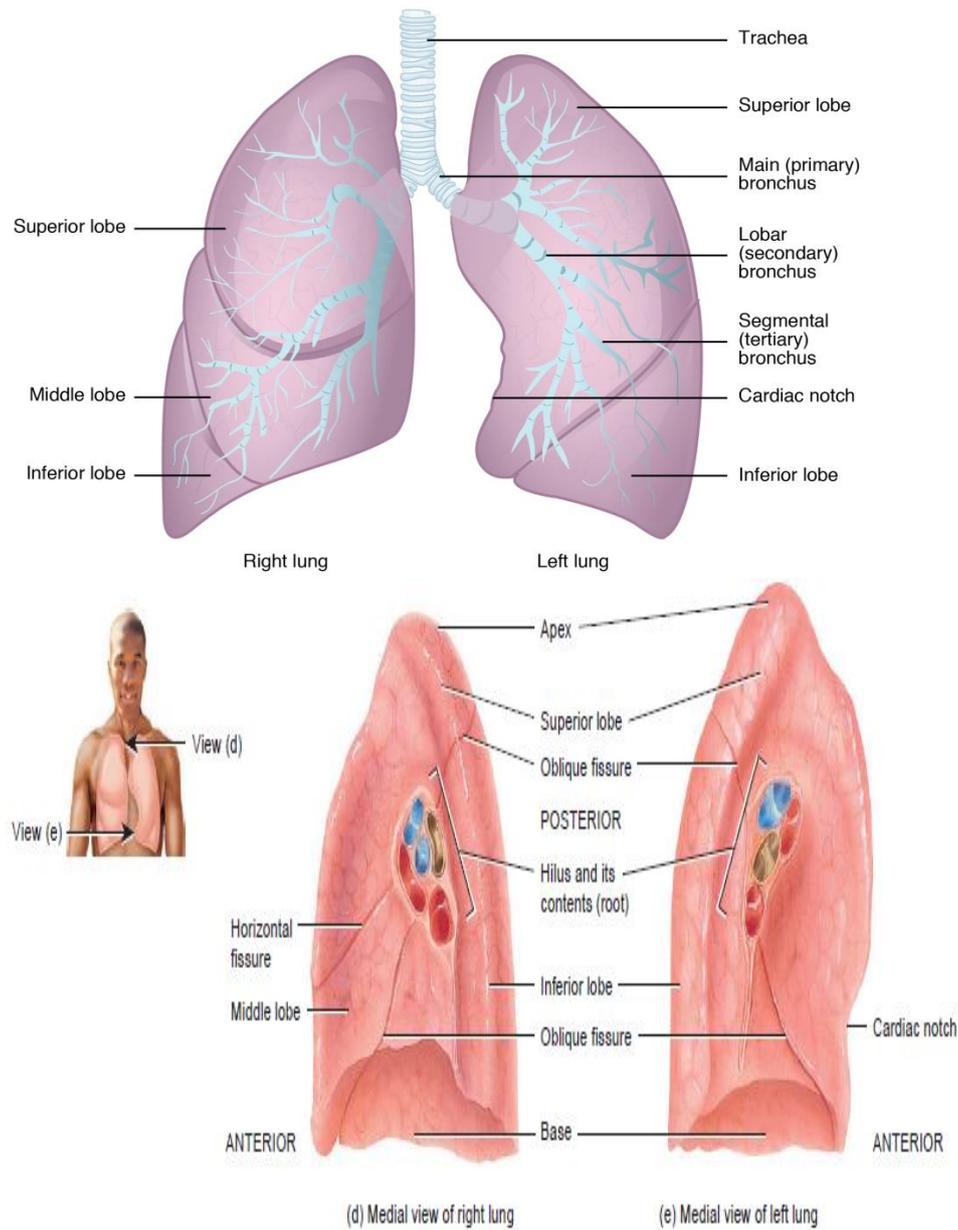
Bronkus lobaris atau bronkioli (cabang bronkus) merupakan cabang yang lebih kecil dari bronkus. Pada ujung bronkioli terdapat gelembung paru atau alveoli. Percabangan bronkus lobaris meliputi bronkus lobaris superior dekstra, dan superior sinistra, dan bronkus lobaris inferior sinistra (EGC anatomi fisiologi, 2011).

Bronkus mengadakan pendekatan pada lobus pernafasan. Struktur dalam bronku berbeda dengan diluar bronkus. Seluruh gabungan otot menekan bagian yang melalui cabang-cabang tulang rawan yang makin sempit dan makin sempit yang di namakan bronkiolus. Dari tiap-tiap bronkiolus masuk ke dalam lobus dan bercabang lebih banyak dengan diameter kira-kira 0,5 mm. Bronkus yang terakhir membangkitkan pernapasan dan melepaskan udara ke permukaan pernapasan di paru-paru. Pernapasan bronkiolus membuka dengan cara memperluas ruangan pembuluh alveoli tempat terjadinya pertukaran udara antara oksigen dan karbon dioksida (EGC anatomi fisiologi, 2011).

