

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.J DENGAN GANGGUAN SISTEM
PERNAFASAN : ASMA BRONKIAL DI RUANG
BOUGENVILLE RUMAH SAKIT BAYU ASIH
PURWAKARTA**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :
RANTI APRILLIANI
NIM : KHGA19077



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2022

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.J DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN :ASMA BRONKIAL DI
RUANG BOUGENVILLE RUMAH SAKIT BAYU ASIH
PURWAKARTA

NAMA : RANTI APRILLIANI

NIM : KHGA19077

KTI ini disetujui untuk disidangkan dihadapan tim penguji
Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Pembimbing

H. Zahara Farhan, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.J DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN :ASMA BRONKIAL DI
RUANG BOUGENVILLE RUMAH SAKIT BAYU ASIH
PURWAKARTA

NAMA : RANTI APRILLIANI

NIM : KHGA19077

Garut, juli 2022

Menyetujui,

Penguji 1

Penguji 2

Sulastini, M.Kep.

Elang M.Atoilah S.Sos.,M.Kes.

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

H. Zahara Farhan, M.Kep.

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan pada Tn.J dengan Gangguan Sistem Pernafasan: Asma Bronkial di Ruang Bougenville Rumah Sakit Bayu Asih Purwakarta

IV Bab, 79 Halaman, 14 Tabel, 4 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul Asuhan Keperawatan pada Tn.J dengan Gangguan Sistem Pernafasan: Asma *Bronchial* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Bayu Asih Purwakarta. Pembuatan KTI di latar belakang oleh jumlah penderita asma di Indonesia diperkirakan sekitar 10% penduduk dan masuk kedalam sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian. Asma adalah penyakit obstruksi jalan nafas yang ditandai oleh penyempitan jalan nafas. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko sosial dan spiritual pada klien dengan gangguan sistem pernafasan melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu pola nafas tidak efektif, bersihan jalan nafas, gangguan pertukaran gas, dan gangguan pola tidur. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini fokus ditujukan pada masalah kesehatan setiap orang dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut di fokuskan dalam mengatasi penyebab dari gangguan pernafasan yang dialami. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn.J menunjukkan perkembangan dengan semua masalah keperawatan teratasi. Adapun kesimpulan dalam karya tulis ini adalah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya, banyak peran keluarga yang mendukung, tersedianya alat-alat serta bimbingan dari pembimbing akademik dan adanya setiap tahapan implementasi asuhan keperawatan pada Tn.J dengan gangguan sistem pernafasan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Asma Bronkial, Sistem pernafasan

Daftar Pustaka : 10 buah (2012-2022) (Buku dan Jurnal)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ini dengan tepat waktu. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat akhir dalam menempuh akhir Perkuliahan Program Diploma III Keperawatan di STIKes KARSA HUSADA GARUT. Penulis mengambil judul : ” **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. J DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN: ASMA BRONKIAL DI RUANG BOUGENVILLE RUMAH SAKIT BAYU ASIH PURWAKARTA TAHUN 2022**”.

Dalam pembuatan karya tulis ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan dan saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak terutama kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Saefudin, S. Sos, M M.Kes, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dhrama Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak H. Zahara Farhan, M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ini yang senantiasa memberikan arahan dan saran dengan penuh kesabaran.
6. Ibu Sulastini, M.Kep, selaku penguji 1 dalam sidang Karya Tulis Ilmiah
7. Bapak Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes, selaku penguji 2 dalam sidang karya tulis Ilmiah
8. Seluruh Staff dosen DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
9. Ibu Asni Sri Rahayu, S. Kep, selaku pembimbing di Rumah Sakit Umum Daerah Purwakarta yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Bapak Mamat dan Ibu Ires yang telah membesarkan serta mengasuh penulis dengan penuh kasih sayang, memberika bantuan moril maupun materil serta doa yang tidak pernah putus asa. Semoga tetes keringat dan air mata dibalas dengan kebahagiaan dari Alloh SWT Amiin.
11. Untuk Milda Annisatul W, Nuri Zakiah, Risya Afifah, Firyal Fadila, Shela Fadia dan Febi Nuryani terima kasih kalian sudah menjadi teman yang selalu ada di saat sedih maupun bahagia. Terima kasih juga sudah menjadi teman curhat, teman gila-gilaan, teman ngebuli dan semoga moment kenangan di setiap waktunya.
12. Untuk rekan - rekan kelas 3B DIII Keperawatan yang tak bisa di sebutkan satu-satu terima kasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman

seperjuangan, banyak cerita canda tawa sedih duka dan lain-lain yang kita lewati selama kita di kelas.

13. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa/I angkatan XXVI prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan banyak kenangan yang akan selalu terukir di hati sanubari.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, dalam pembuatan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan karya tulis ini.

