

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS
TIDAK EFEKTIF PENDERITA ASMA PADA LANSIA
DI PURWODADI**



Oleh:

JIHAN VIDIA PANGESTI

NIM. 1801067

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

2021

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS
TIDAK EFEKTIF PENDERITA ASMA PADA LANSIA
DI PURWODADI**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
(Amd. Kep) di Politeknik Kesehatan
Kerta Cendekia
Sidoarjo**



**Oleh:
JIHAN VIDIA PANGESTI
NIM. 1801067**

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2021**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Jihan Vidia Pangesti

NIM : 1801067

Tempat, Tanggal Lahir: Pasuruan, 14 Januari 1999

Institusi : Politeknik Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "**ASUHAN KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF PENDERITA ASMA PADA LANSIA DI PURWODADI**" adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, Februari 2021

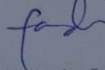
Yang menyatakan,



Jihan Vidia Pangesti
NIM.1801067

Mengetahui,

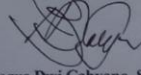
Pembimbing 1



Ns. Faida Annisa, S. Kep., MNS

NIDN : 0708078606

Pembimbing 2



Bagus Dwi Cahyono, SST., M. Kes

NIDN : 3408067501

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Jihan Vidia Pangesti

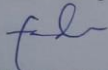
NIM : 1801067

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF PENDERITA ASMA PADA LANSIA DI PURWODADI**

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan dewan penguji karya tulis ilmiah
padatanggal : 24 Mei 2021

Oleh

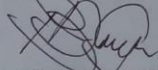
Pembimbing 1



Ns. Faida Annisa, S. Kep., MNS

NIDN : 0708078606

Pembimbing 2



Bagus Dwi Cahyono, SST., M. Kes

NIDN : 3408067501

Mengetahui

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerja, Cendekia Sidoarjo Kampus Pasuruan



Agus Sulistyowati S. Kep., M. Kes

NIDN : 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di program D3 Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 24 Mei 2021

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S. Kep., MNS

Anggota : 1. Bagus Dwi Cahyono, S. ST., M. Kes


2. Ns. Faida Annisa, S. Kep., MNS



Mengetahui

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

“ Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri ” (QS. Ar Ra’d :11).

“dan bahwasannya seorang manusia tiada memperoleh selain apa yang telah diusahakannya “ (An Najm : 39)

“Barangsiapa yang mempelajari ilmu pengetahuan yang seharusnya yang ditujukan untuk mencari ridho Allah bahkan hanya untuk mendapatkan kedudukan/kekayaan duniawi maka ia akan mendapatkan baunya surga nanti pada hari kiamat (riwayat Abu Hurairah radhiallahu anhu) “

LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah Hirobbilalamin saya ucapkan kepada Allah S.W.T karna atas ijinnya tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.

Tugas akhir ini saya permsembahkan kepada :

Untuk Ayah dan ibu saya ucapkan banyak terima kasih karena selama ini telah memberi dukungan do'a dan semangat. Semoga Allah S.W.T memberi saya kesempatan untuk membahagiakan kalian kelak.

Untuk Bapak dan Ibu dosen, Terutama untuk ibu Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes, Ibu Ns. Faida Annisa, S. Kep., MNS dan bapak Bagus Dwi Cahyono, S.ST.,M.Kes. Terima kasih saya ucapkan atas ilmu, bimbingan dan pelajaran hidup yang telah diberikan kepada saya tanpa bapak dan ibu dosen semua ini tidak akan berarti.

Untuk sahabatku Mita Putri Bambang Pramojo, Mega Silfia, Natasya Lady Cerella, Syakira Sierly Amalia, Syrah Nabawiyah, Ika Septi Eriyanti, M. Zainul Abidin, M. Zainul Akbar, Candra Setiawan, Mustofal Amin terimakasih atas support selama belajar di institusi dan selama mengerjakan tugas apapun semoga pertemanan ini bisa terus terjalin

Untuk Raju Kurniawan Yuda Pratama terima kasih karna hingga saat ini tetap mensupport dan terus memberi semangat, selalu ada saat saya butuh apapun, terimakasih telah berbagi keluh dan kesah.

Untuk teman seperjuangan saya yang tidak dapat disebutkan satu persatu saya ucapkan terima kasih atas kebersamaan selama ini, ada suka dan duka yang kita lewati tetapi tak apa semua itu untuk pendewasaan kita masing-masing. Semoga kita dapat meraih kesuksesan sesuai yang harapan kita. Aamin.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF PENDERITA ASMA PADA LANSIA DI PURWODADI”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam penyelesaian Program D3 Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo. Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Untuk ayah dan ibu yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Agus Sulistyowati S.Kep., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo kampus Pasuruan yang telah mengesahkan.
4. Ns. Faida Annisa, S. Kep., MNS selaku pembimbing 1 yang selalu bijaksana dalam memberikan bimbingan, mencurahkan perhatian, do'a, dan nasehat serta yang selalu meluangkan waktunya untuk membantu penulis menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah ini.
5. Bagus Dwi Cahyono, SST., M.Kes selaku pembimbing 2 yang selalu memberikan bimbingan, nasehat serta waktunya selama penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Untuk Tn. L selaku responden terimakasih atas kesediaan dan kerjasamanya yang telah berkenan menjadi responden dalam penelitian ini.

6. Untuk Tn. L selaku responden terimakasih atas kesediaan dan kerjasamanya yang telah berkenan menjadi responden dalam penelitian ini.
7. Para sahabat yang telah mendukung untuk terselesaikannya proposal karya tulis ilmiah ini tepat waktu, teman teman seperjuangan yang telah menemani selama saya menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
8. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Penulis sadar bahwa karya tulis ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, Februari 2021



Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Sampul Depan Persyaratan Gelar	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan Karya Tulis Ilmiah	Error! Bookmark not defined.
Halaman Pengesahan	v
Motto.....	vi
Lembar Persembahan.....	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
1.5 Metode Penulisan	4
1.5.1 Metode	4
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	5
1.5.4 Studi Kepustakaan	5
1.6 Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit	7
2.1.1 Definisi Asma	7
2.1.2 Klasifikasi	8
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Faktor Resiko	10
2.1.5 Patofisiologi.....	12
2.1.6 Pathway Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Asma.....	14

2.1.7	Manifestasi Klinis	15
2.1.8	Komplikasi.....	16
2.1.9	Pemeriksaan Penunjang	17
2.1.10	Penatalaksanaan	19
2.2	Konsep Dasar Klien	20
2.2.1	Definisi Lansia.....	20
2.2.2	Batasan Lansia	20
2.2.3	Teori Proses Penuaan.....	22
2.2.4	Klasifikasi Lansia.....	25
2.2.5	Perubahan Pada Lansia	25
2.3	Konsep Dasar Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	31
2.3.1	Definisi.....	31
2.3.2	Penyebab.....	31
2.3.3	Etiologi.....	32
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Asma	33
2.4.1	Biodata	33
2.4.2	Riwayat Kesehatan.....	33
2.4.3	Pemeriksaan Fisik	35
2.4.4	Diagnosa Keperawatan	36
2.4.5	Intervensi Keperawatan	38
2.4.6	Implementasi Keperawatan.....	43
2.4.7	Evaluasi Keperawatan.....	44
2.5	Kerangka Masalah.....	46
BAB III TINJAUAN KASUS.....		47
3.1	Pengkajian.....	47
3.2	Analisa Data.....	62
3.3	Diagnosa Keperawatan.....	63
3.4	Intervensi Keperawatan.....	64
3.5	Implementasi Asuhan Keperawatan.....	68
3.6	Evaluasi.....	71
BAB IV PEMBAHASAN		73
4.1	Pengkajian.....	73
4.2	Analisa data.....	76
4.3	Diagnosa Keperawatan.....	76
4.4	Intervensi Keperawatan.....	77
4.5	Implementasi Keperawatan	78

4.6 Evaluasi Keperawatan	78
BAB V PENUTUP.....	81
5.1 Simpulan	81
5.2 Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	83
LAMPIRAN.....	85

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2. 1	Intervensi Keperawatan	38
Tabel 3. 1	Identitas.....	47
Tabel 3. 2	Struktur Keluarga.....	47
Tabel 3. 3	Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi	47
Tabel 3. 4	Riwayat Kesehatan	48
Tabel 3. 5	Lingkungan dan Aktifitas	49
Tabel 3. 6	Pemeriksaan Fisik	52
Tabel 3. 7	Pengkajian status fungsional (Index Katz).....	57
Tabel 3. 8	Shorth Portable Mental Status Quesioner (SPMSQ)	59
Tabel 3. 9	Geriatric Depression Scale (Skala Depresi).....	60
Tabel 3. 10	Apgar Keluarga.....	61
Tabel 3. 11	Analisa Data.....	62
Tabel 3. 12	Diagnosa Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
Tabel 3. 13	Intervensi Keperawatan	64
Tabel 3. 14	Implementasi Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 3. 15	Evaluasi Keperawatan.....	71

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2. 1	Pathway Bersihan Jalan Nafas Pada Asma	14
Gambar 2. 2	Kerangka Masalah.....	46
Gambar 3. 1	Genogram.....	48

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1	Satuan Acara Penyuluhan	84
Lampiran 2	Informed Consent	87
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Pembimbing 1	88
Lampiran 4	Lembar Konsultasi Pembimbing 2	89

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asma merupakan suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan bronkus karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan sehingga terjadi ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuannya dalam membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Penyempitan ini bersifat berulang namun *reversible*. Bersihan jalan nafas tidak efektif apabila diabaikan akan berdampak pada suplai oksigen ke otak tidak adekuat sehingga menyebabkan sianosis dan menyebabkan kematian. Tanda gejala terjadinya ketidakefektifan bersihan jalan nafas itu sendiri adanya batuk tidak efektif, mengi (*wheezing*), atau ronkhi, dan sesak nafas

Sebagian besar kematian terkait asma terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah. Faktor risiko terkuat sebagai pemicu asma adalah zat dan partikel yang dihirup dapat memicu reaksi alergi atau mengiritasi saluran udara. Penyakit asma masuk dalam sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian di Indonesia. Asma tidak hanya menyerang anak-anak melainkan seluruh kelompok usia. Saat ini diperkirakan sebanyak 235 juta orang menderita asma didunia (WHO 2017). Berdasarkan laporan WHO Desember 2016, tercatat pada tahun 2015 sebanyak 383.000 orang meninggal karena asma. Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar Nasional pada tahun 2018 jumlah pasien asma di

Indonesia sebesar 2,4% (Balitbangkes 2018). Jika dari jenis kelamin dan status rawat jalan, jumlah laki-laki yang juga pasien asma dari tahun 2015 hingga tahun 2017 selalu lebih rendah dibandingkan perempuan. Dan jumlah pasien asma perempuan yang rawat jalan paling tinggi di tahun 2016 sebanyak 135.167 orang. Begitu pula dengan pasien rawat jalan berjenis kelamin laki-laki, jumlah paling tinggi tercatat di tahun 2016 sebanyak 106.211 orang. Melalui rekapitulasi data kunjungan 2020 yang ada di Puskesmas Lekok Kab. Pasuruan didapatkan jumlah penderita asma sekitar 9-10% adalah 660 penderita dari 66.911 kunjungan.

Asma mempunyai dampak yang sangat mengganggu aktivitas sehari-hari. Gejala asma dapat mengalami komplikasi sehingga menurunkan produktifitas kerja dan kualitas hidup (GINA, 2012). Pada penderita asma dapat saja terjadi sewaktu-waktu, yang berlangsung dalam beberapa menit hingga hitungan jam. Asma muncul disebabkan adanya rangsangan alergi dari luar secara berlebihan sehingga saluran nafas mengalami penyempitan yang mengakibatkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Jika hal tersebut dibiarkan berlangsung lama akan berdampak pada rendahnya tingkat oksigen. Dalam kondisi tersebut darah tidak mampu membawa cukup oksigen ke setiap jaringan untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Tanpa oksigen, organ-organ penting seperti otak dan hati dapat mengalami kerusakan dalam hitungan menit. Saat kekurangan oksigen yang dialami sudah lebih parah, penderita dapat mengalami penurunan kesadaran. Apabila terus berlangsung tanpa pengobatan kekurangan oksigen dapat mengakibatkan kematian.

Beberapa cara dapat dilakukan untuk perawatan asma dengan tujuan untuk menjaga agar asma tetap terkontrol yang ditandai dengan penurunan gejala asma

yang dirasakan atau bahkan tidak sama sekali, sehingga penderita dapat melakukan aktivitas tanpa terganggu oleh asmanya.

Pengontrolan ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas, monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), berikan minum hangat, agar kembali ke kondisi semula.