4). Paru-paru

Paru merupakan organ elastis, berbentuk kerucut, dan terletak dalam rongga thoraks. Kedua paru dipisahkan oleh mediastinum sentral yang berisi jantung dan beberapa pembuluh darah besar. Paru kanan lebih besar dari paru-paru kiri. Selain itu, paru juga dibagi menjadi lima bolus, tiga lobus pada paru kanan dan dua lobus pada paru kiri. (Arif Muttaqin, 2012)

Gambar 2.6. Struktur anatomi lobus paru kanan dan kiri dari depan dan belakang



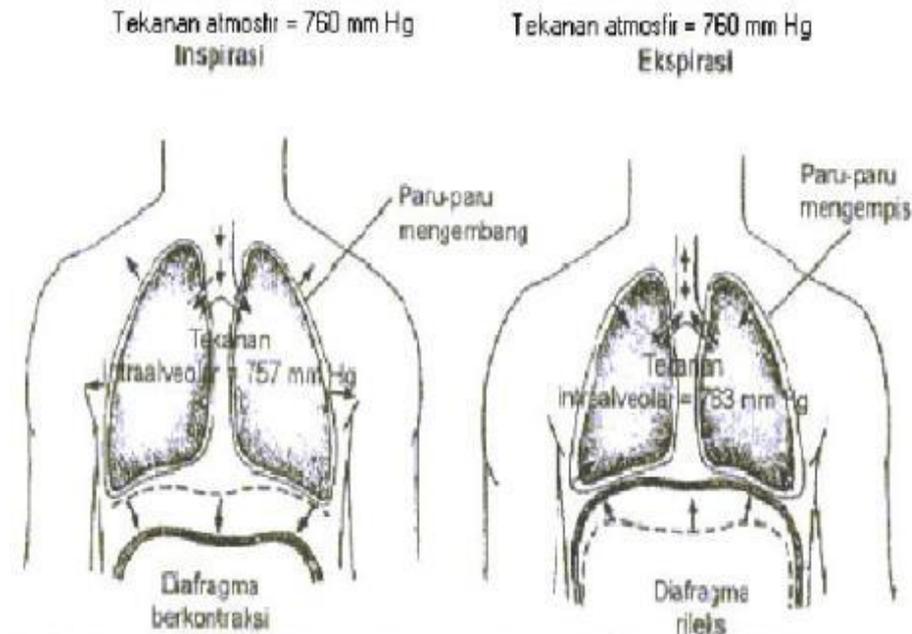
Sumber : Arif Muttaqin (2012)

5). Pleura

Pleura merupakan kantung tertutup yang terbuat dari membran serosa (masing-masing untuk setiap paru) yang didalamnya mengandung cairan serosa. Bagian pleura yang melekat kuat pada paru disebut pleura viseralis dan lapisan paru yang membatasi rongga thoraks disebut pleura parietals. (Arif Muttaqin, 2012)

Tekanan dalam rongga pleura lebih rendah dari tekanan atmosfer. Perbedaan tekanan ini berguna untuk mencegah terjadinya kolaps paru. (Arif Muttaqin, 2012)

Gambar 2.7. Perbedaan tekanan saat inhalasi dan ekshalasi



Gbr. 1-7. Mekanisme ventilasi. (A) inspirasi; (B) ekspirasi. (Sumber: Thiobodeau & Patton, 1996)

Sumber : Arif Muttaqin (2012)

6). Otot-otot pernafasan

Otot pernafasan merupakan sumber kekuatan untuk menghembuskan udara. Diafragma (dibantu oleh otot-otot yang dapat mengangkat tulang rusuk dan tulang dada) merupakan otot utama yang ikut berperan meningkatkan volume paru. (Arif Muttaqin, 2012)

Saat inspirasi, otot sternokleidomastoideus, otot skalenes, otot pektoralis minor, otot serratus interior, dan otot interkostalis sebelah luar mengalami kontraksi sehingga menekan diafragma ke bawah dan mengangkat rongga dada untuk membantu udara masuk ke dalam paru. (Arif Muttaqin, 2012)

Pada fase ekspirasi, otot-otot transversal dada, otot interkostalis sebelah dalam, dan otot abdominal mengalami kontraksi, sehingga mengangkat diafragma

dan menarik rongga dada untuk mengeluarkan udara dari paru. (Arif Muttaqin, 2012)