Akhir kata tiada gading yang tak retak. Penulis selalu berharap agar karya tulis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta selalu mendapatkan ridho-Nya. Amin.

Garut, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Metode Telaahan.....	4
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Penyakit.....	7
1. Pengertian	7
2. Etiologi	8
3. Patofisiologi	10
4. Penatalaksanaan	14
5. Manifestasi Klinis	16
6. Komplikasi	17
7. Dampak Penyakit Terhadap KDM.....	19
B. Pendekatan Dasar Asuhan Keperawatan.....	22
1. Pengkajian	22
2. Diagnosa	31
3. Perencanaan	32
4. Implementasi	41
5. Evaluasi	42
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	44
A. Tinjauan Kasus.....	44
1. Pengkajian	44
2. Diagnosa Keperawatan	57
3. Perencanaan Keperawatan	59
4. Catatan Perkembangan.....	64
B. Pembahasan	66
1. Pengkajian	66
2. Diagnosa Keperawatan	68
3. Intervensi Keperawatan	70
4. Implementasi	76
5. Evaluasi	77
BAB IV KESIMPULAN & REKOMENDASI.....	76
A. Kesimpulan	76
B. Rekomendasi	78
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data.....	28
Tabel 2.2 Intervensi keperawatan pola nafas tidak efektif.....	33
Tabel 2.3 Intervensi keperawatan bersihan jalan nafas.....	34
Tabel 2.4 Intervensi keperawatan pertukaran gas	35
Tabel 2.5 Intervensi keperawatan gangguan pola tidur	37
Tabel 2.6 Intervensi keperawatan intoleransi aktivitas	39
Tabel 2.7 Intervensi keperawatan defisit nutrisi	40
Tabel 3.1 Aktivitas hidup sehari hari	52
Tabel 3.2 Pemeriksaan laboratorium ke 1.....	53
Tabel 3.4 Analisa data.....	55
Tabel 3.5 Perencanaan keperawatan	59
Tabel 3.6 Catatan perkembangan ke 1	64
Tabel 3.7 Catatan perkembangan ke 2	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan Cara Batuk Efektif

Lampiran 2 Leaflet Batuk Efektif

Lampiran 3 Bimbingan

Lampiran 4 Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asma bronkial merupakan satu hipereaksi dari bronkus dan trakea, sehingga mengakibatkan penyempitan saluran nafas yang bersifat reversible (Naga, 2017). Asma bronkial adalah penyakit dengan karakteristik sesak nafas dan wheezing, dimana frekuensi dan keparahan dari tiap orang berbeda. Asma bronkial merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan yang banyak dijumpai di masyarakat. Kondisi ini akibat kelainan dari jalan nafas di paru dan memengaruhi sensitivitas saraf pada jalan nafas sehingga mudah teriritasi. Pada saat serangan, alur jalan nafas membengkak karena penyempitan jalan nafas dan pengurangan aliran udara yang masuk ke paru (Effendy, 2018).

Asma bronkial dimanifestasikan dengan penyempitan jalan nafas, yang mengakibatkan dispnea, batuk, susah tidur, dan menimbulkan wheezing. Asma bronkial bersifat fluktuatif (hilang timbul) artinya dapat tenang dapat gejala tanpa tidak mengganggu aktivitas tetapi dapat eksaserbasi dengan gejala ringan sampai berat bahkan dapat menimbulkan kematian (Muttaqin, 2018).

Asma merupakan penyakit kronis (jangka panjang) yang paling umum menyerang antara 100 sampai 150 juta orang di seluruh dunia, berdasarkan data WHO tahun 2016 mencapai 300 juta orang dan terus meningkat hingga

400 juta jiwa pada tahun 2025. Penyakit asma termasuk lima besar penyebab kematian di dunia dan diperkirakan 250.000 orang mengalami kematian setiap tahunnya dikarenakan asma. Sedangkan di Indonesia diperkirakan sekitar 10% penduduk menderita asma dan masuk kedalam sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian. Hasil Riskesdas, (2018) Angka prevalensi asma di Indonesia pada tahun 2018 mencapai 2,4% , sementara di Jawa Barat jumlah prevalensi penduduk yang mengalami gangguan pernafasan berada di bawah angka kejadian nasional, yaitu sekitar 1,8% .

Dampak dari penyakit asma bronkial terhadap kebutuhan dasar manusia pada aspek fisiologis, dan biasanya penderita mengalami dispnea, perubahan nutrisi, pola istirahat/ tidur dan gangguan rasa nyaman. Komplikasi dapat terjadi apabila penyakit ini tidak mendapat penanganan yang tepat maka bisa membahayakan dan menyebabkan kematian.