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik mengambil judul dalam studi kasus “Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Penderita Asma Pada Lansia Di Purwodadi”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Asma dengan masalah keperawatan Bersihan Nafas Tidak Efektif pada lansia ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menggambarkan asuhan keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien penderita asma di Desa Pucangsari

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mendeskripsikan pengkajian pada pasien asma dengan bersihan jalan nafas tidak efektif

1.3.2.2 Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada pasien asma dengan bersihan jalan nafas tidak efektif

1.3.2.3 Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada pasien asma dengan bersihan jalan nafas tidak efektif

1.3.2.4 Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien asma dengan bersihan jalan nafas tidak efektif

1.3.2.5 Mendeskripsikan evaluasi pada pasien asma dengan bersihan jalan nafas tidak efektif

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan ilmiah untuk penulisan berikutnya, diharapkan studi kasus ini dapat menjadi sumber informasi dan memperkaya ilmu pengetahuan serta sebagai bahan acuan bagi penyusunan studi kasus berikutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

Pasien penderita asma bronkhiale dapat perawatan yang maksimal dari keluarga terdekat. Sehingga keluarga bisa menjaga anggota keluarga yang lain supaya terhindar dari penyakit dan meningkatkan derajat kesehatan keluarga dan masyarakat

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses

keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil / diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga, yaitu :

1.6.1 Bagian awal

Memuat halaman judul, halaman pernyataan, halaman persetujuan, halaman pengesahan, halaman motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan lampiran.

1.6.2 Bagian inti

Terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB I : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan KTI.

BAB II : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa CVA Infark serta kerangka masalah.

BAB III : Tinjauan kasus, berisi tentang hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada waktu dan ruang yang digunakan pengambilan kasus.

BAB IV : Pembahasan, berisi tentang deskripsi kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan.

BAB V : Penutup, berisi tentang: simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi Asma

Asma adalah suatu keadaan dimana saluran napas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat berulang namun *reversible*, dan diantara episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal (sylvia A.dkk, yang dikutip oleh Amin Huda Nurarif, 2015).

Asma adalah gangguan inflamasi kronik pada jalan napas dimana banyak sel memainkan peranan, terutama sel mast, eosinofil, dan limfosit T. Pada individu yang rentan, inflamasi ini menyebabkan episode rekuren dari mengi, sulit bernapas, dada terasa sesak, dan batuk terutama pada malam dan atau pagi hari. Gejala-gejala ini biasanya berhubungan dengan terbatasnya aliran udara yang meluas tetapi bervariasi, yang *reversible* setidaknya sebagian baik secara spontan maupun dengan pengobatan. Inflamasi ini juga menyebabkan peningkatan responsivitas jalan napas terhadap berbagai rangsangan. (*International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Asthma* 1992, yang dikutip oleh Caia Francis, 2011).

2.1.2 Klasifikasi

2.1.2.1 Klasifikasi Asma dibedakan menjadi dua jenis, yakni:

1) Asma bronkial

Penderita asma bronkial, hipersensitif dan hiperaktif terhadap rangsangan dari luar, seperti debu rumah, bulu binatang, asap dan bahan lain penyebab alergi. Gejala kemunculan sangat mendadak, sehingga gangguan asma bisa datang secara tiba-tiba. Jika tidak mendapatkan pertolongan secepatnya, resiko kematian bisa datang. Gangguan asma juga bisa muncul lantaran adanya radang yang mengakibatkan penyempitan saluran pernapasan bagian bawah. Penyempitan ini akibat berkerutnya otot polos saluran pernapasan, pembengkakan selaput lendir, dan pembentukan timbunan lendir yang berlebihan.

2) Asma kardial

Asma yang timbul akibat adanya kelainan jantung. Gejala asma kardial biasanya terjadi pada malam hari, disertai sesak napas yang hebat. Kejadian ini disebut *nocturnal paroxymul dyspnea*. Biasanya terjadi pada saat penderita sedang tidur. Asma akut dapat diklasifikasikan ke dalam tiga kelompok sebagai berikut:

- (1) Ringan sampai sedang: mengi / batuk tanpa distress berat, dapat mengadakan percakapan normal, nilai aliran puncak lebih dari 50% nilai terbaik.
- (2) Sedang sampai berat: mengi / batuk dengan distress, berbicara dalam kalimat atau frasa pendek, nilai aliran puncak kurang dari 50% dan beberapa derajat desaturasi oksigen jika diukur dengan

oksimetri nadi. Didapatkan nilai saturasi antara 90-95% jika diukur dengan oksimetri nadi perifer.

- (3) Berat, mengancam nyawa: distres pernapasan berat, kesulitan berbicara, sianosis, lelah dan bingung, usaha respirasi batuk, sedikit mengi (*silent chest*) dan suara napas lemah, takipnea, bradikardia, hipotensi, aliran puncak kurang dari 30% angka prediksi atau angka terbaik, saturasi oksigen kurang dari 90% jika diukur dengan oksimetri nadi perifer (BTS SIGN 2003, Chung 2002).

Menurut Mc Connel dan Holgate asma dibedakan menjadi:

- (1) Asma ekstrinsik : munculnya pada anak-anak
- (2) Asma intrinsik : ditemukan tanda - tanda reaksi hipersensitivitas terhadap alergen
- (3) Asma yang berkaitan dengan penyakit paru obstruktif kronik
(Sudoyo Aru)

2.1.3 Etiologi

Menurut berbagai penelitian patologi dan etiologi asma belum diketahui dengan pasti penyebabnya, akan tetapi hanya menunjukkan dasar gejala asma yaitu inflamasi dan respons saluran napas yang berlebihan ditandai dengan adanya kalor (panas karena vasodilatasi), tumor (esudasi plasma dan edema), dolor (rasa sakit karena rangsangan sensori), function laesa (fungsi yang terganggu). Dan rangsangan harus disertai dengan infiltrasi sel-sel radang (Sudoyo Aru.dkk, 2007)

Sebagai pemicu timbulnya serangan dapat berupa infeksi (infeksi virus RSV), iklim (perubahan mendadak suhu, tekanan udara), inhalan (debu, kapuk, tungau, sisa serangga mati, bulu binatang, serbuk sari, bau asap, uap cat), makanan (putih telur, susu sapi, kacang tanah, cokelat, biji-bijian, tomat), obat (aspirin), kegiatan fisik (olahraga berat, kecapaian, tertawa terbahak-bahak), dan emosi (sudoyo Aru, dkk. 2015).

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Daniel Maranatha yang dikutip dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru (2010), meliputi :

2.1.4.1 Genetik

Telah diterima secara umum bahwa ada kontribusi heriditer pada etiologi asma, pola herediter kompleks dan asma tidak dapat diklasifikasikan secara sederhana cara pewarisannya. Namun dari studi genetik telah menemukan *multiple chromosoma region* yang berisi gen-gen yang memberi kontribusi asma.

2.1.4.2 Gender dan ras

Asma pada anak lebih sering dijumpai pada anak laki-laki tetapi menjadi berlawanan pada pubertas dan dewasa. Prevalensi secara keseluruhan wanita lebih banyak dari pria. Di Amerika Serikat ras kulit hitam diketahui mempunyai resiko tinggi kematian, tidak tergantung status sosial ekonomi dan pendidikan. Insiden asma tinggi dinegara sedang berkembang diperkirakan karena faktor-faktor lingkungan mungkin sama pentingnya seperti faktor-faktor genetik dan ras.

2.1.4.3 Faktor Lingkungan

Alergen dan *occupational factor* adalah penyebab terpenting asma. Dari beberapa studi epidemiologi telah menunjukkan korelasi antara paparan alergen menurun. Alergen *indoor* yang penting adalah *domestic (house dust)* mites, alergen hewan, alergen kecoak dan jamur. *House dust* terutama beberapa senyawa organik dan inorganik termasuk spora jamur. *Outdoor* terutama dari pohon, rumput dan fungi.

2.1.4.4 Polusi udara

Polutan dari luar dan di dalam rumah mempunyai kontribusi perburukan gejala asma dengan mentrigger bronko konstiksi, peningkatan hiperesponsif saluran napas dan peningkatan respons terhadap aero alergen. Ada dua polutan *outdoor* yang penting yaitu *industrial smog (sulfur dioxide, particulate complex)* dan *photochemical smog* (ozon dan nitrogen oxides). Teknologi konstruksi modern telah dicurigai menyebabkan polusi *indoor* yang tinggi. Pada gedung-gedung hemat energi ada $\pm 50\%$ udara bersih pertukarannya kurang terjadi. Polusi *indoor* termasuk *cooking, heating fuel exhausts*, cat yang mengandung *formaldehid* dan *isocynate*.

2.1.4.5 Faktor Lain

Dari sejumlah studi epidemiologi dapat ditemukan asosiasi antara resiko terjadinya asma dengan atopi. Pertumbuhan di daerah pertanian menurunkan resiko atopi dan rhinitis alergi pada dewasa mengesankan bahwa faktor lingkungan mempunyai efek protektif pada timbulnya alergi. Di negara sedang berkembang perpindahan ke kota dihubungkan dengan

perubahan dari bahan bakar biomassa seperti: kayu, batu bara ke gas dan listrik. Penggunaan bahan bakar modern ada hubungannya dengan peningkatan angka sensitifitas alergik.

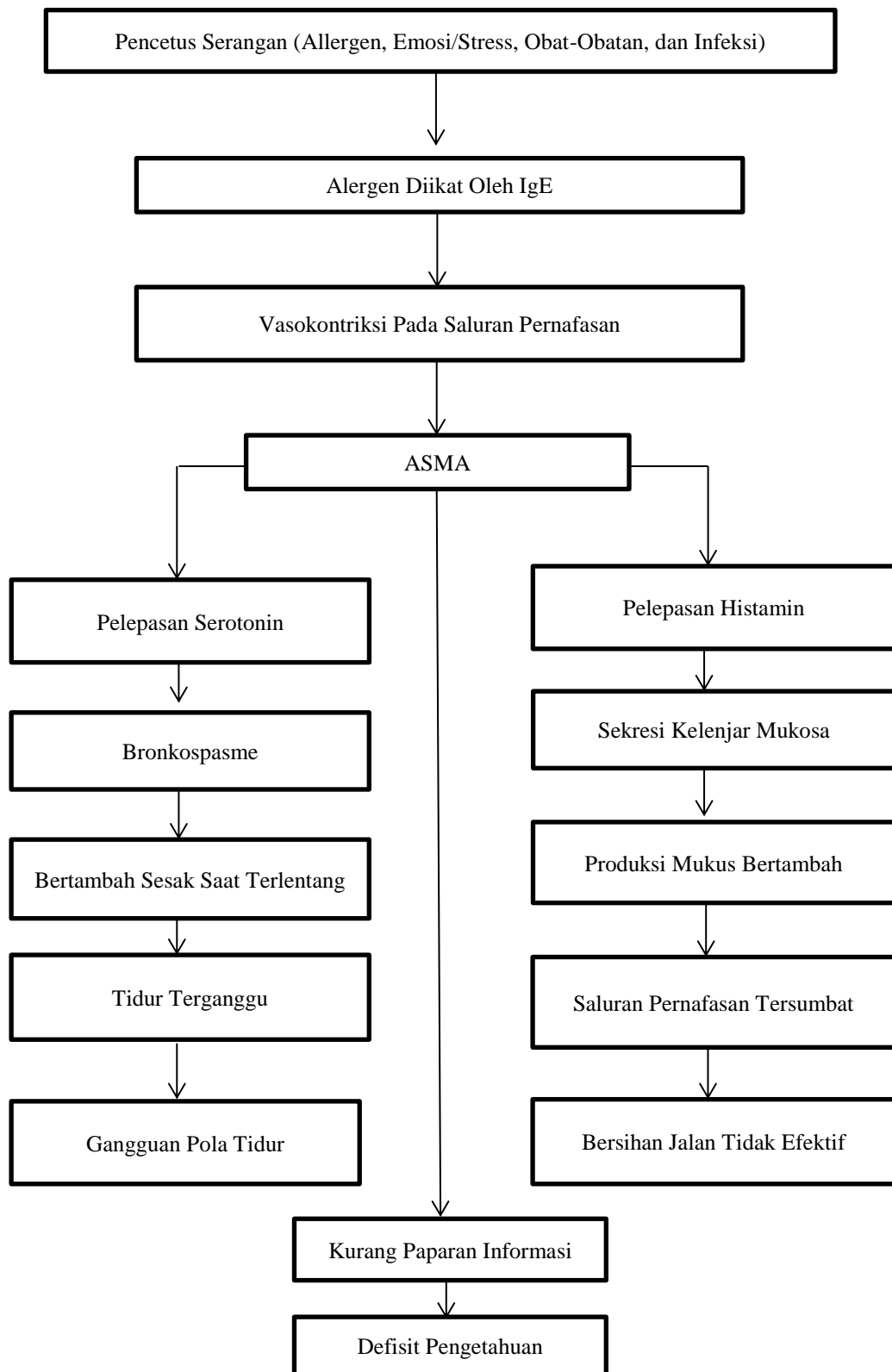
2.1.5 Patofisiologi

Tiga unsur yang ikut serta pada obstruksi jalan udara penderita asma adalah spasme otot polos, edema dan inflamasi membran mukosa jalan udara, eksudasi mukus intralimbal, sel-sel radang dan debris selular. Obstruksi menyebabkan pertambahan resistensi jalan udara yang merendahkan volume ekspresi paksa dan kecepatan aliran, penutupan prematur jalan udara, hiperinflasi paru, bertambahnya kerja pernafasan, perubahan sifat elastik dan frekuensi pernafasan. Walaupun jalan udara bersifat defus, obstruksi menyebabkan perbedaan satu bagian dengan bagian lain, ini berakibat perfusi bagian paru tidak cukup mendapat ventilasi dan menyebabkan kelainan gas-gas darah terutama penurunan $p\text{CO}_2$ akibat hiperventilasi.