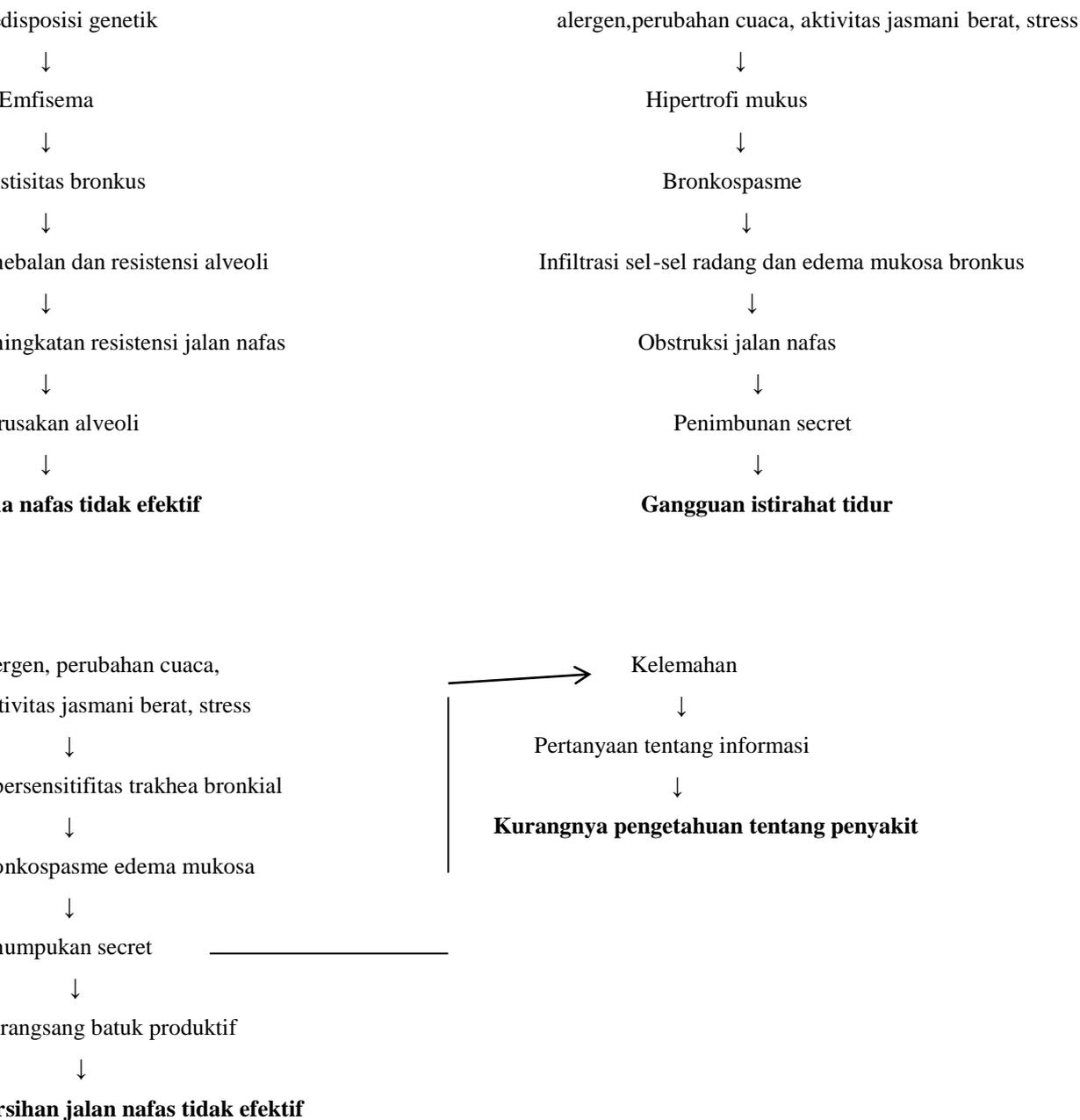
3. Patofisiologi

Asma akibat alergi bergantung kepada respon IgE yang dikendalikan oleh limfosit T dan B serta diaktifkan oleh interaksi antara antigen dengan molekul IgE yang berikatan dengan sel mast. Sebagian besar alergen yang mencetuskan asma bersifat *airborne* dan agar dapat menginduksi keadaan sensitivitas, alergen tersebut harus dalam jumlah banyak untuk periode waktu tertentu. Akan tetapi, sekali sensitivitas telah terjadi, klien akan memperlihatkan respon yang sangat baik, sehingga sejumlah kecil alergen yang mengganggu sudah dapat menghasilkan eksaserbasi penyakit yang jelas. (Irman somantri, 2009)

Obat yang paling sering berhubungan dengan induksi episode akut asma adalah aspirin, bahan pewarna seperti tartazin, antagonis beta-adrenergik, dan bahan sulfat. Sindrom pernafasan *sensitif-aspirin* khususnya terjadi pada orang dewasa, walaupun keadaan ini juga dapat dilihat pada masa kanak-kanak. Masalah ini biasanya berawal dari rhinitis vasomotor perennial yang di ikuti oleh rhinosinusitis hiperplastik dengan polip nasal. Baru kemudian muncul asma progresif. (Irman Somantri, 2009)

Pencetus-pencetus serangan asma ditambah dengan pencetus lainnya dari internal klien akan mengakibatkan timbulnya reaksi antigen dan antibodi. Reaksi antigen-antibodi ini akan mengeluarkan substansi pereda alergi yang sebetulnya merupakan mekanisme tubuh dalam menghadapi serangan. Zat yang dikeluarkan dapat berupa histamin, bradikinin, dan anafilatoksin. Hasil dari reaksi tersebut adalah timbulnya gejala, yaitu berkontraksinya otot polos, peningkatan permeabilitas kapiler, dan peningkatan secret mukus, seperti terlihat pada gambar berikut ini. (Irman Somantri, 2009)

Bagian 2.1 Skema Patofisiologi Asma Bronkial



Sumber : <http://diglib.ac.id/files/disk1/136/jtptunimus-gdl-gilangmokh-6756-1-bab1.pdf>,

diunduh 11April 2018.

4. Penatalaksanaan Medis

a. Pengobatan Nonfarmakologi

1). Penyuluhan

Penyuluhan ini ditunjuk untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang penyakit asma sehingga klien secara sadar menghindari faktor-faktor pencetus, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi pada tim kesehatan. (Arif Muttaqin, 2012)

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. (Arif Muttaqin)

3). Fisisoterapi

Dapat digunakan untuk mempermudah pengeluaran mukus. Ini dapat dilakukan dengan postural drainase, perkusi, dan fibrasi dada. (Arif Muttaqin, 2012)

b. Pengobatan Farmakologi

1). Bronkodilator

a) Agonis β_2

Obat ini mempunyai efek bronkodilator. Terbutalin, salbutamol, dan feneterol memiliki lama kerja 4-6 jam, sedangkan agonis β_2 *long acting* bekerja melebihi 12 jam, seperti salmeterol, formeterol, bambuterol, dan lain-lain. Bentuk aerosol dan inhalasi memberikan efek bronkodilatasi yang sedang dengan dosis yang jauh lebih kecil yaitu sepersepuluh dosis oral dan pemberiannya lokal. (Arif Mansjoer dkk, 2014)

b) Metilaxatin

Teofilin termasuk golongan ini. Efek bronkodilatornya berkaitan dengan konsentrasinya dalam serum. Efek samping obat ini dapat ditekan dengan pemantauan kadar teofilin serum dalam pengobatan jangka panjang (Arif Mansjoer dkk, 2014)

c) Anti kolinergik

Golongan ini dapat menurunkan tonus vagus instrinsik dari saluran pernafasan.