Berdasarkan pada hal tersebut, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang berupa laporan studi kasus dengan judul **“ Asuhan Keperawatan Pada Tn.J Dengan Gangguan Sistem Pernafasan : Asma Bronkial Di Ruang Bougenville RSUD Bayu Asih Purwakarta”**. Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psikologis, spiritual pada Tn.J dengan Gangguan Sistem Pernafasan : Asma Bronkial di Ruang Bougenville RSUD Bayu Asih purwakarta Tahun 2022.

2. Tujuan khusus

Pada tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu melakukan beberapa hal antaranya:

- 1) Mampu melaksanakan pengkajian dengan lengkap dan menyeluruh pada Tn.J dengan gangguan sistem pernafasan: Asma Bronkial di ruang Bougenville RSUD Bayu Asih Purwakarta Tahun 2022.
- 2) Mampu menegakan diagnosa keperawatan dengan tepat sesuai dengan standar diagnose keperawatan Indonesia (SDKI) pada pada Tn.J dengan Gangguan Sistem Pernafasan : Asma Bronkial di Ruang Bougenville RSUD Bayu Asih purwakarta Tahun 2022.
- 3) Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan dengan tepat dan sesuai standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) kondisi yang dialami klien pada Tn.J dengan Gangguan Sistem Pernafasan Asma Bronkial di Ruang Bougenville RSUD Bayu Asih purwakarta Tahun 2022.

- 4) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan dan di sesuaikan dengan kondisi klien pada pada Tn.J dengan Gangguan Sistem Pernafasan : Asma Bronkial di Ruang Bougenville RSUD Bayu Asih purwakarta Tahun 2022.
- 5) Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan dengan tepat selama proses asuhan keperawatan pada pada Tn.J dengan Gangguan Sistem Pernafasan : Asma Bronkial di Ruang Bougenville RSUD Bayu Asih purwakarta Tahun 2022.

C. Metode Telahaan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penulis menggunakan metode deskriptif yaitu menggambarkan atau menjelaskan suatu keadaan atau kondisi berdasarkan data dan fakta yang diperoleh melalui pendekatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan meliputi prioritas masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Teknik penulisan yang digunakan yang digunakan menurut Ivey, 1998 dalam fundamental keperawatan edisi 7 tahun 2014 adalah:

a. Wawancara

Selama pemeriksaan penulis mengumpulkan data dengan cara menanyakan atau membuat Tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien biasanya juga disebut dengan anamnesa.

b. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien.

c. Studi Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status klien dan hasil laboratorium untuk melengkapi data yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

d. Studi Kepustakaan

Penulis membaca sebagai literatur untuk mendapatkan keterangan dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami klien yaitu penyakit Asma Bronkial.

e. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi

pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran tentang penyusunan karya tulis ini penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

Bab I merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan teknik pengumpulan data serta sistematika penulisan. Bab II merupakan tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar dan pendekatan proses asuhan secara teoritis pada klien dengan masalah penyakit Asma Bronkial.

Bab III menguraikan tentang tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, serta pembahasan yang berisi tentang kesenjangan – kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara teoritis dengan kenyataan di lapangan. Bab IV menguraikan kesimpulan, penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perbaikan karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Menurut (Rosdahl,C.B& T.Kowalski,M, 2017). Asma adalah kondisi yang dikarakteristikan dengan inflamasi lapisan jalan napas bronkial. Sel yang melapisi bronkus melepaskan zat kimia yang menyebabkan inflamasi ketika sel ini terstimulus oleh iritan dan allergen. Asma adalah penyakit obstruksi jalan nafas yang ditandai oleh penyempitan jalan nafas. Penyempitan jalan nafas akan mengakibatkan pasien mengalami dispnea, batuk, mengi. Eksaserbasi akut terjadi dari beberapa menit sampai jam bergantian dengan periode bebas gejala (Puspitasari, 2019).

Menurut (GINA) Global Initiative for Asthma (2018) asma merupakan penyakit heterogen yang ditandai dengan adanya peradangan saluran napas kronis diikuti dengan gejala pernapasan seperti mengi, sesak napas dan batuk yang bervariasi dari waktu ke waktu dengan intensitas yang berbeda dan bersamaan dengan keterbatasan aliran udara saat ekspirasi.

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa asma adalah peradangan pada jalan nafas dan biasanya disebabkan oleh sumbatan di jalan nafas ditandai dengan bunyi nafas wheezing, wengi, atau ronchi. Menyebabkan pernafasan cepat dan dangkal (dispnea).