Pada respon alergi di saluran nafas, antibody IgE berikatan dengan allergen menyebabkan degranulasi sel mast. Akibat degranulasi tersebut, histamin dilepaskan. Histamin menyebabkan konstriksi otot polos bronkiolus. Apabila respon histamin berlebihan, maka dapat timbul spasme asmatic. Karena histamin juga merangsang pembentukan mukus dan meningkatkan permeabilitas kapiler, maka juga akan terjadi kongesti dan pembengkakan ruang interstisium paru.

Individu yang mengalami asma mungkin memiliki respon IgE yang sensitive berlebihan terhadap sesuatu alergen atau sel-sel mast-nya terlalu mudah mengalami degranulasi. Di manapun letak hipersensitivitas respon peradangan tersebut, hasil akhirnya adalah bronkospasme, pembentukan mukus, edema dan obstruksi aliran udara.

2.1.6 Pathway Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Asma



Gambar 2. 1 Pathway Bersihan Jalan Nafas Pada Asma

2.1.7 Manifestasi Klinis

Gambaran klasik penderita asma berupa sesak nafas, batuk-batuk dan mengi (*wheezing*) telah dikenal oleh umum dan tidak sulit untuk diketahui. Batuk-batuk kronis dapat merupakan satu-satunya gejala asma dan demikian pula rasa sesak dan berat di dada. Terapi untuk melihat tanda dan gejala asma sendiri dapat digolongkan menjadi :

2.1.3.1 Asma tingkat I

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

2.1.3.2 Asma tingkat II

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

2.1.3.3 Asma tingkat III

Yaitu penderita asma yang tidak memiliki tanda-tanda obstruksi. Biasanya penderita merasa tidak sakit tetapi bila pengobatan dihentikan asma akan kambuh

2.1.3.4 Asma tingkat IV

Yaitu penderita asma yang sering kita jumpai diklinik atau rumah sakit dengan keluhan sesak nafas, batuk atau nafas berbunyi. Pada serangan asma ini dapat dilihat yang berat dengan gejala-gejala yang makin banyak antara lain :

- 1) Kontraksi otot-otot bantu pernafasan, terutama stemokliedo mastoideus
- 2) Sianosis
- 3) *Silent chest*
- 4) Gangguan kesadaran
- 5) Tampak lelah
- 6) Hiperinflasi thoraks dan takhikardi

2.1.3.5 Asma tingkat V

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

2.1.8 Komplikasi

2.1.3.6 Atelectasis

2.1.3.7 Aspergilosis bronkopulmoner alergik

2.1.3.8 Gagal napas

2.1.3.9 Bronchitis

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

2.1.9.1 Pemeriksaan Sputum

Pada pemeriksaan sputum penderita asma dapat ditemukan tanda seperti:

- 1) Kristal-kristal *Charot Leyden* yang merupakan degranulasi dari Kristal eosinophil
- 2) Terdapatnya *spiral curschman*, yakni spiral yang merupakan silinder sel-sel cabang bronkus
- 3) Terdapat *creole* yang merupakan fragmen dari epitel bronkus
- 4) Terdapat *neutrophil eosinophil*

2.1.9.2 Pemeriksaan Darah

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

1) Analisa Gas Darah

Terdapat hasil aliran darah yang variable, akan tetapi bila terdapat peninggian paCO_2 maupun penurunan pH menunjukkan prognosis yang buruk.

- 2) Terkadang pada darah terdapat SGOT dan LDH yang meninggi.
- 3) Hipotermi $15.00/\text{mm}^3$ menandakan terdapat infeksi
- 4) Pada pemeriksaan faktor alergi terdapat IgE yang meninggi pada waktu serangan, dan menurun pada waktu penderita bebas dari serangan

- 5) Pemeriksaan tes kulit untuk mencari faktor alergi dengan berbagai alergennya dapat menimbulkan reaksi yang positif pada tipe asma atopik

2.1.9.3 Foto Rontgen

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

- 1) Bila disertai dengan bronchitis, bercakan hilus akan bertambah
- 2) Bila terdapat komplikasi emfisema (COPD) menimbulkan gambaran yang bertambah
- 3) Bila terdapat komplikasi pneumonia maka terdapat gambaran infiltrate pada paru

2.1.9.4 Pemeriksaan Faal Paru

- 1) Bila FEV1 lebih kecil dari 40%, 2/3 penderita menunjukkan penurunan tekanan sistolenya dan bila lebih rendah dari 20%, seluruh klien menunjukkan penurunan tekanan sistolik
- 2) Terjadi penambahan volume paru yang meliputi, RV hampir terjadi pada seluruh asma, dan penurunan FRC sering terjadi pada asma yang berat

2.1.9.5 Elektrokardiografi

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

- 1) Perubahan aksis jantung pada umumnya terjadi deviasi aksis ke kanan dan rotasi searah jarum jam
- 2) Terdapat tanda-tanda hipertrofi jantung, yakni terdapat RBBB

2.1.10 Penatalaksanaan

Prinsip-prinsip penatalaksanaan asma sebagai berikut

2.1.3.10 Diagnosis status asmikus. Faktor penting yang harus diperhatikan

- 1) Saatnya serangan
- 2) Obat-obat yang telah diberikan (Macam dan dosis)

2.1.3.11 Pemberian obat bronkodilator

2.1.3.12 Penilaian terhadap perbaikan serangan

2.1.3.13 Pertimbangan terhadap pemberian kortikosteroid

2.1.3.14 Penatalaksanaan setelah serangan mereda

- 1) Cari faktor penyebab
- 2) Modifikasi pengobatan penunjang selanjutnya (Seomatri. 2009)

2.2 Konsep Dasar Klien

2.2.1 Definisi Lansia

Menurut World Health Organization (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan.

Seseorang dikatakan lansia ialah apabila berusia 60 tahun atau lebih, karena faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya baik secara jasmani, rohani maupun sosial (Nugroho, 2012).

Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahapan-tahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap berbagai serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian misalnya pada sistem kardiovaskuler dan pembuluh darah, pernafasan, pencernaan, endokrin dan lain sebagainya. Hal tersebut disebabkan seiring meningkatnya usia sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ. Perubahan tersebut pada umumnya mengaruh pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang pada akhirnya akan berpengaruh pada ekonomi dan sosial lansia. Sehingga secara umum akan berpengaruh pada *activity of daily living* (Fatimah, 2010).

2.2.2 Batasan Lansia

Tidak ada batasan yang pasti tentang lansia. Umur yang dijadikan batasan lansia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Berikut dikemukakan beberapa pendapat ahli mengenai batasan lansia :

2.2.2.1 Menurut organisasi kesehatan dunia, WHO, ada empat tahap, yakni :

- 1) Usia pertengahan (*middle age*), yaitu 45-49 tahun
- 2) Lanjut usia (*elderly*), yaitu 60-74 tahun
- 3) Lanjut usia tua (*old*), yaitu 75-90 tahun
- 4) Usia sangat tua (*very old*), yaitu di atas 90 tahun)

2.2.2.2 Menurut Prof. Dr. dr. Koesoemanto Setyonegoro, Sp.KJ., lansia (usia lebih dari 70 tahun), terbagi menjadi :

- 1) Usia 70-75 tahun (*young old*)
- 2) Usia 75-80 tahun (*old*)
- 3) Usia lebih dari 80 tahun (*very old*)

2.2.2.3 Menurut Hurlock (1979), perbedaan lansia terbagi dalam dua tahap, yakni :

- 1) *Early old age* (usia 60-70 tahun)
- 2) *Advanced old age* (usia 70 tahun ke atas)

2.2.2.4 Menurut Burnside (1979), ada empat tahap lansia, yakni :

- 1) *Young old* (usia 60-69 tahun)
- 2) *Middle age old* (usia 70-79 tahun)
- 3) *Old-old* (usia 80-89 tahun)
- 4) *Very old-old* (usia 90 tahun ke atas)

2.2.2.5 Menurut para ahli, batasan lansia di Indonesia adalah 60 tahun ke atas.

Hal ini dipertegas dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2, bahwa yang disebut dengan lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas, baik pria maupun wanita (Nugroho, 2014).

2.2.3 Teori Proses Penuaan

Menurut Depkes RI (2016) ada beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan, yaitu teori biologis, teori sosial, teori spiritual, dan teori psikologis.

2.2.3.1 Teori Biologis

Teori Biologis mencakup teori genetik, teori somatik, teori sistem imun, teori metabolisme, serta teori radikal bebas.

1) Teori *Genetic clock*

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh moleku-molekul / DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi sehingga terjadi penurunan kemampuan fungsional sel.

2) Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah (rusak).

3) Reaksi dari kekebalan sendiri (*auto immune theory*)

Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga menjadi lemah dan sakit.

4) Teori “immunology slow virus” (*immunology slow virus theory*)

Sistem imun menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

5) Teori stres

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

6) Teori radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

7) Teori rantai silang

Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.

8) Teori program

Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

2.2.3.2 Teori Sosial

Pada lansia, kekuasaan dan prestise yang berkurang menyebabkan berkurangnya interaksi sosial, yang tersisa hanyalah harga diri dan kemampuan mereka untuk mengikuti perintah. Kemiskinan yang dialami lansia dan menurunnya derajat kesehatan mengakibatkan seorang lansia secara perlahan-lahan menarik diri

dari pergaulan sekitar. Proses penuaan mengakibatkan interaksi sosial mulai menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas (Maryam dan Ekasari, 2008).

2.2.3.3 Teori Spiritual

Komponen spiritual dan tumbuh kembang merujuk pada pengertian hubungan individu dengan alam semesta dan persepsi individu tentang arti kehidupan. Kepercayaan merupakan suatu pengetahuan dan cara berhubungan dengan kehidupan akhir. Kepercayaan adalah suatu fenomena timbal balik, yaitu suatu hubungan aktif antara seseorang dengan orang lain dalam menanamkan suatu keyakinan, cinta kasih, dan harapan. Perkembangan spiritual pada lansia berada pada tahap penjelmaan dari prinsip cinta dan keadilan (Maryam dan Ekasari, 2008).

2.2.3.4 Teori Psikologis

Pada lansia, proses penuaan terjadi secara alamiah seiring dengan penambahan usia. Perubahan psikologis yang terjadi dapat dihubungkan pula dengan keakuratan mental dan keadaan fungsional yang efektif. Kepribadian individu yang terdiri atas motivasi dan intelegensi dapat menjadi karakteristik konsep diri dari seorang lansia. Konsep diri yang positif dapat menjadikan seorang lansia mampu berinteraksi dengan mudah terhadap nilai-nilai yang ada, ditunjang dengan status sosialnya (Maryam dan Ekasari, 2008).

Adanya penurunan dari intelektualitas yang meliputi persepsi, kemampuan kognitif, memori, dan belajar pada lansia menyebabkan mereka sulit untuk berinteraksi dan dipahami. Dengan adanya penurunan fungsi sistem sensorik, maka akan terjadi pula penurunan kemampuan untuk menerima, memproses, dan merespon stimulus sehingga terkadang akan muncul aksi atau reaksi yang berbeda dari stimulus yang ada. Selain itu, kurangnya motivasi pada lansia juga berperan. Motivasi akan semakin menurun dengan menganggap bahwa lansia sendiri merupakan beban bagi orang lain dan keluarga (Maryam dan Ekasari, 2008).

2.2.4 Klasifikasi Lansia

Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lansia terdiri dari :

- 2.2.4.1 Pralansia yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
- 2.2.4.2 Lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
- 2.2.4.3 Lansia resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 60 tahun lebih dengan masalah kesehatan
- 2.2.4.4 Lansia potensial ialah lansia yang masih melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
- 2.2.4.5 Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya tergantung pada bantuan orang lain.

2.2.5 Perubahan Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan seksual (Azizah dan Lilik M, 2011).

2.2.5.1 Perubahan Fisik

1) Sistem indera

Sistem pendengaran : Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi diatas 60 tahun.

2) Sistem integumen

Pada lansia kulit mengalami *atrofi*, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berdecak. Kekeringan kulit disebabkan *atrofi glandula sebacea* dan *glandula sudoritera*, timbul pigmen berwarna cokelat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

3) Sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia : jaringan penghubung (kolagen dan elastis), kartilago, tulang, otot, dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago, dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

- (1) Kartilago : jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif,

konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.

- (2) Tulang : berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.
 - (3) Otot : perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.
 - (4) Sendi : pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen dan fasia mengalami penuaan elastisitas.
- 4) Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peragaan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi *SA Node* dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

5) Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak

mengakibatkannya gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan pergerakan thoraks berkurang.

(1) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indera pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), *liver* (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

6) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya *filtrasi*, *ekskresi*, dan *reabsorpsi* oleh ginjal.

7) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan *atrofi* yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

8) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya *ovary* dan *uterus*. Terjadi *atrofi* payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi *spermatozoa*, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

(1) Perubahan Kognitif: Daya Ingat (*Memory*); IQ (*Intelligent Quotient*);

Kemampuan Belajar (*Learning*); Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*); Pemecahan Masalah (*Problem Solving*);

Pengambilan Keputusan (*Decision Making*); Kebijakan (*Wisdom*); Kinerja (*Performance*); Motivasi (*Motivation*)

(2) Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

- ((1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- ((2) Kesehatan umum
- ((3) Tingkat pendidikan
- ((4) Keturunan (*hereditas*)
- ((5) Lingkungan
- ((6) Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
- ((7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan.
- ((8) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga.
- ((9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri. Perubahan spiritual agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

(3) Perubahan Psikososial

((1) Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

((2) Duka cita (*Bereavement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangandapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

((3) Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

((4) Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

(3) *Parafrenia*

Suatu bentuk *skizofrenia* pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniatmembunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

(4) *Sindroma Diogenes*

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urinnya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali

2.3 Konsep Dasar Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

2.3.1 Definisi

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi saluran pernapasan guna mempertahankan jalan nafas tetap paten (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.3.2 Penyebab

2.3.2.1 Fisiologis

- 1) Spasme jalan nafas
- 2) Hiperskresi jalan nafas
- 3) Disfungsi neuromuskuler
- 4) Benda asing dalam jalan nafas
- 5) Adanya jalan nafas buatan
- 6) Sekresi yang tertahan
- 7) *Hyperplasia* dinding jalan nafas
- 8) Proses infeksi
- 9) Respon alergi
- 10) Efek agen farmakologi

2.3.2.2 Situasional

- 1) Merokok aktif
- 2) Merokok pasif
- 3) Terpajan polutan

2.3.3 Etiologi

- 1) Batuk yang tidak efektif
- 2) Tidak mampu batuk
- 3) Mengi (*wheezing*) dan / atau ronkhi kering
- 4) Mikonium di jalan nafas (pada neonatus)
- 5) Dispnea
- 6) Sulit bernafas
- 7) Gelisah
- 8) Kesulitan verbalisasi
- 9) Mata terbuka lebar
- 10) Ortopnea
- 11) Penurunan bunyi nafas
- 12) Penurunan frekuensi nafas
- 13) Perubahan pola nafas
- 14) Sianosis
- 15) Sputum dalam jumlah yang berlebihan
- 16) Suara nafas tambahan

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Asma

2.4.1 Biodata

Identitas pasien berisikan nama pasien, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal masuk sakit, rekam medis.

2.4.2 Riwayat Kesehatan

2.4.2.1 Keluhan utama

Keluhan utama akan menjadi penentu prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan klien tentang kondisinya saat ini. Keluhan utama yang biasa muncul pada klien dengan dengan gangguan pernapasan antara lain: batuk, peningkatan sputum, dispnea, *wheezing*.

1) Batuk (*cough*)

Batuk adalah gejala utama pada klien dengan penyakit sistem pernapasan. Tanyakan berapa lama klien dengan penyakit sistem pernapasan. Tanyakan sudah berapa lama klien batuk (misal: 1 minggu, 3 bulan). Tanyakan bagaimana hasil tersebut timbul beserta waktu yang spesifik (misal: pada pagi hari, pada malam hari, ketika bangun tidur) atau hubungannya dengan aktivitas fisik. Tentukan bentuk tersebut apakah produktif atau non produktif, kongesti, kering.

2) Peningkatan produksi sputum.

Sputum adalah suatu substansi yang keluar bersama dengan batuk atau bersihan tenggorokan. *Trakeobronkial tree* secara normal memproduksi sekitar 3 ons mukus sehari sebagai bagian dari mekanisme pembersihan normal. Tetapi produksi sputum akibat batuk

adalah tidak normal. Tanyakan dan catat karakteristik sputum seperti warna, konsistensi, bau, serta jumlah dari sputum karena hal-hal tersebut dapat menunjukkan keadaan dari proses patologik. Sputum akan berwarna kuning atau hijau jika infeksi, sputum juga mungkin berwarna jernih, putih atau kelabu. Pada keadaan edema paru sputum akan berwarna merah muda, mengandung darah dan dengan jumlah yang banyak.

3) Dispnea

Dispnea adalah suatu persepsi kesulitan dalam bernapas atau napas pendek dan merupakan perasaan subyektif klien. Kaji tentang kemampuan klien untuk melakukan aktivitas. Contoh ketika klien berjalan apakah klien mengalami dispnea? Kaji juga kemungkinan timbulnya *paroxysmal nocturnal dyspnea* dan *orthopnea*, yang berhubungan dengan penyakit paru kronik dan gagal jantung kiri.

2.4.2.2 Riwayat kesehatan masa lalu

Terdapat data yang menyatakan adanya faktor predisposisi timbulnya penyakit ini, diantaranya adalah riwayat alergi, riwayat saluran nafas bagian bawah (Rhinitis, urtikaria, dan eksim). Secara umum menanyakan :

- 1) Riwayat merokok
- 2) Pengobatan saat ini dan masa lalu
- 3) Alergi
- 4) Tempat tinggal

2.4.2.3 Riwayat kesehatan keluarga

Klien dengan asma sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit turunan, tetapi ada beberapa klien lainnya tidak di temukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya. Tujuan dari pertanyaan riwayat keluarga dan sosial pasien penyakit paru-paru sekurang-kurangnya ada tiga yaitu:

- 1) Penyakit infeksi tertentu: seperti tuberkulosa yang ditularkan melalui satu orang ke orang lainnya, jadi dengan menanyakan riwayat kontak dengan orang terinfeksi dapat diketahui sumber penularannya.
- 2) Kelelahan alergis, seperti asma bronkial, menunjukkan suatu predisposisi keturunan tertentu selain itu serangan asma mungkin dicetuskan oleh konflik keluarga atau kenalan dekat.
- 3) Pasien bronkitis kronik mungkin bermukim di daerah yang polusi udaranya tinggi. Tapi polusi udara tidak menimbulkan bronkhitis kronik, hanya membentuk penyakit tersebut.

2.4.3 Pemeriksaan Fisik

Berguna selain untuk menemukan tanda-tanda fisik yang mendukung diagnosis asma dan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain, juga berguna untuk mengetahui penyakit yang mungkin menyertai asma, meliputi:

2.4.3.3 Status kesehatan umum

Perlu dikaji tentang kesehatan klien, kecemasan, gelisah, kelemahan suara bicara, tekanan darah nadi, frekuensi pernafasan yang meningkat,

penggunaan otot-otot pembantu pernafasan, sianosis, batuk dengan lender dan posisi istirahat pasien.

2.4.3.4 Integumen

Dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembaban, mengelupas atau bersisik, perdarahan, pruritus, eksim, serta adanya bekas atau tanda utikaria serta dermatitis.

2.4.3.5 Thoraks

1) Inspeksi

Dada diinspeksi terutama postur dan bentuk kesimetrisan, adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot interkostalis, sifat dan irama pernafasan, serta frekuensi pernafasan.

2) Palpasi

Pada palpasi dikaji tentang kesimetrisan, ekspansi dan taktil fremitus

3) Perkusi

Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah

4) Auskultasi

Terdapat suara vesikuler yang meningkat disertai dengan ekspirasi lebih dari 4 detik atau lebih dari 3 kali inspirasi dengan adanya bunyi pernafasan *wheezing*.

2.4.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang yang

dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi proses klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Diagnosa asma yang muncul (Heather dan Kamitsuru) :

2.4.4.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d mucus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme

2.4.4.2 Gangguan Pola Tidur b.d sesak nafas bertambah saat terlentang

2.4.4.3 Defisit Pengetahuan b.d kurangnya paparan informasi

2.4.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Penyebab Fisiologis :</p> <ol style="list-style-type: none"> Spasme jalan nafas Hiperskresi jalan nafas Disfungsi neuromuskuler Benda asing dalam jalan nafas Adanya jalan nafas buatan Proses infeksi Respon alergi Efek agen farmakologis (misal. anastesi) <p>Penyebab Situasional :</p> <ol style="list-style-type: none"> Merokok aktif Merokok pasif Terpapar polutan 	<p>Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif merupakan kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas membaik. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Batuk efektif Produksi sputum menurun Mengi menurun <i>Wheezing</i> menurun Dispnea menurun 	<p>1. Latihan Batuk Efektif Definisi : Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring, trakea dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan nafas. Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kemampuan batuk Monitor adanya retensi Monitor tanda dan gejala Monitor <i>input</i> dan <i>output</i> cairan (misal. Jumlah dan karakteristik) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Atur posisi <i>semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i> Pasang pernak dan bengkak di pangkuan pasien Buang sekret pada tempat sputum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam 3 kali Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu</i> <p>2. Manajemen Jalan Nafas Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan</p>

Jalan Nafas. Tindakan:

Observasi :

- a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)
- b. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
- c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

- a. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan *head-tilt* dan *chin-tilt* (*jaw thrust*, jika curiga trauma servikal)
- b. Posisikan *semi-Fowler* atau *Fowler*
- c. Berikan minum hangat
- d. Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
- e. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- f. Keluarkan sumbatan benda padat dengan *forcep McGill*
- g. Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi

- a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontra indikasi
- b. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

3. Pemantauan respirasi

Definisi : mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan ketidakefektifan pertukaran gas. Tindakan :

Observasi :

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas.
 - b. Monitor pola nafas (seperti bradipnea,
-

Gangguan Pola Tidur

Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab

- a. Hambatan lingkungan (mis. Kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- b. Kurang control tidur
- c. Kurang privasi
- d. Restraint fisik
- e. Ketiadaan teman tidur
- f. Tidak familiar dengan alat tidur

Pola Tidur merupakan keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil :

- a. Keluhan sulit tidur menurun
- b. Keluhan tidak puas menurun
- c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun

hiperventilasi, *Kussmaul*, *Cheyne-Stokes*, *Biot*, ataksik)

- c. Monitor kemampuan batuk efektif
- d. Monitor adanya produksi sputum
- e. Monitor adanya sumbatan jalan nafas
- f. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g. Auskultasi bunyi nafas
- h. Monitor saturasi oksigen
- i. Monitor nilai AG D
- j. Monitor hasil *x-ray* thoraks

Terapeutik

- a. Atur interval pemantauan pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b. Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b. Informasi hasil pemantauan, *jika perlu*

1. Dukungan Tidur

Definisi : Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur

Tindakan:

Observasi :

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologi)
- c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi

Terapeutik

- a. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). Batasi waktu tidur siang, jika perlu
 - b. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
-

-
- c. Tetapkan jadwal tidur rutin
 - d. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
 - e. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga

Edukasi

- a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- c. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- d. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung suppressor pada tidur REM
- e. Ajarkan factor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologi, gaya tidur, sering berubah shift bekerja)
- f. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

2. Edukasi Aktivitas/Istirahat

Definisi : mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat.

Tindakan :

Observasi :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- a. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat
- b. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesepakatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya

Edukasi

- a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik / olahraga secara rutin
-

Defisit Pengetahuan

Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

Penyebab :

- a. Keterbatasan kognitif
- b. Gangguan fungsi kognitif
- c. Kelelahan mengikuti anjuran
- d. Kurang terpapar informasi
- e. Kurang minat dalam belajar
- f. Kurang mampu mengingat
- g. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Tingkat Pengetahuan merupakan kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan bertambah. Dengan kriteria hasil :

- a. Perilaku sesuai anjuran
- b. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- c. Kemampuan menjelaskan tentang penyakit asma meningkat
- d. Perilaku sesuai dengan anjuran

- b. Anjurkan dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya
- c. Anjurkan menyusun jadwal aktifitas dan istirahat
- d. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan, sesak nafas saat aktivitas)
- e. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan

1. Edukasi Kesehatan

Definisi : Mengajarkan pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat.

Tindakan :

Observasi :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

- a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

2.4.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan perawatan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam, 2001). Tahap ini merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan. Oleh karena itu, pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan sesuai skala sangat *urgent*, *urgent* dan tidak *urgent*.

Dalam pelaksanaan ini tindakan ada tiga tahapan yang harus dilalui yaitu : persiapan, perencanaan, dan pendokumentasian (Nursalam, 2001).

2.4.6.1 Fase persiapan meliputi :

- 1) *Review* antisipasi tindakan keperawatan
- 2) Menganalisa pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan
- 3) Mengetahui komplikasi yang mungkin timbul
- 4) Persiapan alat (*resource*)
- 5) Persiapan lingkungan kondusif
- 6) Mengidentifikasi aspek hukum dan etik

2.4.6.2 Fase intervensi terdiri atas :

- 1) Independen : tindakan yang dilakukan oleh perawat tanpa petunjuk atau perintah dokter dan tim kesehatan lainnya
- 2) Interdependen : tindakan perawat yang memerlukan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi, laboratorium dan lain-lain

- 3) **Dependen** : berhubungan dengan tindakan medis, dimana tindakan medis dilakukan

2.4.6.4 Fase dokumentasi

Merupakan suatu catatan lengkap dan akurat dari tindakan yang telah di laksanakan. Dalam pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan, pemberi support, pendidik, advokasi, konselor, dan pencatat atau penghimpunan data.