(Arif Mansjoer dkk, 2014)

2) Anti inflamasi

Anti inflamasi menghambat inflamasi jalan nafas dan mempunyai efek supresi dan profilaksis. (Arif Mansjoer dkk, 2014)

a) Kortikosteroid

Jika agonisbeta dan metilxantin tidak memberikan respon yang baik, harus diberikan kortikosteroid. Steroid dalam bentuk aerosol dengan dosis 4x semprottiap hari. Pemberian steroid dalam jangka lama mempunyai efek samping, maka klien yang dapat steroid jangka lama harus diawasi dengan ketat. (Arif Muttaqin, 2012)

b) Kromolin dan Iprurtropium bromide (atroven)

Kromolin merupakan obat pencegah asma khususnya untuk anak-anak. Dosis Iprurtropium Bromide deberikan 1-2 kapsul 4x sehari. (Arif Muttaqin, 2012).

c) Terapi

Terapi awal menurut (Arif Mansjoer dkk, 2014), yaitu :

- 1) Oksigen 4-6 liter/menit
- 2) Agonis β 2 (salbutamol 5 mg atau feneterol 2,5 mg atau terbutalin 10 mg) inhalasi nebulasi dan pemberiannya dapat diulang setiap 20 menit sampai 1 jam. Pemberian agonis β 2 dapat secara subkutan atau iv dengan dosis salbutamol 0,25 mg atau terbutalin 0,25 mg dalam larutan dextrose 5% dan diberikan perlahan.
- 3) Aminofilin bolus iv 5-6 mg/kgBB, jika sudah menggunakan obat ini dalam 12 jam sebelumnya maka cukup diberikan setengah dosis.

- 4) Kortikosteroid hidrokortison 100-200 mg iv jika tidak ada respon segera atau pasien sedang menggunakan steroid oral atau dalam serangan berat.

Respon terapi awal baik, jika didapat keadaan berikut :

- 1) Respon menetap selama 60 menit setelah pengobatan.
- 2) Pemeriksaan fisik normal
- 3) Arus puncak ekspirasi (APE) >70%

Jika respon tidak ada atau tidak baik terhadap terapi awal maka pasien sebaiknya dirawat di rumah sakit.

Terapi asma kronik adalah sebagai berikut :

- 1) Asma ringan : agonis β 2 inhalasi bila perlu atau agonis β 2 oral sebelum *exercise* atau terpapar alergen.
- 2) Asma sedang : anti inflamasi setiap hari dan agonis β 2 inhalasi bila perlu
- 3) Asma berat : steroid inhalasi setiap hari, teofilin *slow release* atau agonis β 2 *long acting*, steroid oral selang setiap hari atau dosis tunggal harian dan agonis β 2 inhalasi sesuai kebutuhan.

B. Konsep Ketidakefektifan Jalan Nafas

1. Pengertian

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau obstruksi saluran pernafasan guna mempertahankan jalan nafas yang bersih yang dipengaruhi oleh :

- a. Lingkungan : merokok, menghirup asap rokok, dan perokok pasif.
- b. Obstruksi jalan nafas : Spasme jalan nafas, pengumpulan sekresi, mucus berlebihan adanya jalan nafas buatan, terdapat benda asing pada jalan nafas, sekresi pada bronki, dan eksudat pada alveoli.
- c. Fisiologi : disfungsi neuromuscular, hiperplasi dinding bronchial, PPOK (Penyakit Paru Obstuki kronis), infeksi, asma, alergi jalan nafas, dan tauma.

- d. Ansietas
- e. Posisi tubuh
- f. Deformitas tulang dan dinding dada
- g. Penurunan energi/kelelahan
- h. Hiperventilasi
- i. Kerusakan muskulus skeletal
- j. Imaturitas neurologist
- k. Nyeri

2. Tanda dan Gejala

a. Dispnea

Dispnea adalah suatu perasaan subjektif tentang kesulitan, ketidak-nyamanan atau kesakitan dalam bernafas, menjadikan petunjuk adanya ketidak-seimbangan antara kebutuhan ventilasi dan kemampuan memenuhi kebutuhan tersebut.

b. Batuk

Batuk merupakan suatu reflek untuk membantu pengeluaran sekresi dan benda – benda asing dari batang tracheobroncheal dan paru –paru. Batuk terjadi bila ada stimulasi dari reseptor batuk yang terletak di pharynx, larynx, bronchus dan paru – paru. Mekanisme fisiologi yang berperan untuk terjadinya batuk adalah inspirasi dalam yang di ikuti oleh penutupan glottis sesaat, diikuti ekspirasi keras dan tiba – tiba. Mekanisme ini dibantu oleh kontraksi maksimal otot – otot ekspirasi. Tujuan batuk adalah untuk menimbulkan aliran udara yang keras melalui jalan nafas serta mendorong mucus atau benda asing keluar dari sistem pernafasan.

c. Bunyi nafas mengi

Bunyi mengi adalah bunyi yang mempunyai puncak yang tinggi, berirama teertama terdengar pada saat ekspirasi. Biasanya terjadi pada pasien bronkokonstriksi.

d. Cyanosis

Cyanosis adalah kebiru – biruan kulit .dan selaput lendir yang terjadi apabila kadar hemoglobin dalam darah berkurang. Kadar hemoglobin tergantung pada faktor – faktor seperti konsentrasi hemoglobin dan saturasi oksigen , tekanan parsial oksigen, pada darah vena dan arteri, serta cardiac output. Dalam cyanosis perlu mengamati bagian kulit yang tipis seperti ujung lidah, selaput lendir pipi bagian dalam, ujung jari, permukaan kuku, telinga dan ujung hidung.

e. Sputum

Sputum adalah suatu sekresi yang lekat berasal dari batang tracheobronchial, mulut pharynx (salifa) hidung, dan sinus pada reaksi paru – paru terhadap setiap iritan yang kambuh secara kontan.

f. Frekuensi Pernapasaan

- 1) Bradipnea (pernapasaan lambat) berkaitan dengan penurunan tekanan intracranial, cedera otak dan takar lajak obat.
- 2) Takipnea (pernapasaan cepat) umumnya tampak pada pasien pneumonia, edema pulmonal, asidosis metabolik, nyeri hebat, dan fraktur iga.