2. Etiologi

Menurut

Asma Obstruksi jalan napas pada asma disebabkan oleh:

- 1) Kontraksi otot sekitar bronkus sehingga terjadi penyempitan napas.
- 2) Pembengkakan membrane bronkus
- 3) Bronkus berisi mucus yang kental

Adapun faktor predisposisi pada asma yaitu:

- 1) Genetik

Diturunkannya bakat alergi dari keluarga dekat, akibat adanya bakat alergi ini penderita sangat mudah terkena asma apabila dia terpapar dengan faktor pencetus. Adapun faktor pencetus dari asma adalah:

a. Alergen.

Merupakan suatu bahan penyebab alergi. Dimana ini dibagi menjadi:

- a) Inhalasi, yang masuk melalui saluran pernapasan seperti debu, bulu binatang, serbuk bunga, bakteri, dan polusi.
- b) Ingestan, yang masuk melalui mulut yaitu makanan dan obatobatan tertentu seperti penisilin, salisilat, beta blocker, kodein, dan sebagainya.
- c) Kontak, seperti perhiasan, logam, jam tangan, dan aksesoris lainnya yang masuk melalui kontak dengan kulit.

2) Infeksi saluran pernapasan.

Infeksi saluran pernapasan terutama disebabkan oleh virus. Virus Influenza merupakan salah satu faktor pencetus yang paling sering menimbulkan asma bronkhial, diperkirakan dua pertiga penderita asma dewasa serangan asmanya ditimbulkan oleh infeksi saluran pernapasan (Nurarif & Kusuma dalam Indar Asmarani, 2018)

3) Perubahan cuaca.

Cuaca lembab dan hawa yang dingin sering mempengaruhi asma, perubahan cuaca menjadi pemicu serangan asma.

4) Lingkungan kerja.

Lingkungan kerja merupakan faktor pencetus yang menyumbang 2-15% klien asma. Misalnya orang yang bekerja di pabrik kayu, polisi lalu lintas, penyapu jalanan.

5) Olahraga.

Sebagian besar penderita asma akan mendapatkan serangan asma bila sedang bekerja dengan berat/aktivitas berat. Lari cepat paling mudah menimbulkan asma

6) Stress.

Gangguan emosi dapat menjadi pencetus terjadinya serangan asma, selain itu juga dapat memperberat serangan asma yang sudah ada. Disamping gejala asma harus segera diobati penderita asma yang mengalami stres harus diberi nasehat untuk menyelesaikan masalahnya

(Wahid & Suprpto, 2013).

3. Patofisiologi

Asma adalah obstruksi jalan nafas difusi reversibel. Obstruksi disebabkan oleh satu atau lebih dari kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronkhi, yang menyempitkan jalan nafas, atau pembengkakan membran yang melapisi bronkhi, atau penghisap bronkhi dengan mukus yang kental. Selain itu, otot-otot bronkhial dan kelenjar mukosa membesar, sputum yang kental, banyak dihasilkan

dan alveoli menjadi hiperinflasi, dengan udara terperangkap di dalam jaringan paru. Mekanisme yang pasti dari perubahan ini belum diketahui, tetapi ada yang paling diketahui adalah keterlibatan sistem imunologis dan sistem otonom. Beberapa individu dengan asma mengalami respon imun yang buruk terhadap lingkungan mereka. Antibodi yang dihasilkan (IgE) kemudian menyerang sel-sel mast dalam paru. Pemajanan ulang terhadap antigen mengakibatkan ikatan antigen dengan antibodi, menyebabkan pelepasan produk sel-sel mast (disebut mediator) seperti histamin, bradikinin, dan prostaglandin serta anafilaksis dari substansi yang bereaksi lambat (SRS-A). Pelepasan mediator ini dalam jaringan paru mempengaruhi otot polos dan kelenjar jalan nafas, menyebabkan bronkospasme, pembengkakan membran mukosa dan pembentukan mukus yang sangat banyak.

Sistem saraf otonom mempengaruhi paru. Tonus otot bronkial diatur oleh impuls saraf vagal melalui sistem parasimpatis. Asma idiopatik atau nonalergik, ketika ujung saraf pada jalan nafas dirangsang oleh faktor seperti infeksi, latihan, dingin, merokok, emosi dan polutan, jumlah asetilkolin yang dilepaskan meningkat. Pelepasan asetilkolin ini secara langsung menyebabkan bronkokonstriksi juga merangsang pembentukan mediator kimiawi yang dibahas di atas. Individu dengan asma dapat mempunyai toleransi rendah terhadap respon parasimpatis. Selain itu, reseptor α - dan β - adrenergik dari