2.4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk menilai keberhasilan dari asuhan keperawatan, proses ini berlangsung terus menerus yang diarahkan pada pencapaian tujuan yang diinginkan.

Ada empat hal yang terjadi pada tahap evaluasi, yaitu :

- 1) Masalah teratasi
- 2) Masalah teratasi sebagian
- 3) Masalah tidak teratasi
- 4) Timbul masalah baru

Evaluasi adalah salah satu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien (Nursalam, 2001). Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai (Nursalam, 2001).

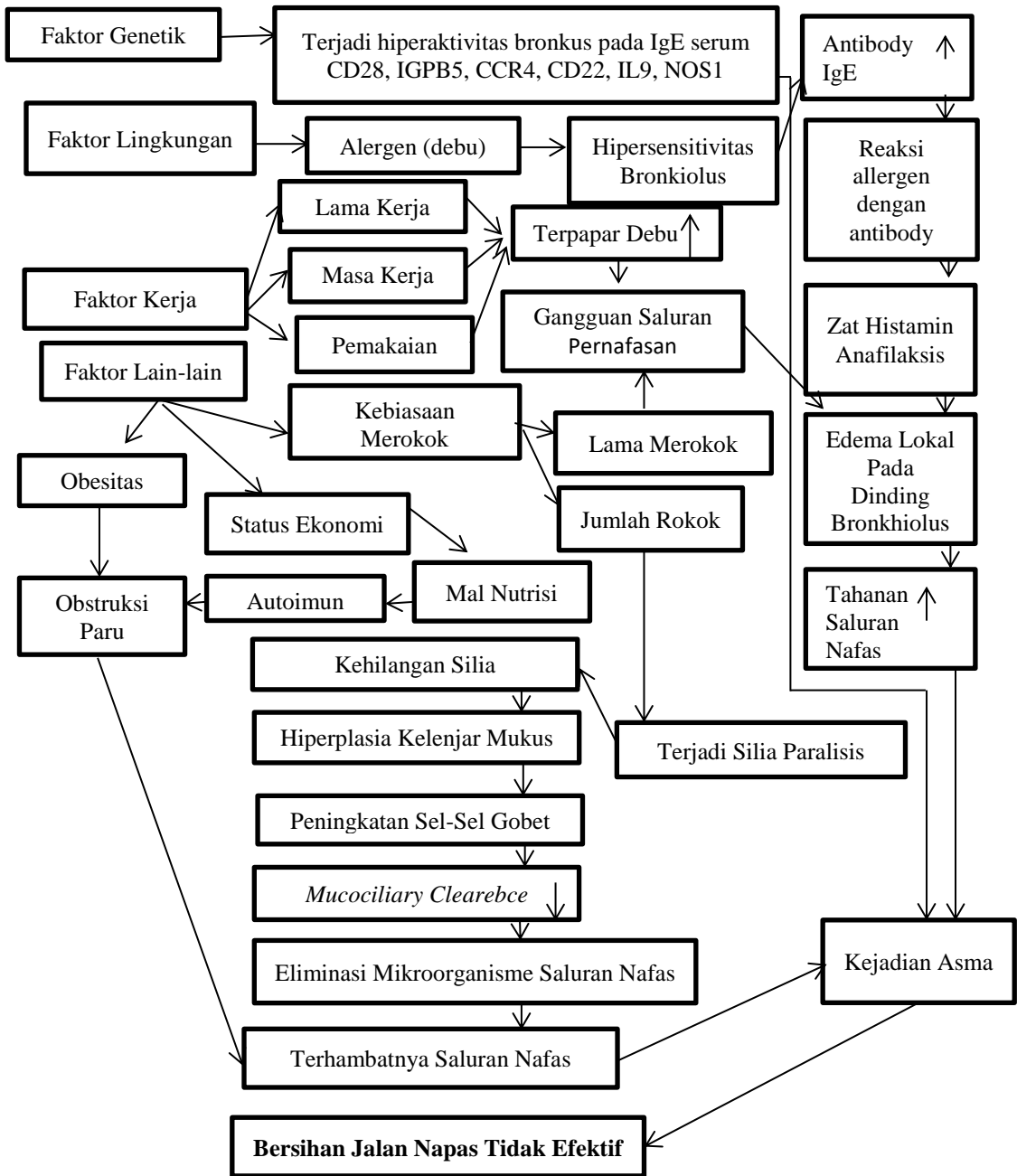
Tujuan evaluasi adalah untuk mendapatkan umpan balik rencana keperawatan, nilai serta meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui hasil perbandingan melalui standar yang telah ditentukan sebelumnya.

Dalam hal ini penilaian yang diharapkan pada klien dengan gangguan sistem pernafasan asma adalah :

- 1) Jalan nafas bersih
- 2) Pertukaran gas kembali membaik
- 3) Pola nafas kembali efektif

(Heather, 2015)

2.5 Kerangka Masalah



Gambar 2. 2 Kerangka Masalah

BAB III

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Asma maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 10 Maret 2021 sampai 12 Maret 2021 dengan data pengkajian pada pasien tanggal 10 Maret 2021 pukul 08.00 WIB.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Tabel 3. 1 Identitas

Nama	Tn. L
Umur	70 tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki
Pendidikan Terakhir	Sekolah Dasar
Status Perkawinan	Kawin
Alamat	Purwodadi
Agama	Islam
Suku	Jawa
Tanggal Pengkajian	10-12 Maret 2021
Orang yang paling dekat / bisa di hubungi :	
Nama	Ny. S
Alamat	Purwodadi
Jenis Kelamin	Perempuan
Hubungan dengan klien	Istri

3.1.2 Struktur keluarga

Tabel 3. 2 Struktur Keluarga

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Hubungan Dg Klien	Pekerjaan
1	Tn. L	70	Laki-laki	Klien	Pernah bekerja sebagai kuli bangunan
2	Ny. S	64	Perempuan	Istri klien	Pedagang

3.1.3 Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Tabel 3. 3 Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

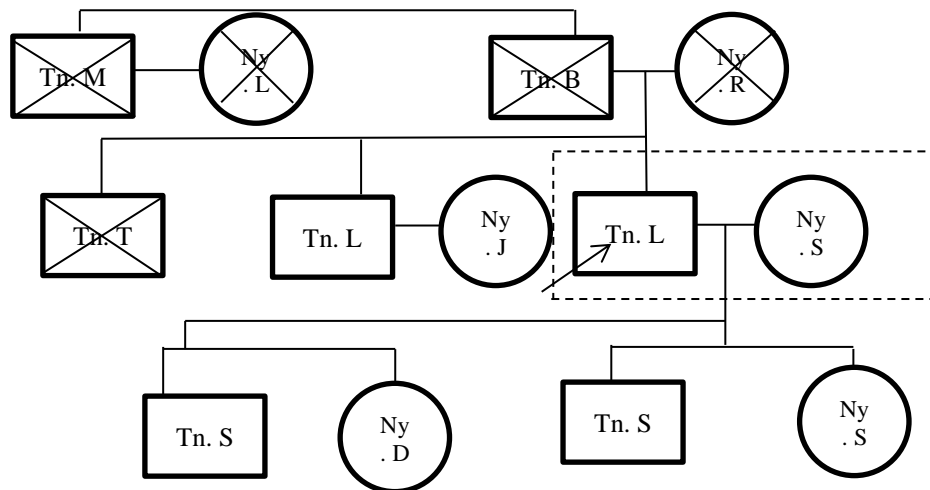
Pekerjaan saat ini	Tidak Bekerja
Pekerjaan sebelumnya	Kuli Bangunan
Sumber pendapatan	Dari istri yang berjualan
Kecukupan Pendapatan	Cukup

3.1.4 Riwayat Kesehatan

Tabel 3. 4 Riwayat Kesehatan




Keluhan Utama		Pasien mengatakan sering merasa sesak nafas dan batuk <i>grok-grok</i> sudah 6 tahun (2015)
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluhan utama dalam 1 tahun Gejala yang dirasakan Faktor pencetus Timbul keluhan Upaya mengatasi	Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk <i>grok-grok</i> Sesak nafas dan batuk Alergi terhadap udang Timbul rasa sesak disertai batuk <i>grok-grok</i> Meminum obat yang di anjurkan oleh dokter
Riwayat penyakit dahulu	Penyakit yang pernah diderita	Pasien memiliki riwayat penyakit asma dan alergi terhadap udang
Riwayat alergi		Pasien memiliki riwayat alergi terhadap udang
Riwayat kecelakaan		Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan
Riwayat pernah dirawat di RS		Pada tahun 2015 Pasien dirawat dirumah sakit karena sesak nafas
Riwayat pemakaian obat		Pasien menggunakan obat yang disarankan oleh dokter
Riwayat penyakit keluarga		Pasien mengatakan nenek dari ibu memiliki riwayat asma.

3.1.5 Genogram



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan :

-  : Klien
 : Laki-laki
 X : Meninggal
 : Perempuan
 ---- : Tinggal Serumah

3.1.6 Lingkungan dan Aktifitas

Tabel 3. 5 Lingkungan dan Aktifitas

Riwayat Tempat Tinggal	Jumlah orang yang tinggal dirumah	Klien hanya tinggal berdua bersama istrinya
	Kebersihan dan kerapian	Dirumah klien terdapat banyak debu terutama pada meja dan lemari
	Penerangan / sirkulasi udara	Penerangan kurang dan ventilasi udara pada rumahnya terdapat debu yang dapat menyebabkan kelembabpan didalam dinding rumah dan tumbuh bakteri, virus dan jamur di dalam rumah
	Keadaan kamar mandi dan WC	Klien tidak memiliki kamar mandi atau WC sehingga klien dan keluarganya harus pergi kesungai
	Pembuangan air kotor	Klien membuang air kotor langsung ke tanah belakang rumahnya
	Sumber air minum	Air untuk minum klien mendapatkannya dari sumber terdekat
	Pembuangan sampah	Sampah biasanya di buang di belakang rumah setelah itu di bakar
	Sumber Pencemaran	Tidak dikaji
Rekreasi		Jika ada waktu senggang biasanya digunakan untuk beristirahat atau bercocok tanam di lahan depan rumah
Pola Fungsi Kesehatan	Pola tidur / Istirahat	Pasien biasanya tidur mulai pukul 21:00 WIB dan bangun pukul 05:00 WIB. Pasien sering mengalami sulit tidur dikarenakan sesak saat

		berbaring
	Pola Eliminasi	BAK : Pasien biasanya BAK pada pagi hari dan malam hari sebelum tidur. Tidak ada masalah
		BAB : Pasien BAB saat pagi hari bangun tidur dan setelah makan siang. Tidak ada masalah
	Pola Nutrisi	Makan : Makan 3x sehari (Nasi, Ikan, Sayur) dengan porsi satu piring habis Minum : 7-8 gelas sehari (air minum)
Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan		Kedua anak Tn. L adalah perokok aktif yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarganya
Pola Kognitif Persepsual	Penglihatan	Normal, Pasien dapat melihat dengan jelas
	Pendengaran	Normal, Pasien dapat mendengarkan suara dengan jelas
	Pengecapan	Normal
	Sensasi / Peraba	Normal
Persepsi diri-pola konsep diri	Gambaran Diri	Pasien mengatakan anggota tubuh lengkap
	Identitas Diri	Pasien mengatakan sekarang berusia 70 tahun dengan pendidikan terakhir Sekolah Dasar. Pasien bersyukur karena masih bisa menikmati masa tua dengan istrinya
	Peran Diri	Pasien mengatakan sudah berperan sebagai suami untuk istrinya, ayah dari anaknya, dan kakek dari cucunya
	Ideal Diri	Pasien mengatakan sudah yakin sewaktu usia muda hingga tua saat ini, ia sudah mampu melakukan kewajibannya sebagai suami, ayah dan kakek untuk menjaga keluarganya
	Harga Diri	Pasien mengatakan merasa senang dengan hidupnya sekarang
Pola toleransi-Stres koping	Penyebab Stres	Tidak dikaji
	Penanganan	Tidak dikaji
Pola seksual		Pasien mengatakan mempunyai 2 orag anak
Pola Hubungan Peran		Saat ini pasien berperan sebagai ayah. Dan hubungannya dengan keluarganya sangat baik.

Pola Keyakinan – Nilai	Keyakinan Akan Kesehatan	Pasien mengatakan bahwa sakit yang dideritanya saat ini adalah ujian dari Allah SWT
	Keyakinan Spiritual	Pasien selalu melaksanakan ibadah 5 waktu dengan tepat waktu
	Sesuatu yang bernilai dalam hidupnya	Pasien mengatakan bahwa keluarganya adalah yang sangat penting bagi hidupnya
Persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan		Pasien sering jalan-jalan saat sore hari
Pola Hubungan – Peran		Saat ini pasien berperan sebagai suami dan ayah. Dan hubungannya dengan keluarganya sangat baik.