3. Hubungan antara Asma dengan Ketidakefektifan Jalan Nafas

Obstruksi saluran nafas pada asma merupakan kombinasi spasme otot bronkus, penyumbatan mukus, edema dan inflamasi dinding bronkus. Obstruksi bertambah berat selama ekspirasi karena secara fisiologis saluran nafas menyempit yang ditandai dengan sesak dan batuk serta penumpukan sekret di jalan nafas

4. Strategi Penatalaksanaan

Penanganan sesak non farmakologi akibat ketidakefektifan jalan nafas dengan tujuan sesak berkurang yaitu dengan cara teknik pemberian posisi *semifowler* .

a. Posisi *Semifowler*

Adalah posisi setengah duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan dari 15-60 derajat. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernafasan pasien serta memberikan perasaan lega pada klien sesak nafas..

b. Tujuan

- 1) Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi
- 2) Meningkatkan rasa nyaman
- 3) Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnyaekspansi dada dan ventilasi paru
- 4) Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap

c. Indikasi

Pada pasien yang mengalami gangguan pernafasan(asma) dan pada pasien yang mengalami imobilisasi.

d. Cara / prosedur

- 1) Mengangkat kepala dari tempat tidur ke permukaan yang tepat (45-90 derajat)
- 2) Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan kepala klien jika ada bagian tubuh yang lumpuh
- 3) Letakkan bantal dibawah kepala klien sesuai dengan keinginan klien, menaikkan lutut dari tempat tidur yang rendah menghindari adanya tekanan di bawah jaraj optikal (di bawah lutut)

e. Hasil

Menurut jurnal yang dilakukan oleh (Refi Safitri, Annisa Anriyani, yang berjudul Keefektifan posisi semifowler terhadap sesak nafas pada klien Asma, 2011)

bahwa pemberian posisi *semifowler* pada klien yang mengalami asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas sangat efektif untuk mendukung proses penyembuhan bagi klien.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. (Nikmatur Rohmah, Saiful Walid, 2009)

Tujuan dari pengkajian gangguan sistem pernapasan adalah untuk mengkaji secara umum dari status mengenai keadaan klien, mengkaji fungsi fisiologis dan patologis gangguan pada sistem pernafasan, mengenal secara dini masalah keperawatan klien baik aktual ataupun resiko, mengidentifikasi penyebab terjadinya masalah keperawatan, dan merencanakan mengatasi permasalahan yang ada serta menghindari masalah yang mungkin terjadi. Adapun komponen-komponen dalam pengkajian, yaitu :

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien . (Nikmatur Rohmah, Saiful Walid, 2009).

b. Identitas Klien

Biodata klien mencakup nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor medrec, tanggal dan jam saat pengkajian, diagnosa medis dan alamat.

c. Identitas Penanggung Jawab

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

d. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan utama yang timbul pada klien dengan asma bronkial adalah dispnea (bisa sampai sehari-hari atau berbulan-bulan), batuk, mengi (pada beberapa kasus lebih banyak proksimal). (Irman Somantri, 2009)

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 Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid (2012), yaitu :

P : Provokatus-Paliatif

Apa yang menyebabkan gejala ? Apa yang bisa memperberat ? Apa yang bisa mengurangi ? : Yang menyebabkan gejala seperti alergen, perubahan cuaca, infeksi saluran nafas, kegiatan yang berlebihan. Yang bisa memperberat seperti apabila penderita batuk atau menangis, dan yang bisa mengurangi seperti dilakukan posisi semifowler atau tidur menggunakan dua bantal kecil di daerah kepala.

Q : Qualitatif/ kuantitatif

Gejala yang dirasakan seperti apa ? sejauh mana gejala dirasakan? Biasanya pada kasus sesak dirasakan seperti dada ditekan-tekan, kena himpit ataupun serasa tercekik.

R : Region

Dimana gejala dirasakan? Apakah menyebar? : Biasanya dalam kasus ini sesak dirasakan diseluruh area lapang dada

S : Skala-Severity

Seberapa tingkat keparahan dirasakan ?, pada skala berapa ? : Pada kasus asma akan parah bila Respirasi Rate nya diatas normal (RR normal pada dewasa 12-20 x/menit) dan dinilai berdasarkan skala atau derajat sesak yaitu :

Tabel 2.1 Derajat Sesak

Derajat 1	Penderita asma secara klinis normal, gejala timbul bila ada faktor pencetus.
Derajat 2	Penderita asma tanpa keluhan dan tanpa kelainan pada pemeriksaan fisik tetapi fungsi paru menunjukkan tanda-tanda obstruksi jalan nafas.
Derajat 3	Penderita asma tanpa golongan tetapi pada pemeriksaan fisik maupun fungsi menunjukkan tanda-tanda obstruksi jalan nafas.
Derajat 4	Penderita asma yang sering kita jumpai mengeluh sesak nafas, batuk dan nafas berbunyi.

Sumber : Penelitian Medical Research Caounsial (MRC) (2012)

T : Time

Kapan gejala mulai timbul ?, Seberapa sering gejala dirasakan ?, Tiba-tiba atau bertahap?, Seberapa lama gejala dirasakan ? : Pada kasus asma biasanya sesak dialami penderita saat malam hari makin bertambah dan berkurang saat menjelang pagi karena penderita beristirahat, sesak pada asma akan dirasakan selama pasien panik ketika penderita tenang ataupun mendapatkan therapy obat dan oksigen asma akan berkurang.