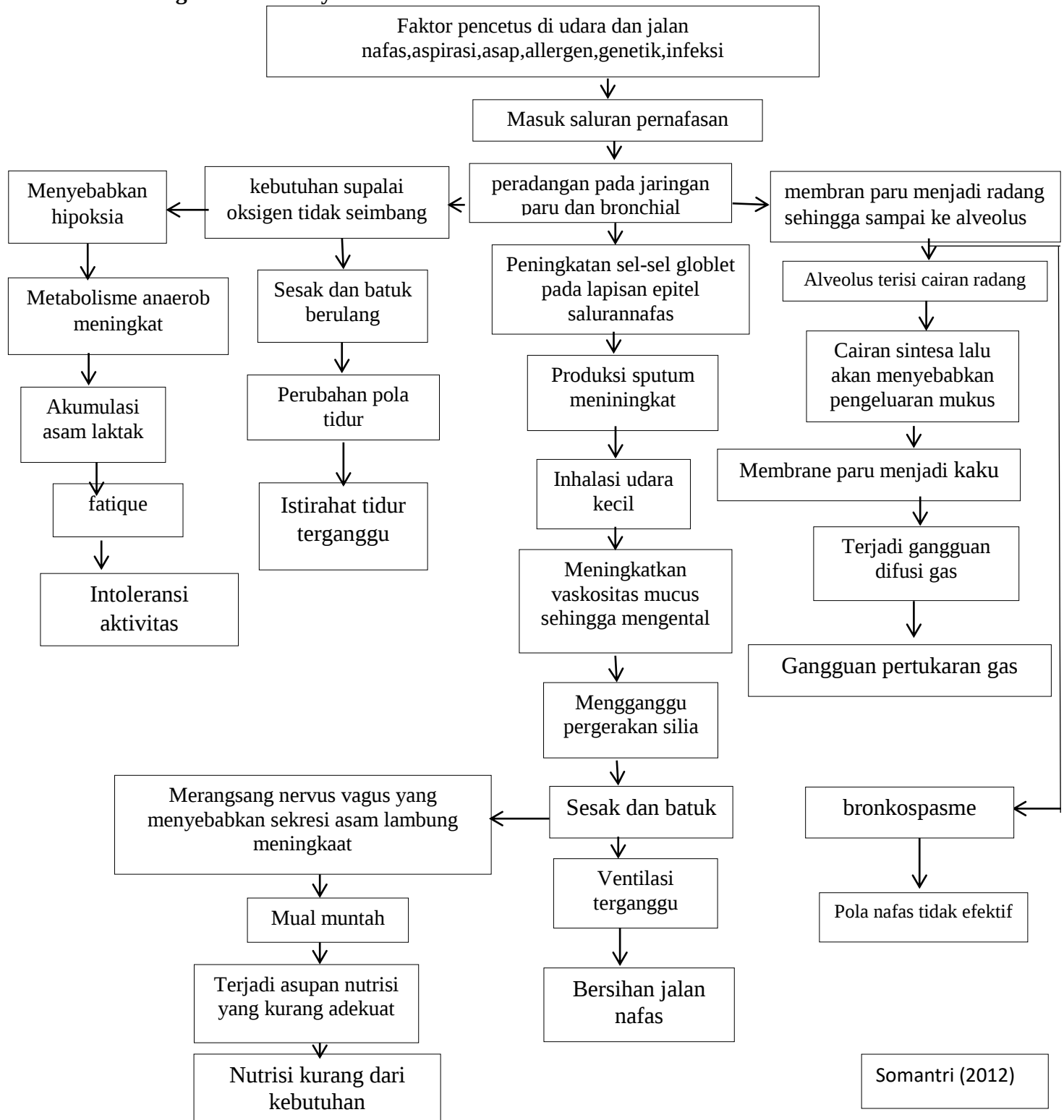
sistem saraf simpatik terletak dalam bronki. Ketika reseptor α -adrenergik dirangsang terjadi bronkokonstriksi, bronkodilatasi terjadi ketika reseptor β adrenergik yang dirangsang. Keseimbangan antara reseptor α - dan β adrenergik dikendalikan terutama oleh siklik adenosin monofosfat (cAMP).

Stimulasi reseptor alfa mengakibatkan penurunan cAMP, mengarah pada peningkatan mediator kimiawi yang dilepaskan oleh sel mast (sel yang menyebarkan dan menyuapkan makanan kepada sel lainnya) bronkokonstriksi. Stimulasi reseptor beta adrenergik mengakibatkan peningkatan tingkat cAMP yang menghambat pelepasan mediator kimiawi dan menyebabkan bronkodilatasi. Teori yang diajukan adalah bahwa penyekatan β - adrenergik terjadi pada individu dengan asma. Akibatnya asmatik rentan terhadap peningkatan pelepasan mediator kimiawi dan konstriksi otot polos.