3.1.7 Pemeriksaan Fisik

Tabel 3. 6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik		Klien Tn. L
Keadaan Umum		Cukup
	Kesadaran GCS	Composmentis 4-5-6
Tanda-tanda Vital	Tekanan Darah Nadi Suhu Respirasi	120/180 mmHg 90x/menit 36,1 ⁰ C 28x/menit
Pemeriksaan Kepala-Leher	Kepala	Inspeksi : 1) Bentuk bulat, simetris 2) Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe 3) Penyebaran rambut merata 4) Warna rambut hitam dan terdapat uban putih 5) Rambut tidak berbau 6) Warna kulit wajah sawo matang 7) Wajah simetris 8) Tidak ada sianosis Palpasi : Tidak ada benjolan
	Mata	Inspeksi : 1) Mata lengkap, simetris 2) Konjungtiva tidak anemis 3) Sklera tidak ikterik 4) Pupil : refleks pupil terhadap cahaya baik, isokor 5) Kornea dan iris : tidak ada peradangan 6) Palpebral : normal, tidak ada peradangan Palpasi : 1) Tidak ada edema 2) Tidak ada peradangan/lesi 3) Tidak ada benjolan

	Hidung	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tulang hidung dan posisi septum nasi: tidak ada pembengkakan 2) Lubang hidung tidak ada sekret, tidak ada sumbatan 3) Tidak ada pernafasan cuping hidung
	Telinga	Inspeksi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Bentuk simetris kanan dan kiri 2) Ukuran sedang 3) Ketegangan telinga lentur 4) Lubang telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan 5) Pendengaran baik Palpasi : tidak ada benjolan
	Mulut	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bibir tidak ada sianosis 2) Membran mukosa kering 3) Gigi dan gusi bersih, tidak ada stomatitis 4) Lidah bersih, terdapat bercak putih tipis
	Leher	Inspeksi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Posisi trakhea simetris Palpasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada pembesaran tiroid 2) Suara normal 3) Tidak ada pembesaran kelenjar limfe 4) Tidak ada bendungan / distensi vena jugularis 5) Denyut nadi carotis teraba
Pemeriksaan Integumen	Kulit	Inspeksi <ol style="list-style-type: none"> 1) Kulit bersih, kering 2) Warna sawo matang 3) Tidak ada kelainan pada kulit Palpasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Akral hangat

		2) Tekstur lembut, lembab						
Pemeriksaan payudara dan ketiak		Tidak di kaji						
Pemeriksaan <i>thorax</i> / dada	Paru-paru	<p>Inspeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bentuk thorax : normal chest 2) Frekuensi nafas 28x / menit 3) Irama nafas regular 4) Pola nafas : Dipsnea 5) Tanda-tanda kesulitan nafas : terdapat retraksi otot intercoste <p>Palpasi : getaran suara (<i>vocal fremitus</i>) simetris</p> <p>Perkusi : sonor</p> <p>Auskultasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Suara nafas vesikuler 2) Terdapat suara tambahan ronkhi <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">-</td> <td style="padding-left: 5px;">+</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">-</td> <td style="padding-left: 5px;">-</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">-</td> <td style="padding-left: 5px;">-</td> </tr> </table>	-	+	-	-	-	-
-	+							
-	-							
-	-							
	Jantung	<p>Inspeksi dan Palpasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ada pulsasi 2) Ictus cordis : ICS V linea midclavicularis sinistra <p>Perkusi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ICS II linea sinistra dekstra sinistra 2) ICS IV linea sternalis sinistra 3) ICS V linea midclavicularis sinistra <p>Austulkasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bunyi jantung I : lup / S1 2) Bunyi jantung II : dup / S2 3) Tidak ada bunyi jantung tambahan 4) Tidak ada bising / mur-mur 						

		5) Frekuensi denyut jantung 90x/menit				
Pemeriksaan abdomen	Abdomen	<p>Inspeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bentuk abdomen : datar 2) Tidak ada benjolan 3) Tidak ada bayangan pembuluh darah abdomen <p>Palpasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada nyeri tekan 2) Tidak ada benjolan / massa 3) Tidak ada tanda-tanda ascites 4) Hepar tidak ada pembesaran, tidak ada nyeri tekan 5) Lien tidak ada pembesaran tidak ada nyeri tekan <p>Perkusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Suara abdomen timpani 2) Tidak ada tanda-tanda ascites <p>Auskultasi : peristaltik usus 12x/menit</p>				
Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya		Tidak dikaji				
Pemeriksaan musculoskeletal	Ekstermitas	<p>Inspeksi : struktur dan bentuk tulang : simetris tidak ada kelainan</p> <p>Palpasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada pitting edema 2) Akral hangat 3) Kekuatan otot 				
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table>	5	5	5	5
5	5					
5	5					
		Perkusi				

		1) Fungsi motorik baik 2) Fungsi sensorik baik 3) Reflek fisiologis (1) Trisep (+) (2) Bisep (+) (3) Patella (+)
Pemeriksaan neurologi	Tingkat kesadaran	GCS 4-5-6 kesadaran composmentis
	Tanda-tanda rangsangan otak	Pusing (-) febris (-) mual (-) muntah (-)
	Syaraf otak (nervus cranial)	Tidak di kaji
	Fungsi motoric	Pasien mampu menggerakkan tubuh dengan baik
	Fungsi sensorik	Pasien mampu mengikuti perintah dengan baik
	Refleks	Refleks fisiologis (+) tidak ada refleks patologis
	Pemeriksaan status mental	Kondisi mental / perasaan
Orientasi		Baik
Proses berpikir (ingatan, atensi, keputusan, perhitungan)		Pasien mampu mengingat dengan baik
Motivasi		Pasien ingin segera sembuh dan bisa beraktifitas lagi
Persepsi		Pasien menilai bahwa sakit adalah ujian dari Allah SWT
Bahasa		Jawa, Indonesia

3.1.8 Pengkajian Status Fungsional Kognitif, Afektif, Psikologis dan Sosial

Tabel 3. 7 Pengkajian status fungsional (Index Katz)

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p>Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>	√	
2	<p>Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi / mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>	√	
3	<p>Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	√	
4	<p>Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>	√	
5	<p>Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (<i>pampers</i>)</p>	√	
6	<p>Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)</p>	√	

Keterangan :

Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

Nilai A :Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kekamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Lain – lain: Ketergantungan sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F, G

Berdasarkan dalam pengkajian indeks Ketz Tn. L memperoleh nilai A dengan kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK / BAB), berpindah, kekamar kecil, mandi dan berpakaian.

3.1.9 Pengkajian status kognitif dan afektif
Tabel 3. 8 Shorth Portable Mental Status Quesioner (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab:.....	√	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab:.....	√	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab:.....	√	
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :	√	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab :.....	√	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab :.....	√	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab :.....	√	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab :	√	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab :.....	√	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab :.....	√	
JUMLAH		10	

Analisa Hasil :

Skor salah 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Skor salah 3-4 : Kerusakan intelektual ringan

Skor salah 5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Skor salah 8-7 : Kerusakan intelektual berat

Berdasarkan pertanyaan diatas Tn. L memperoleh skor salah 0-2, maka pasien tersebut memiliki fungsi intelektual utuh

3.1.10 Pengkajian status psikologi

Tabel 3. 9 Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

No	Pertanyaan	
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?	Ya
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak Kegiatan dan minat/kesenangan anda	Ya
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Tidak
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik Setiap saat?	Ya
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk Akan terjadi pada anda?	Ya
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian Besar hidup anda?	Ya
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?	Tidak
9	Apakah anda lebih sering dirumah daripada pergi Keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Ya
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah Dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	Tidak
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda Sekarang menyenangkan?	Ya
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti Perasaan anda saat ini?	Tidak
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Ya
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak Ada harapan?	Tidak
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik Keadaannya daripada anda?	Tidak

*) Setiap jawaban yang **sesuai** mempunyai skor "1" (satu) :

skor 5-9 : kemungkinan depresi

Skor 10 atau lebih : depresi

Berdasarkan pertanyaan diatas Tn. L memperoleh skor 5-9, maka pasien tersebut kemungkinan depresi

3.1.11 Apgar Keluarga

Tabel 3. 10 Apgar Keluarga

NO	Items penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	√		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.		√	
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.		√	
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.		√	
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon		√	
JUMLAH		2	4	

Penilaian :

Nilai 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai 7-10: Fungsi keluarga baik

Berdasarkan kriteria hasil diatas Tn. L memperoleh nilai 4-6, maka pasien tersebut memiliki disfungsi keluarga sedang, karena komunikasi antar keluarga yang kurang dan jarang bertemu dengan teman-temannya.

3.2 ANALISA DATA

Tabel 3. 11 Analisa Data

Data Penunjang	Interpretasi data	Masalah Keperawatan						
DS : Pasien mengatakan batuk dan sesak nafas DO : 1) k/u cukup 2) kesadaran composmentis 3) GCS 456 4) Terdengar ronkhi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: none;">-</td> <td style="border: none;">+</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">-</td> <td style="border: none;">-</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">-</td> <td style="border: none;">-</td> </tr> </table> 5) TTV TD : 120/80 mmHg Nadi : 90x/menit Suhu : 36,1 ^o C Respirasi: 28x/menit Irama : reguler 6) Tidak ada sianosis 7) Akral hangat	-	+	-	-	-	-	Pencetus serangan (allergen, emosi / stres, obat-obatan dan infeksi) ↓ Reaksi antigen dan antibody ↓ Di keluarkannya substansi vasoaktif (histamin, bradikinin, dan anafilatoksin) ↓ Kontraksi otot polos ↓ Bronkospasme ↓ Bersihan jalan nafas tidak efektif	Bersihan jalan nafas tidak efektif
-	+							
-	-							
-	-							
DS : - Pasien mengeluh sulit tertidur karena kesulitan untuk bernafas - Pasien mengeluh sering terjaga dan tidak puas tidur - Pasien mengeluh istirahat tidak cukup DO : 1) k/u cukup 2) TTV TD : 120/80 mmHg Nadi : 90x/menit Suhu : 36,1 ^o C	Paparan allergen ↓ Allergen diikat oleh IgE ↓ Vasokontruksi pada saluran pernafasan ↓ Asma ↓ Pelepasan serotonin ↓ Kontraksi otot polos ↓ Bronkospasme ↓ Sesak nafas bertambah saat terlentang ↓ Tidur terganggu ↓ Gangguan Pola Tidur	Gangguan pola tidur						

3.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.12 Diagnosa Keperawatan

63

3.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3. 12 Diagnosa Keperawatan

Hari / Tanggal	No.DX	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	TT
10 Maret 2021	D.0001	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan mukus, eksudat, alveoli dan bronkospasme	12 Maret 2021	<i>[Signature]</i>
10 Maret 2021	D.0055	Gangguan pola tidur	12 Maret 2021	<i>[Signature]</i>

3.4 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3. 12 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.</p> <p>Penyebab Fisiologis :</p> <ol style="list-style-type: none"> Spasme jalan nafas Hiperskresi jalan nafas Disfungsi neuromuskuler Benda asing dalam jalan nafas Adanya jalan nafas buatan Proses infeksi Respon alergi Efek agen farmakologis (misal. anastesi) <p>Penyebab Situasional :</p> <ol style="list-style-type: none"> Merokok aktif Merokok pasif Terpapaj polutan 	<p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif merupakan kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas membaik. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Batuk efektif Produksi sputum menurun <i>Grok-grok</i> menurun Ronkhi menurun Dispnea menurun 	<p>1. Latihan Batuk Efektif Definisi : Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring, trakea dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan nafas.</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kemampuan batuk Monitor adanya retensi Monitor tanda dan gejala <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Atur posisi <i>semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i> Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien Buang sekret pada tempat sputum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam 3 kali Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 <p>2. Manajemen Jalan Nafas Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan Jalan Nafas. Tindakan:</p>

Observasi :

- a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)
- b. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
- c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

- a. Posisikan *semi-Fowler* atau *Fowler*
- b. Berikan minum hangat
- c. Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*

Edukasi

- a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml / hari, jika tidak kontraindikasi
- b. Ajarkan teknik batuk efektif

3. Pemantauan respirasi

Definisi : Mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan ketidakefektifan pertukaran gas.

Tindakan :**Observasi :**

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas.
- b. Monitor kemampuan batuk efektif
- c. Monitor adanya produksi sputum
- d. Monitor adanya sumbatan jalan nafas
- e. Auskultasi bunyi nafas

Terapeutik

- a. Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

1. Dukungan Tidur

Definisi : Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang

2 Gangguan Pola Tidur

Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab

- a. Hambatan lingkungan (mis. Kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tak sedap, jadwal pemantauan / pemeriksaan / tindakan)
- b. Kurang kontrol tidur
- c. Kurang privasi
- d. *Restraint* fisik
- e. Ketiadaan teman tidur
- f. Tidak *familiar* dengan alat tidur

Pola Tidur merupakan keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil :

- a. Keluhan sulit tidur menurun
- b. Keluhan tidak puas menurun
- c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun

teratur

Tindakan:

Observasi :

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologi)
- c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi

Terapeutik

- a. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). Batasi waktu tidur siang, *jika perlu*
- b. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
- c. Tetapkan jadwal tidur rutin

Edukasi

- a. Jelaskan pentingnya tidur cukup
- b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- c. Anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur
- d. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologi, gaya tidur, sering berubah shift bekerja)

2. Edukasi Aktivitas/Istirahat

Definisi : mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat.