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. (Arif Muttaqin, 2012)

4) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Riwayat Kehamilan diisi hanya untuk klien hamil, bersalin, nifas,. Meliputi data urutan kehamilan, pemeriksaan kehamilan dan imunisasi, keluhan saat hamil, proses persalinan, keluhan masa nifas, keadaan bayi, dan berat badan bayi. Riwayat persalinan meliputi prenatal, natal dan postnatal untuk menggali keadaan bayi sewaktu berada didalam kandungan ibunya, proses persalinan, dan keadaan selama periode postnatal.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan atau Penampilan Umum

Mengkaji kesadaran klien, kecemasan, kegelisahan, kelemahan suara bicara, denyut nadi, frekuensi pernafasan yang meningkat, penggunaan otot-otot bantu pernafasan, sianosis, batuk dengan lendir lengket, dan posisi istirahat klien. (Arif Muttaqin, 2012) seperti lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel.

2) Tingkat Kesadaran

Dapat di isi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif yang dapat dipilih sesuai dengan keadaan klien. Secara kuantitatif dapat dilakukan dengan pengukuran Glassgow Come Skala, sedangkan secara

kualitatif tingkat kesadaran dimulai dari compos mentis, apatis, samnolen, sopor, dan koma. (Nikmatur Rohman, Saiful Walid, 2009)

3) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital biasanya mencakup Tekanan darah, nadi, suhu, respirasi

4) Pemeriksaan Head to toe

a) Kepala

Rambut : warna, distribusi, kebersihan, kutu, ketombe

Muka : raut muka, warna, kebersihan, jerawat, luka

b) Mata

Kelopak mata, konjungtiva, pupil, sklera, lapang pandang, bola mata, dan ketajaman penglihatan.

c) Telinga

Kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan pendengaran.

d) Hidung

Pemeriksaan kebersihan, sekresi, dan pernafasan cuping hidung.

e) Mulut

Bibir, mukosa mulut, lidah, dan tonsil.

f) Leher

Pembesaran, kelenjar limfe, tyroid, posisi trakhea, distensi vena jugularis, kaku kuduk.

g) Dada

Inspeksi : diameter anteroposterior dalam proporsi terhadap diameter lateral (bentuk dada), ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman), ictus cordis, penggunaan otot bantu pernafasan.

Palpasi : masa otot dan tulang torak meliputi bengkak, nyeri, massa, pulsasi, krepitasi, ekspansi dinding dada, fremitus raba, implus apical, getaran thrill.

Perkusi : perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan

Auskultasi : suara nafas, suara nafas tambahan dan suara jantung

h) Abdomen

Inspeksi : warna, striae, jaringan parut, lesi, kemerahan, umbilicus, garis bentuk abdomen

Auskultasi : frekuensi, nada dan intensitas bising usus

Palpasi : rasakan adanya spasme otot, nyeri tekan, dan adanya massa.

Perkusi : dengarkan bunyi yang dihasilkan

i) Punggung dan bokong

Bentuk, lesi, kondisi tulang panggul, warna.

j) Ekstremitas

Kekuatan otot, range of motion, perabaan akral, perubahan bentuk tulang, CRT (normal < 3 detik), edema pitting.

f. Aktivitas Sehari-hari (ADL)

1) Nutrisi

Untuk klien dengan asma bronkial 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 karena tubuh menggunakan otot-otot tambahan dan juga karena adanya suara tambahan seperti wheezing dan ronchi.

g. Data Psikologi

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

h. 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.

i. Data Sosial

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

j. Data Hospitalisasi

Data yang diperoleh dari kemampuan klien menyesuaikan dengan lingkungan rumah sakit, kaji tingkat stress klien, tingkat pertumbuhan dan perkembangan selama di rumah sakit, sistem pendukung, dan pengalaman.

k. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Kulit

Untuk menunjukkan adanya antibody IgE hipersensitif yang spesifik dalam tubuh. (Arif Muttaqin, 2012)

2) Pemeriksaan Laboratorium (Arif Muttaqin, 2012)

a) Analisa gas darah (AGD)

b) Sputum

c) Sel eosinofil

d) Pemeriksaan darah rutin dan kimia

e) Pemeriksaan Radiologi

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit.

Tahap akhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, menafsirkan adanya ketimpangan atau kesenjangan serta membuat kesimpulan tentang masalah yang ada. (Nursalam, 2013)

3. Diagnosa Keperawatan

Merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohman Nikmatur, Walid Saiful, 2009).

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit, faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah, dan kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.

Diagnosa yang mungkin muncul pada gangguan sistem pernafasan, asma bronkial menurut marilynn E. Doenges (2009), yaitu :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme, peningkatan produksi secret, sekresi tertahan, tebal, sekresi kental, penurunan energi/kelemahan.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan suplai oksigen (obstruksi jalan nafas oleh sekresi, spasme bronkus, jebakan udara)
- c. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan dispnea, kelemahan, efek samping obat, produksi sputum, anoreksia mual/muntah.
- d. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh utama, tidak adekuatnya imunitas, proses penyakit, malnutrisi.
- e. Gangguan rasa aman cemas berhubungan dengan kurangnya informasi, pengetahuan tentang penyakit.
- f. Defisit keperawatan diri berhubungan dengan keterbatasan aktivitas ditandai dengan rambut kotor, badan kotor dan gigi kotor.

4. Perencanaan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. (Nikmatur Rohmah, Saiful Walid, 2009).

Adapun rencana asuhan keperawatan pada klien asma bronkial menurut Marilynn E. Doengos (2009) :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme, peningkatan produksi sekret, sekresi tertahan, tebal, sekresi kental, penurunan energi/kelemahan.

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 secret.