(Wijaya & Putri, 2014)

Pathway

Bagan 2.1 Pathway asma bronkial



4. Penatalaksanaan Asma Bronkial

Menurut riyadi sujono dan sikarmin, (2013) prinsip umum pengobatan asma bronkial adalah:

- 1) Menghilangkan obstruksi jalan nafas dengan segera
- 2) Mengenal dan menghindari faktor-faktor yang mencetuskan serangan asma
- 3) Memberikan edukasi kepada penderita ataupun keluarganya mengenai penyakit asma, baik pengobatannya maupun tentang perjalanan penyakitnya sehingga penderita mengerti tujuan pengobatan yang diberikan dan bekerja sama dengan dokter atau perawat yang merawatnya.

Pengobatan pada asma bronkial terbagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Pengobatan non farmakologi
 - a. Memberikan penyuluhan
 - b. Menghindari faktor pencetus
 - c. Pemberian cairan
 - d. Fisiotherapy
 - e. Beri O₂ bila perlu
- 2) Pengobatan farmakologi
 - a. Bronkodilator

Obat yang melebarkan saluran nafas terbagi menjadi dua golongan simpatomimetik/adrenergic (adrenalin dan

efedrin). Nama obat Orsiprenalin (Alupent), Fenoterol (Berotec), Terbutalin (Bricasma). Obat golongan sipatomimetik tersedia dalam bentuk tablet, sirup, suntikan dan semprotan. Yang berbentuk semprotan: MDI (Metered Dose Inhaler), berbentuk bubuk halus yang di hirup (Ventolin Diskhaler dan Bricasma Turbuhaler) atau cairan bronkodilator (Alupent, Berotec, Brivasma, aerta Ventolin) dan oleh alat khusus diubah menjadi aerosol (partikel- partikel yang sangat halus) untuk selanjutnya di hirup.

b. Satin (Teofilin)

Nama obat: Aminofilin (Amicam supp), Aminofilin (Euphilin Retard), Teofilin (Amilex). Efek dari teofilin sama dengan golongan simpatomimetik, tetapi cara kerjanya berbeda. Bila obat ini di kombinasikan efeknya saling memperkuat.

Cara pemakaian: bentuk suntikan teofilin/aminofilin dipakai pada serangan asma akut, dan disuntikan perlahan lahan langsung ke pembuluh darah. Karena sering merangsang lambung bentuk tablet atau sirupnya sebaiknya diminum sesudah makan. Itulah sebabnya penderita yang mempunyai sakit lambung sebaiknya berhati hati bila meminum obat ini.

Teofilinada juga dalam bentuk suppositoria dengan cara pemakaiannya di masukan kedalam anus.

c. Kromalin

Kromalin bukan bronkodilator tetapi merupakan obat pencegahan serangan asma. Manfaatnya adalah untuk penderita asma alergi terutama anak-anak. Kromalin biasanya diberikan bersama-sama obat anti asma lain dan efeknya terlihat setelah satu bulan.

d. Ketolifen

Mempunyai efek pencegahan terhadap asma seperti kromalin. Biasanya diberikan dengan dosis dua kali 1mg/hari. Keuntungan obat ini adalah dapat diberikan secara oral.

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Padila, 2013) adapun manifestasi klinis yang dapat ditemui pada pasien asma diantaranya ialah:

- 1) Stadium Dini Faktor hipersekresi yang lebih menonjol
 - a. Batuk berdahak disertai atau tidak dengan pilek
 - b. Ronchi basah halus pada serangan kedua atau ketiga, sifatnya hilang timbul
 - c. Wheezing belum ada
 - d. Belum ada kelainan bentuk thorak
 - e. Ada peningkatan eosinofil darah dan IgE

f. BGA belum patologis

2) Faktor spasme bronchiolus dan edema yang lebih dominan:

- a. Timbul sesak napas dengan atau tanpa sputum
- b. Wheezing
- c. Ronchi basah bila terdapat hipersekresi
- d. Penurunan tekanan parsial O₂
- e. Batuk, ronchi
- f. Sesak napas berat dan dada seolah-olah tertekan
- g. Dahak lengket dan sulit dikeluarkan
- h. Suara napas melemah bahkan tak terdengar (silent chest)
- i. Thorak seperti barel chest
- j. Tampak tarikan otot stenorkleidomastoideus

6. Komplikasi

Menurut Ngastiyah, (2014) komplikasi yang terjadi pada penderita asma bronkial yaitu:

1) Atelectasis

Atelectasis adalah pengembangan paru yang tidak sempurna atau kolaps paru akibat kurangnya mobilisasi reflex batuk hilang apabila pengumpulan secret akibat berkurangnya daya kembang paru-paru terus terjadi dan penumpukan secret ini menyebabkan obstruksi bronkus intrinsic.

2) Empisema

Empisema adalah suatu keadaan terkumpulnya nanah dalam rongga pleura terdapat di satu tempat atau seluruh rongga pleura.