Tindakan :

Observasi :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

-
- a. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat
 - b. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
 - c. Berikan kesepakatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya

Edukasi

- a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik / olahraga secara rutin
 - b. Anjukan menyusun jadwal aktifitas dan istirahat
 - c. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
-


3.5 IMPLEMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN



Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan

68

3.5 IMPLEMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

Tabel 3. 14 Implementasi Keperawatan

No Dx	Tanggal	Jam	Pelaksanaan	TT			
1	10 Maret 2021	08.00	1) Membina hubungan saling percaya				
		08.30	2) Menjelaskan kontrak waktu dan tujuan pertemuan didapati pasien bersedia memberikan sedikit waktunya untuk dilakukan pengkajian.				
		08.50					
		09.00	3) Memonitor pola nafas didapati dispnea Dengan Respirasi: 28 x/menit				
			4) Mengajarkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut				
		09.20	5) Mengidentifikasi adanya batuk dimana ditemukan adanya batuk, klien mengeluh batuk				
		09.25	6) Memonitor tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg Nadi: 90 x/menit Suhu: 36,1° C				
		09.27	7) Memonitor kondisi umum Keadaan umum: Cukup Kesadaran : Composmentis GCS : 4, 5, 6				
			8) Memonitor frekuensi pernafasan dan irama pernafasan diketahui frekuensi pernafasan melambat (tidak ngos-ngosan), iramanya regular				
		09.30	9) Terdengar ronkhi <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">-</td> <td style="padding: 0 5px;">+</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">-</td> <td style="padding: 0 5px;">-</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">-</td> <td style="padding: 0 5px;">-</td> </tr> </table>		-	+	-
-	+						
-	-						
-	-						
	10) Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (posisi semi fowler) didapati pasien dapat bernafas dengan lebih mudah						

2	10 Maret 2021	08.30	1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur didapati pasien mengeluh susah tidur, sering terjaga saat malam hari sehingga tidurnya tidak puas, akibat kesulitan bernafas,							
		08.40								
		09.35								
		09.40	2) Menjadwalkan rutinitas tidur diketahui keluarga mendukung untuk rutin membantu pasien dalam mengatur waktu tidurnya 3) Melibatkan keluarga dalam memodifikasi lingkungan didapati keluarga berinisiatif untuk membantu memodifikasi sampai pasien tidak mengalami kesulitan tidur lagi 4) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pola aktivitas dan tidur dengan baik didapati keluarga berinisiatif untuk selalu membantu pasien dalam meningkatkan pola aktivitas dan tidur							
1	11 Maret 2021	08.00	1) Menjelaskan kontrak waktu dan tujuan pertemuan didapati pasien bersedia memberikan sedikit waktunya untuk dilakukan pengkajian.							
		08.45	2) Memonitor pola nafas didapati dispnea Dengan respirasi : 26 x/menit 3) Menganjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut. Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut							
		08.55	4) Memonitor tanda-tanda vital saat mobilisasi TD : 120/80 mmHg Nadi : 87 x/menit Suhu : 36,3° C							
		09.05	5) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Keadaan umum: Cukup Kesadaran : Composmentis GCS : 4, 5, 6							
		09.20	6) Memonitor frekuensi pernafasan dan irama pernafasan diketahui frekuensi pernafasan melambat (tidak <i>ngos- ngosan</i>), iramanya regular 7) Terdengar ronkhi <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		-	+	-	-	-	-
		-	+							
		-	-							
		-	-							
	8) Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (posisi <i>semi fowler</i>) didapati pasien dapat bernafas dengan lebih mudah									

2	11 Maret 2021	08.35	1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur didapati pasien mengeluh susah tidur, sering terjaga saat malam hari sehingga tidurnya tidak puas, akibat kesulitan bernafas,	Am
		09.25	2) Melibatkan keluarga dalam memodifikasi lingkungan diketahui keluarga berinisiatif untuk membantu memodifikasi sampai pasien tidak mengalami kesulitan tidur lagi 3) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pola aktivitas dan tidur dengan baik diketahui keluarga berinisiatif untuk selalu membantu pasien dalam meningkatkan pola aktivitas dan tidur	
1	12 Maret 2021	08.00	1) Menjelaskan kontrak waktu dan tujuan pertemuan didapati pasien bersedia memberikan waktunya untuk pengkajian.	Am
		08.30	2) Memonitor pola nafas didapati dispnea Respirasi pasien 22 x/menit	
			3) Memonitor tanda-tanda vital saat mobilisasi TD : 120/80 mmHg Nadi : 90 x/menit Suhu : 36,0° C	
		08.45	4) Terdengar ronkhi - + - - - -	
		08.45	5) Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (posisi <i>semi fowler</i>) didapati pasien dapat bernafas dengan lebih mudah	
2	12 Maret 2021	08.50	1) Melibatkan keluarga dalam memodifikasi lingkungan diketahui keluarga berinisiatif untuk membantu memodifikasi sampai pasien tidak mengalami kesulitan tidur lagi	Am
		09.00	2) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pola aktivitas dan tidur dengan baik diketahui keluarga berinisiatif untuk selalu membantu pasien dalam meningkatkan pola aktivitas dan tidur	

3.6 EVALUASI

Tabel 3. 13 Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Tanggal	Tanggal
D.0001	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	<p>S: Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk O: k/u : Cukup Kesadaran composmentis GCS: 456 Klien tampak kesulitan bernafas Ronkhi (+) TTV : TD : 120/80 mmHg N : 90x/menit S : 36,1° RR : 28x/menit Irama nafas regular Tidak ada sianosis Akral hangat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk berkurang O: k/u : Cukup Kesadaran composmentis GCS: 456 Klien tampak kesulitan bernafas Ronkhi (+) TTV : TD : 120/80 mmHg N : 82x/menit S : 36,3° RR : 26x/menit Irama nafas regular Akral hangat A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak nafas dan batuk O: k/u : Cukup Kesadaran composmentis GCS: 456 Ronkhi (-) TTV : TD : 120/80 mmHg N : 84x/menit S : 36,0°C RR : 22x/menit Akral hangat A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi</p>
D.0055	Gangguan Pola Tidur	<p>S : Klien mengatakan susah tidur karena kesulitan bernafas saat berbaring O: k/u : Cukup Kesadaran composmentis GCS: 456 Klien tampak kesulitan bernafas saat berbaring Klien tampak lelah</p>	<p>S : Klien mengatakan sedikit bisa tertidur O: k/u : Cukup Kesadaran composmentis GCS: 456 Klien tampak kesulitan bernafas Ttv TD : 120/80 mmHg</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah bisa tertidur nyenyak, tidak ada kesulitan dalam bernafas saat berbaring O: k/u : Cukup Kesadaran composmentis GCS: 456 Ttv TD : 120/80 mmHg</p>

TTV	N : 82x/menit	N : 84x/menit
TD : 120/80 mmHg	S : 36,3°	S : 36,0°C
N : 90x/menit	RR : 26x/menit	RR : 22x/menit
S : 36,1°C	Irama nafas regular	Akral hangat
RR : 28x/menit	Akral hangat	A : Masalah teratasi
Irama nafas regular	A : Masalah teratasi sebagian	P : Hentikan Intervensi
Tidak ada sianosis	P : Lanjutkan intervensi	
Akral hangat		
A : Masalah belum teratasi		
P : Lanjutkan intervensi		

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Asma di Purwodadi yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Fakta pada tinjauan kasus dikatakan data pasien dengan nama Tn. L, berumur 70 tahun, berjenis kelamin laki-laki. Pada tinjauan pustaka di sebutkan pengkajian identitas pasien berisikan nama pasien, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal masuk rumah sakit, rekam medis (Nuraruf & Kusuma, 2015). Tn. L saat ini berumur 70 tahun dan memiliki riwayat penyakit asma sejak 6 tahun yang lalu saat pasien berumur 64 tahun, hal ini mungkin dikarenakan penurunan imun pada pasien yang sudah lanjut usia.

Pada tinjauan kasus keluhan utama yang didapatkan data bahwa Tn. L sering merasakan sesak nafas dan batuk *grok-grok*. Tn. L memiliki riwayat alergi pada udang yang dapat menyebabkan sesak nafas disertai batuk *grok-grok*. Pada tinjauan pustaka di jelaskan keluhan utama yang biasa muncul pada klien dengan gangguan pernapasan antara lain: batuk, peningkatan sputum, dispnea, *wheezing* / ronkhi (Nuraruf & Kusuma, 2015). Untuk keluhan utama tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, karena pada penderita asma umumnya yang sering dijumpai akan mengalami sesak nafas disertai batuk *grok-grok*.

Pada tinjauan kasus riwayat penyakit dulu dikatakan Tn. L tidak pernah memiliki kebiasaan merokok, hanya saja kedua anaknya yang memiliki kebiasaan merokok sejak dulu. Sehingga Tn. L menjadi perokok pasif. Pada tinjauan pustaka dijelaskan bahwa biasanya terdapat adanya faktor predisposisi timbulnya penyakit asma, salah satunya adalah riwayat merokok (Nuraruf & Kusuma, 2015). Pada pengkajian riwayat kesehatan dulu terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka yaitu pada tinjauan pustaka dikatakan bahwa Tn. L bukanlah perokok aktif, akan tetapi perokok pasif yang dapat menyebabkan Tn.L menderita asma.

Pada tinjauan kasus, lingkungan pasien mengatakan tinggal berdua bersama istrinya dengan kondisi rumah yang terdapat banyak debu terutama pada meja dan lemari. Penerangan kurang dan ventilasi udara pada rumahnya terdapat debu yang dapat menyebabkan kelembapan didalam dinding rumah dan tumbuh bakteri, virus, dan jamur didalam rumah. Sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan tentang lingkungan rumah..

Status kesehatan pada tinjauan kasus kesadaran Tn. L composmentis GCS 456, TTV : TD : 120/80, Nadi : 90, Suhu : 36,1°C, Respirasi : 28x/menit, Irama pernafasan : regular, tidak ada sianosis, akral hangat. Pada tinjauan pustaka dijelaskan bahwa klien akan merasakan kecemasan, kegelisaan, kelemahan suara bicara, tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan yang meningkat, penggunaan otot-otot pembantu pernafasan, sianosis, batuk dengan lender dan posisi istirahat pasien (Nuraruf & Kusuma, 2015). Pada pengkajian riwayat kesehatan dulu tidak ditemukan kesenjangan karena Tn. L mengalami sesak nafas disertai batuk berdahak.

Pada pemeriksaan integument di tinjauan kasus tidak ada kelaian pada kulit Tn. L, kulit berwarna sawo matang, bersih tidak ada tanda-tanda perdarahan dan bekas luka. Pada tinjauan pustaka dijelaskan bahwa pada penderita asma permukaan kulit akan menjadi kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembaban, mengelupas atau bersisik, adanya perdarahan, pruritus, eksim dan adanya bekas atau tanda utikaria serta dermatitis (Nuraruf & Kusuma, 2015). Pada pemeriksaan integument terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka karena pada Tn. L tidak ada kelainan terhadap pigmentasi pada kulit. Hanya saja terdapat keselarasan pada keringnya kulit Tn. L.

Pada pemeriksaan thoraks di tinjauan kasus dijelaskan dada diinspeksi bentuk thoraks : normal *chest*, frekuensi nafas : 28x / menit, irama pernafasan : regular, tanda-tanda kesulitan nafas : dispnea, terdapat retraksi otot intercoste. Terdapat adanya getaran suara (*vocal fremitus*) simetris pada saat pengkajian palpasi dan terdapat suara sonor saat dilakukan perkusi. Saat auskultasi didapatkan suara nafas vesikuler, suara ucapan normal, dan terdapat suara tambahan ronkhi. Pada tinjauan kasus pemeriksaan thoraks dijelaskan apabila dada diinspeksi terutama postur dan bentuk kesimetrisan, adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot interkostalis, sifat dan irama pernafasan, serta frekuensi pernafasan (Nuraruf & Kusuma, 2015).

Pada pemeriksaan thoraks tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka karena Tn. L merasakan sesak nafas, terdapat retraksi otot intercoste, peningkatan diameter anteropostior, suara sonor, dan terdapat suara tambahan ronkhi.

4.2 Analisa data

Dijelaskan bahwa keadaan umum Tn. L cukup, kesadaran composmentis, GCS 456, Terdengar ronkhi TTV : TD : 120/80 mmHg, Nadi : 90x/menit, Suhu : 36,1⁰C, Respirasi: 28x/menit, tidak ada sianosis, akral hangat Sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan tentang analisa data

4.3 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus, penulis mendapatkan 2 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan asma yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme, dan Gangguan Pola tidur berhubungan dengan sesak nafas bertambah saat terlentang.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien asma menurut PPNI 2016 adalah:

- 1.3.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d mukus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme
- 1.3.2 Gangguan Pola Tidur b.d sesak nafas bertambah saat terlentang
- 1.3.3 Defisit Pengetahuan b.d kurangnya paparan informasi

Pada diagnosa keperawatan didapatkan kesenjangan karena terdapat 1 diagnosa yang tidak muncul pada tinjauan kasus yaitu, Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi. Hal ini dikarenakan bahwa Tn. L dan keluarga sudah mengerti tentang penyakitnya tersebut. Sehingga diagnosa tersebut tidak dapat dimunculkan dalam pengkajian.