3) Rencana keperawatan

No	Intervensi	Rasional
1	Auskultasi bunyi nafas. Catat adanya nafas misal : wheezing, krakels, dan ronkhi.	Beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas dan dapat / tidak dimanifestasikan adanya bunyi nafas adventisius, misal : penyebaran, krekels basah (bronkitis), ekspirasi mengi (efisema), atau tidak adanya bunyi nafas (asma berat)
2	Kaji/pantau frekuensi pernafasan. Catat ratio inspirasi / ekspirasi	Biasanya ada, pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/ adanya proses inflamasi akut.
3	Kaji pasien untuk posisi yang nyaman misalnya peninggian posisi kepala (semi Fowler), duduk dengan sandaran tempat tidur	Peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi. Namun pasien dengan disstres berat akan mencari posisi yang paling mudah untuk bernafas.

		Sokong tangan atau kaki dengan meja, bantal, dan lain-lain membantu menurunkan kelemahan otot dan dapat sebagai alat ekspansi dada.
4	Dorongan /bantu latihan nafas abdomen atau bibir.	Memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea serta menurunkan jebakan udara.
5	Observasi karakteristik batuk, misalnya menetap, batuk pendek, basah, bantu tindakan untuk memperbaiki keefektifan upaya batuk.	Batuk dapat menetap tapi tidak efektif khususnya bila pasien lansia, sakit akut, atau kelemahan. Batuk paling efektif pada posisi duduk tinggi atau kepala dibawah setelah perkusi dada.
6	Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi : bronkodilator, kromolin, kortikosteroid, antimikrobial, analgesik.	Merilekskan otot halus dan menurunkan kongesti lokal, menurunkan spasme jalan nafas, menurunkan edema mukosa, menurunkan inflamasi jalan nafas, mencegah reaksi alergi / menghambat pengeluaran histamin.

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan suplai oksigen (obstruksi jalan nafas oleh sekresi, spasme bronkus, jebakan udara)

1) Tujuan

Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat.

2) Kriteria hasil

- a) Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigen jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal dan bebas dari gejala distress pernafasan
- b) Berpartisipasi dalam program pengobatan dalam tingkat kemampuan atau situasi.

3) Rencana keperawatan

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji frekuensi, kedalaman pernafasan, catat penggunaan aksesoris, ketidakmampuan bicara	Berguna dalam evaluasi derajat distress pernafasan dan/atau kronisnya proses penyakit.
2	Tinggikan kepala tempat tidur, bantu pasien untuk memilih posisi yang mudah 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/awasi secara rutin kulit dan warna membran mukosa.	Sianosis mungkin perifer (terlihat pada kuku) atau sentral (terlihat pada bibir atau daun telinga)
4	Dorong pengeluaran sputum, penghisapan bila di indikasikan	Kental, tebal, dan bnyaknya sekresi adalah sumber utama gangguan pertukaran gas pada jalan nafas kecil. Penghisapan

		dubutuhkan bila batuk tidak efektif.
5	Auskultasi bunyi nafas, catat area penurunan aliran udara dan bunyi tambahan	Bunyi nafas mungkin redup karena penurunan aliran udara dan atau area konsolidasi, Adanya mengi mengindikasikan spasme bronkus/tertahannya secret.
6	Palpasi fremikus	Penurunan getaran vibrasi diduga ada pengumpulan cairan atau udara terjebak
7	Awasi tingkat kesadaran	Gelisah dan anseitas adalah manifestasi umum pada hipoksia
8	Evaluasi tingkat toleransi aktivitas. Berikan lingkungan yang tenang dan kalem. Batasi aktivitas klien atau dorong unruk istirahat tidur di kursi selama fase akut. Mungkinkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap dan tingkatkan sesuai toleransi	Selama distres pernafasan berat/akut/refraktori klien secara total tak mampu melakukan aktivitas sehari-hari karena ahipoksemia dan dispnea. Iatirahat diselingi aktivitas perawatan masih penting dari program pengobatan.

9	Awasi tanda-tanda vitasl dan irama jantung	Takikardi, distitmea, dan perubahan tekanan darah dapat menunjukkan efek hipoksemia sitemik pada fungsi jantung.
---	--	--

c. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan dispnea, kelemahan, efek samping obat, produksi sputum, anoreksia mual/muntah.

1) Tujuan

Menunjukkan peningkatan berat badan menuju tujuan yang tepat

2) Kriteria hasil

Menunjukkan perilaku/perubahan pola hidup utnuk meningkatkan dan atau mempertahankan berat badan yang kuat

3) Rencana keperawatan

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji kebiasaan diet, masukkan makanan saat makan, evaluasi berat badan dan ukuran tubuh	Pasien distres pernafasan akut sering anoreksia karena dispnea, prodeuksi sputum, dan obat. Selain itu banyak klien asma mempunyai kebiasaan makan buruk, meskipun kegagalan pernafasan membuat status hipermetabolik dengan peningkatan kebutuhan kalori.
2	Auskultasi bunyi usus	Penurunan bisisng usus menunjukkan penurunan motilitas gaster dan

		<p>konstipasi yang berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan, pilihan makanan yang buruk, penurunan aktivitas, dan hipoksemia.</p>
3	<p>Berikan perawatan oral sering, bung secret, berikan wadah khusus untuk sekali pakai dan tisu.</p>	<p>Rasa tak enak, bau dan pempampilan adalah pencegahan terhadap nafsu makan dan dapat membuat mual dan muntah dengan peningkatan kesulitan nafas.</p>
4	<p>Dorong periode isitirahat semalam 1 jam sebelum dan sesudah makan. Berikan makanan porsi kecil tapi sering.</p>	<p>Membantu menurunkan kelemahan selama waktu makan dan memberikan kesempatan untuk meningkatkan masukan kalori total.</p>
5	<p>Hindari makanan penghasil gas dan minuman berkarbonat.</p>	<p>Dapat menghasilkan distensi abdomen yang mengganggu nafas abdomen dan gerakan diafragma, dan dapat meningkatkan dispnea</p>
6	<p>Hindari makanan yang sangat panas dan dingin</p>	<p>Suhu ekstrem dapat mencetus / meningkatkan spasme, batuk.</p>
7	<p>Timbang berat badan sesuai indikasi.</p>	<p>Berguna untuk menentukan kebutuhan kalori, menyusun tujuan berat badan, dan evaluasi keadekuatan nutrisi.</p>
8	<p>Konsul ahli gizi/nutrisi pendukung tim untuk</p>	<p>Metode makan dan kebutuhan kalori dirasakan pada situasi/kebutuhan</p>