3) Gagal nafas

Gagal nafas merupakan suatu kondisi gawat darurat pada system respirasi berupa kegagalan system respirasi dalam menjalankan fungsinya, yaitu oksigenasi dan eliminasi karbon diaoksida. Berdasarkan kudua fungsi tersebut, maka gagal nafas dapat di klasifikasikan menjadi dua tipe yaitu nafas hipoksemik dan gagal nafas hiperkaprik. Gagal nafas hipoksemik dan hiperkepnik dapat terjadi pada satu individu yang sama.

4) Peunemotoraks

Peunemotiraks adalah keadaan terdapatnya udara atau gas lai dalam kantung pleura. Kelainan ini dapat terjadi pada dewasa muda yang tampak sehat. Peunemothoraks sekunder terjadi pada rupture semua lesi paru yang terletak didekat permukaan pleura sehingga udara inspirasi memperoleh akses ke rongga pelura.

5) Pnemomediastrium

Pnemomediastrium merupakan kondisi dimana terdapat uadar di tengah dada (mediastrium). Mediastrium berada diantara paru – paru, dan berisi jantung, kelenjar timus, dan bagian dari kerongkongan dan trakea. Udara bisa terperangkap di area ini.

6) Status asmatikus

Status asmatikus adalah suatu keadaan darurat medik yang lain, bila tidak diatasi dengan cepat dan tepat kemungkinan besar akan terjadi kegawatan medik yakni kegagalan pernafasan. Pada status asmatikus selain spasme otot –otot bronkus terdapat pula sumbatan oleh lendir yang kental dan peradangan. Fakto- faktor ini yang meyebabkan refraternya serangan asma ini terhadap obat-oabtan bronkodilator.

7) Hipoksemia

Hipoksemia adalah penurunan nilai $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$, dengan nilai ssaturasi oksigen < 85 . Pada awalnya klien akan mengalami perubahan mood, penurunan konsentrasi dan menjadi pelupa. Pada lanjutan akan timbul sianosis.

7. Dampak Penyakit Asma Bronkial Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Ngastiyah,(2014) dampak asma bagi kebutuhan dasar manusia adalah:

1) Kebutuhan Oksigen

Pasien asma *bronchial* berada dalam keadaan dispnea, dan sianosis karena adanya radang paru dan banyaknya lendir di dalam bronkus /paru-paru. Selain itu secret yang menumpuk d alveoli sehingga pertukaran O_2 di alveoli menjadi kurang efektif.

Karena tidak efektifnya jalan nafas tersebut maka kebutuhan oksigen tidak adekuat.

2) Kebutuhan nutrisi

Pasien asma *bronchial* hamoir selalu mengalami masukan makanan yang kurang. Gangguan respirasi membutuhkan peningkatan untuk mempertahankan kebutuhan energy selain itu intake protein juga di perlukan khususnya ketika metabolisme meningkat. Kondisi tersebut dapat meningkatkan kebutuhan kalori tidak terpenuhi karena terjadi gangguan pada proses ingesti.

3) Kebutuhan cairan dan elektrolit

Suhu tubuh yang tinggi selama beberapa hari dan masukan yang kurang dapat menyebabkan dehidrasi. Hal ini dapat diperparah dengan adanya anoreksi, mual/muntah, dan diare. Dehidrasi bisa juga disebabkan oleh peningkatan kecepatan respirasi tepatnya 2/3 total dari kehilangan cairan secara tidak disadari. Hidrasi yang adekuat merupakan prioritas.

4) Eliminasi

Berkurangnya oksigen akan menyebabkan konsentrasi otot-otot berkurang. Hal ini dapat menimbulkan keterbatasan. Apabila berlangsung lama peristaltic akan menurun. Dengan demikian kemampuan usus besar dalam mendorong sisa makanan menuju

rectum menjadi berkurang. Feces dalam usus bertahan menimbulkan pengerasan dan konstipasi.

5) Aktivitas

Tidak terbentuknya Adeno Tri Phospat (ATP) di dalam sel mengakibatkan penurunan perfusi oksigen ke sel itu sendiri, maka menimbulkan kelemahan (fentique). Hal itu karena ATP merupakan bahan untuk melakukan aktivitas otot.

6) Istirahat / tidur

Pasien asma bronchial adalah pasien lemah, suhu tubuhnya tinggi, sering hiperpireksia, makan pasien perlu istirahat yang cukup, semua kebutuhan pasien harus di tolong ditempat tidur. Adanya peningkatan PCO₂ dan H⁺ darah arteri dan penurunan darah arteri PO₂ merupakan impuls yang merangsang pusat pernafasan pada lateral dan parenteral medulla spinalis. Impuls-impuls tersebut kemudian akan merangsang RAS (retuculary activity system) di formati retikularis menimbulkan keadaan waspada dan terjaga.