4.4 Intervensi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan secara umum, namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Berikut intervensi yang telah disusun sesuai dengan SDKI (2016), SLKI dan SIKI (2018) dengan menyesuaikan tinjauan kasus, yaitu:

4.4.1 Intervensi pada diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif dilakukan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu melakukan Batuk efektif, produksi sputum mulai menurun, *Grok-grok* menurun, Ronkhi menurun, Dispnea menurun

Pada intervensi diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

4.4.2 Intervensi pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur dilakukan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat tidur dengan nyenyak, tidak ada lagi keluhan kualitas tidur yang menurun dengan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebagai berikut: Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologi), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang di konsumsi.

Pada intervensi diagnosa gangguan pola tidur antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan karena telah disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien yaitu kurangnya

waktu istirahat/tidur yang mengakibatkan Tn. L tidak dapat merasa tubuhnya selalu lelah.

4.5 Implementasi Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah ditetapkan oleh perawat. Pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mucus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme dibutuhkan waktu pelaksanaan selama 3 hari Pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan bertambahnya sesak saat terlentang. Pada tinjauan kasus, pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan bertambahnya sesak nafas saat terbaring dibutuhkan waktu pelaksanaan selama 3 hari.

Implementasi atau tindakan perawatan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam, 2001). Tahap ini merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan. Oleh karena itu, pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan sesuai skala sangat *urgent*, *urgent* dan tidak *urgent*. Implementasi atau tindakan perawatan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam, 2001). Tahap ini merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan. Oleh karena itu, pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan sesuai skala sangat *urgent*, *urgent* dan tidak *urgent*

4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah salah satu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien (Nursalam, 2001). Evaluasi adalah

tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai (Nursalam, 2001).

Setelah dilakukan implementasi selama 3 kali kunjungan rumah, didapatkan catatan perkembangan pada evaluasi hari terakhir sebagai berikut:

4.5.1 Evaluasi pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan mucus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mucus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme

Perkembangan evaluasi pada Ny. M didapatkan data subjektif: Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk dan data objektif: keadaan umum cukup, GCS :456, klien tampak kesulitan bernafas. Ronkhi (+), TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 90x/menit S : 36,1°C, RR : 28x/menit, Irama nafas regular, Tidak ada sianosis, Akral hangat

Setelah dilakukan tindakan sesuai dengan intervensi dan kriteria hasil yang telah disusun sebelumnya, masalah keperawatan pada diagnosa ini teratasi dengan kriteria hasil telah dipenuhi, seperti: tidak merasakan sesak nafas dan RR menjadi 22x/menit

4.5.2 Evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan bertambahnya sesak nafas saat terbaring Perkembangan evaluasi pada Ny. M didapatkan data subjektif: Klien mengatakan susah tidur karena kesulitan bernafas saat berbaring. dan data objektif:keadaan umum cukup, Kesadaran composmentis, GCS: 456, Klien tampak kesulitan bernafas saat berbaring, Klien tampak lelah,

Ronchi (+), TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,1°C, RR : 28x/menit, Irama nafas regular, Tidak ada sianosis, Akral hangat.

Setelah dilakukan tindakan sesuai dengan intervensi dan kriteria hasil yang telah disusun sebelumnya, masalah keperawatan pada diagnosa ini dapat teratasi. Sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu Klien mengatakan sudah bisa tertidur nyenyak, tidak ada kesulitan dalam bernafas saat berbaring. Tidak ada keluhan tentang kesulitan tertidur, tidak ada keluhan lelah karena kurangnya istirahat

BAB V

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Asma di Purwodadi, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Asma.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Asma, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Fokus pengkajian pada Tn. L yaitu pada sistem pernafasan dengan data sebagai berikut : Irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas, *vocal fremitus* antara kanan dan kiri sama, terdapat suara nafas tambahan ronchi, terdapat batuk dengan sputum, dan pasien sesak saat bernafas. Untuk keluhan utama disini pasien sering merasa sesak nafas dan batuk. Data Obyektif : klien tampak lemah, suhu : 36,1°C, nadi : 90x/menit, respirasi 28x/menit, tekanan darah : 120/80 mmHg, terdengar ronkhi, Irama : reguler

5.1.2 Diagnosa keperawatan prioritas pada pasien meliputi :

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d mukus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme, Gangguan Pola Tidur b.d sesak nafas bertambah saat terlentang

- 5.1.3 Pada dua diagnosa prioritas yang muncul pada pasien dilakukan melalui jenis tindakan mandiri keperawatan
- 5.1.4 Semua tindakan yang diimplementasikan kepada pasien sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Pada diagnosa keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d mucus dalam jumlah berlebihan, peningkatan produksi mukus, eksudat dalam alveoli dan bronkospasme dan diagnosa keperawatan Gangguan Pola Tidur b.d sesak nafas bertambah saat terlentang dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari.
- 5.1.5 Dari dua diagnosa keperawatan yang terjadi pada Tn. L didapatkan 4 masalah teratasi. Kondisi Tn. L sudah cukup baik sehingga intervensi dihentikan

5.2 Saran

Penulis memberikan saran sebagai berikut:

- 5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga.
- 5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia.
- 5.2.3 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2016. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).
- Bulechek, G. M., Butcher H.K., Dotcherman J.M. 2016. *Nursing Interventions Classification (NIC) 6th Indonesian Edition*. Singapore : Elsevier
- Francis Caia. 2011 . *Respiratory Care*. Diterjemahkan oleh Tini Stella. Jakarta : Erlangga
- GINA (*Global initiative for Asthma*) 2006. Pocket Guide for Asthma Management and Prevension In Children. www. Dimuat dalam www.Ginaasthma.org
- Kozier,dkk. (2011). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, & praktik*. Edisi 7. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Nurarif Amin Huda,dkk. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic-noc*. Jilid 1. Jogjakarta: Mediaction Jogja Santun
- Nursalam, 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*, Ed. 4. Jakarta: Salemba Medika
- Prasetyo, B.A. 2018. *Ini yang Terjadi pada Tubuh Saat Kekurangan Oksigen*. <https://www.klikdokter.com/info-sehat/read/3599641/ini-yang-terjadi-pada-tubuh-saat-kekurangan-oksigen>. Diakses pada tanggal 28 Juli 2018, pukul 12:30 WIB
- Repository.unair. 2019, 27 Maret. Asuhan Keperawatan, Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif. Diakses pada 27 Maret 2019, dari <http://repository.unair.ac.id/75289/>
- Ruhyanudind, F. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Malang : Hak Terbit UMM Press
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), *Standar Daignosis Keperawatan Indonesia : definisi dan indikator Diagnostik*, Edisi 1.Cetakan III. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI. Diakses pada tanggal 1 februari 2021 pada pukul 09.00 WIB.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan tindakan keperawatan*, Edisi 1. Cetakan II. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. Diakses pada tanggal 1 februari 2021 pada pukul 10.00 WIB.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Cetakan II. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. Diakses pada tanggal 1 februari 2021 pada pukul 09.30 WIB.

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

TENTANG ASMA

Pokok Bahasa	: Asma
Sasaran	: Pasien dan keluarga
Tempat	: Kediaman Tn. L
Hari/Tanggal	: Jum'at / 12 Maret 2021
Waktu	: 20 menit

I. Tujuan

a. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan penyuluhan 20 menit, diharapkan pasien dan Keluarga mampu memahami dan mengerti tentang Asma.

b. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti penyuluhan selama 20 menit tentang Asma, diharapkan Keluarga Tn. L dapat:

1. Menjelaskan tentang pengertian Asma
2. Menjelaskan tentang penyebab Asma
3. Menjelaskan tentang tanda dan gejala Asma
4. Menjelaskan tentang cara pencegahan Asma
5. Menjelaskan tentang kenapa Asma harus di cegah

II. Materi Pembelajaran

Pokok Bahasa : Asma

III. Metode Pemberlajaran

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab / Diskusi

IV. Sasaran

Klien dan Keluarga klien Penderita Asma

V. Media

Leaflet

VI. Susunan Acara

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	3 menit	Pembukaan : 1.Mengucapkan salam 2.Memperkenalkan diri 3.Menyampaikan tentang tujuan pokok materi 4.Meyampakaikan pokok pembahasan 5.Kontrak waktu	Menjawab salam Mendengarkan dan memperhatikan
2.	12 menit	Pelaksanaan : Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur Materi : 1.Menjelaskan tentang pengertian Asma 2.Menjelaskan tentang penyebab Asma 3.Menjelaskan tentang tanda dan gejala Asma 4.Menjelaskan tentang faktor resiko Asma 5.Menjelaskan tentang upaya pencegahan Asma	1.Mendengarkan dan menyimak 2.Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti
3.	5 menit	Evaluasi dan penutup : 1.Tanya jawab 2.Memberikan kesempatan pada peserta	1.Sasaran dapat menjawab tentang pertanyaan yang diajukan

		untuk bertanya 3.Melakukan evaluasi 4.Menyampaikan kesimpulan materi 5.Mengakhiri pertemuan dan mengucapkan salam	2.Mendengar 3.Memperhatikan 4.Menjawab salam
--	--	--	--

VII. Evaluasi

A. Evaluasi Struktur

1. Kesiapan Panitia
2. Kesiapan media dan tempat
3. Peserta yang hadir minimal 70% dari jumlah undangan
4. Pengorganisasian 1 hari sebelumnya

B. Evaluasi Proses

1. Kegiatan dilaksanakan sesuai dengan waktunya
2. Peserta antusias terhadap penjelasan
3. Peserta tidak meninggalkan tempat sebelum acara kegiatan selesai
4. Peserta terlihat aktif dalam kegiatan diskusi

C. Evaluasi Hasil

Peserta mampu mengerti dan memahami tentang :

- 1.Menjelaskan tentang pengertian Asma
- 2.Menjelaskan tentang penyebab Asma
- 3.Menjelaskan tentang tanda dan gejala Asma
- 4.Menjelaskan tentang faktor resiko Asma
5. Menjelaskan tentang upaya pencegahan Asma

Lampiran 2

INFORMED CONCENT

88

Lampiran 2

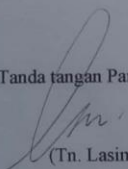
INFORMED CONCENT


Judul: "ASUHAN KEPERAWATAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF PENDERITA ASMA PADA LANSIA DI PURWODADI". Tanggal pengambilan studi kasus ... bulan ... Tahun 2021

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Jihan Vidia Pangesti** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Nona/Nyonya/Tuan ... dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan Partisipan

(Tn. Lasimun)

Tanda Tangan Peneliti

(Jihan Vidia Pangesti)

Lampiran 3



YAYASAN KERTA CENDEKIA
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
 Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
 Telepon: 031-8961496; Faximile: 031-8961497
 Email: akper.kertacendekia@gmail.com

Sidoarjo, 19 Maret 2021

No. Surat : 238/BAAK/III/2021
 Perihal : Surat Pengantar Studi Penelitian

Kepada Yth.
 Kepala Desa Pucangan Pucangsari Purwodadi, Kab. Pasuruan
 di Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Tahun Akademik 2020/2021. Bersama surat ini kami mohon Kepala Desa Pucangan Pucangsari Kab. Pasuruan mengizinkan mahasiswa kami untuk megambil data dasar di tempat tersebut. Berikut adalah informasi mahasiswa kami.

Nama Mahasiswa	: Jihan Vidia Pangesti
NIM	: 1801067
Alamat	: Jl. Buk Kemanten Pucangan Pucangsari RT:003 RW:005 Purwodadi Pasuruan
Tempat Tanggal Lahir	: Pasuruan, 14 Januari 1999
No. Hp	: +62 821 3290 1753
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Penderita Asma Pada Lansia Di Purwodadi

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan semoga sudi kiranya memperhatikan untuk dipertimbangkan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Mengetahui

 Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

89

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Pembimbing 1 : Ns. Faida Annisa, S. Kep., MNS

TANGGAL	KETERANGAN KONSUL	PARAF
22 Januari 2021	Konsul Bab 1 (Latar Belakang)	f
25 Januari 2021	Judul Proposal	f
27 Januari 2021	Konsul Bab 1 (Latar Belakang)	f
1 Februari 2021	Konsul Bab 1 (Latar Belakang) + ACC	f
04 Februari 2021	Konsul Bab 2 (Konsep dasar penyakit, Konsep dasar diagnose keperawatan, konsep dasar pengkajian)	f
06 Februari 2021	ACC Bab 2	f
16 Maret 2021	Konsul Bab 3	f
13 April 2021	Konsul Bab 3-5	f
18 Mei 2021	Konsul Revisian Bab 3-5 + ACC	f