	memberikan makanan individu untuk memberikan nutrisi yang mudah dicerna, maksimal dengan upaya minimal secara nutrisi seimbang. pasien / menggunakan energi.
9	Kaji pemeriksaan laborato- rium, misalnya albumin dan serum, transferin, profil asam amino, besi, pemeriksaan keseimbangan nitrogen, glukosa, pemeriksaan fungsi hati, elektrolit.
10	Berikan oksigen tambahan selama makan sesuai indikasi.
	Menurunkan dispnea dan meningkatkan energi untuk makan, meningkatkan masukan.

d. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh utama, tidak adekuatnya imunitas, proses penyakit, malnutrisi.

1) Tujuan

Menyatakan pemahaman penyebab/ faktor risiko individu.

2) Kriteria hasil

a) Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah/menurunkan resiko infeksi

b) Menunjukkan teknik perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang aman.

3) Rencana keperawatan

No	Intervensi	Rasional
1	Awasi suhu	Demam dapat terjadi karena infeksi dan karena dehidrasi
2	Kaji pentingnya latihan nafas, batuk efektif, perubahan posisi sering, dan masukan cairan adekuat.	Aktivitas ini meningkatkan mobilisasi dan pengeluaran secret untuk menurunkan resiko terjadinya infeksi paru.
3	Tunjukkan dan baktu pasien tentang pembuangan tisu dan sputum	Mencegah penyebaran patogen melalui cairan.
4	Dorong keseimbangan antara aktivitas dan isitirahat.	Menurunkan konsumsi / kebutuhan keseimbangan oksigen dan memperbaiki pertahanan pasien terhadap infeksi, meningkatkan penyembuhan.
5	Diskusikan kebutuhan masukan nutrisi adekuat	Malnutrisi dapat mempengaruhi kesehatan umum dan menurunkan ketahanan terhadap infeksi.
6	Beri antimikrobia sesuai indikasi	Dapat diberikan untuk organisme khusus yang teridentifikasi dengan kultur dan sensitivitas, atau diberikan secara profilaktik karena resiko tinggi.
7	Observasi warna, karakter, bau	Secret berbau, kuning atau kehijauan

sputum	menunjukkan adanya infeksi paru.
--------	----------------------------------

e. Gangguan rasa aman cemas berhubungan dengan kurangnya informasi, pengetahuan tentang penyakit

1) Tujuan

Berkurang sampai hilang rasa aman cemas

2) Kriteria hasil

a) Mengidentifikasi hubungan tanda/gejala yang ada dari proses penyakit dan menghubungkan dengan faktor penyebab.

b) Melakukan perubahan pola hidup dan berpartisipasi dalam program pengobatan

3) Rencana Keperawatan

No	Intervensi	Rasional
1	Jelaskan/kuatkan penjelasan proses penyakit individu. Dorong pasien/orang terdekat untuk menanyakan pertanyaan.	Menurunkan ansietas dan dapat menimbulkan perbaikan partisipasi pada rencana pengobatan.
2	Diskusikan pentingnya menghindari faktor individu yang meningkatkan kondisi, misalnya udara terlalu kering, angin, dengan suhu ekstrem, serbuk, asap, tembakau, spreng aerosol, polusi udara. Dorong pasien/	Faktor lingkungan ini dapat menimbulkan / meningkatkan iritasi bronkial, menimbulkan pengendalian produksi sekret dan hambatan jalan nafas.

	orang terdekat untuk mencari cara mengontrol faktor ini dan sekitar rumah	
3	Berikan informasi tentang pembatasan aktivitas dan istirahat untuk mencegah kelelahan ; cara menghemat energi selama aktivitas.	Mempunyai pengetahuan ini dapat memungkinkan pasien untuk membuat pilihan / keputusan informasi untuk menurunkan dispnea, memaksimalkan tingkat aktivitas, melakukan aktivitas yang diinginkan, dan mencegah komplikasi.
4	Diskusikan pentingnya mengikuti perawatan medik.	Pengawasan proses penyakit untuk membuat program terapi untuk memenuhi kebutuhan dan dapat mencegah komplikasi.
5	Tunjukkan tehnik penggunaan dosis inhaler seperti bagaimana memegang, interval semprotan 2-5 menit, bersihkan inhaler	Pemberian yang tepat obat meningkatkan penggunaan dan keefektifan.
6	Sistem alat untuk mencatat obat intermiten / penggunaan inhaler.	Menurunkan resiko penggunaan tak tepat / kelebihan dosis dari obat kalau perlu, khususnya selama eksaserbasi akut, bila kognitif terganggu.

5. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Nikmatur Rohmah, Saiful Walid, 2009)

6. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. (Nursalam, 2012)

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER. Penggunaannya adalah sebagai berikut: (Nikmatur Rohmah, Saiful Walid, 2012)

a. S : Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objectif

Data objectif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis

Interprestasi dari data subjectif dan objectife. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjectif dan objectif.

d. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Sedangkan, rencana tindakan yang baru/sebelumnya tidak ada dapat ditentukan bila timbul masalah baru atau rencana tindakan yang sudah tidak kompeten lagi untuk menyelesaikan masalah yang ada.

e. I : Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

f. E : Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R : Reassessment

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.