7) Rasa aman dan nyaman

Komplikasi yang terjad terutama disebabkan oleh lendir yang tidak dikeluarkan sehingga terjadi atelectasis. Insufisiensi oksigen ke jaringan akibat hal tersebut akan mengakibatkan iskemik

jaringan sehingga sel melakukan metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat. Asam laktat kemudian akan mempengaruhi ujung saraf reseptor nyeri dan sampai ke hipotalamus sehingga muncul persepsi nyeri.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien / klien, di mulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah), diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan dan nilai tindakan keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada sistem pernapasan adalah salah satu komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan sistem pernapasan klien (Arif Muttaqin, 2014).

1) Pengumpulan data

a. Biodata

Penyakit ini biasanya terjadi pada usia 30 tahun ke atas, biasanya terjadi pada pria maupun wanita.

b. Keluhan utama

Keluhan utama akan membantu dalam mengkaji pengetahuan klien tentang kondisi saat ini dan menentukan prioritas intervensi.

Keluhan utama yang biasa muncul pada klien gangguan kebutuhan oksigenasi dan karbondioksida antara lain batuk, peningkatan produksi sputum, dispne, hemoptisis, *wheezing*, *stridor*, dan *cheest pain*.

Dyspnea merupakan keadaan yang menggambarkan sensasi sesak napas, ditandai dengan terhambatnya aliran udara atau sulitnya bernapas dan sesak dada yang sering dikaitkan dengan penyakit pernapasan (GOLD 2017).

c. Riwayat kesehatan

Somantri (2012) dalam bukunya Riwayat kesehatan yang dikaji meliputi masalah aktual yang terjadi saat ini dan masalah kesehatan di masa yang lalu. Dalam mengkaji klien dan keluarga, perawat berfokus pada manifestasi klinis dari keluhan utama, kejadian yang membuat kondisi sekarang ini, riwayat perawatan terdahulu, riwayat keluarga.

Riwayat kesehatan dimulai dari biografi klien. Aspek biografi yang sangat erat hubungannya dengan gangguan oksigenasi mencakup, usia, jenis kelamin, pekerjaan (terutama yang berhubungan dengan kondisi tempat kerja), dan tempat tinggal.

Keadaan tempat tinggal mencakup kondisi tempat tinggal serta apakah klien tinggal sendiri atau dengan orang lain (berguna ketika perawat melakukan perencanaan pulang-discharge planning).

d. Riwayat kesehatan masa lalu

Perawat menanyakan tentang riwayat penyakit pernapasan klien. Secara umum pertanyaan yang dapat diajukan pada klien adalah sebagai berikut.

a) Riwayat merokok

Merokok merupakan penyebab penting terjadinya kanker paru-paru, emfisema, dan bronkitis kronik. Semua kondisi tersebut sangat jarang nonperokok, Usia ketika mulai merokok secara rutin, rata-rata jumlah rokok yang diisap sehari, usia ketika melepas kebiasaan merokok. Atau bisa dari pengobabatan saat ini dan masalalu, alergi , tempat tinggal .

b) Riwayat kesehatan keluarga

Sekurang-kurangnya ada tiga alasan yang mengharuskan perawat menanyakan riwayat kesehatan keluarga dan riwayat sisoal klien pada penyakit paru, yaitu penyakit infeksi tertentu , kelainan alergis, seperti asma bronkial, menunjukan suatu predisposisi keturunan tertentu, dan klien bronkitis kronik.

e. Perubahan pola kesehatan

a) Nutrisi

Kaji pola makan (jumlah, jenis, dan frekuensi), alergi makanan, pantangan terhadap makanan

b) Eliminasi

Kaji Frekuensi BAB, warna, bau, konsistensi feses dan keluhan klien yang berkaitan dengan BAB. Kaji urine warna, jumlah dan frekuensi

c) Aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktifitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi, frekuensi, irama, dan kedalaman pernafasan. Keletihan, kelelahan, ketidakmampuan melakukan aktivitas karena kesulitan bernapas. Penurunan kemampuan/peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktivitas sehari-hari.

d) Istirahat dan tidur

Kaji waktu tidur, lamanya tidur setiap hari, apakah ada kesulitan dalam tidur. Pada pasien asma bronchial sering sesak dan hal itu akan mengganggu istirahat tidur pasien.

2) Pemeriksaan fisik

Arif Muttaqin (2014) dalam bukunya menyebutkan Pemeriksaan fisik dalam keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat keperawatan klien, dalam pemeriksaan fisik dapat menentukan status kesehatan klien dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana keperawatan.

a. Keadaan Umum

Bagaimana keadaan klien: apakah letih, lemah, atau sakit berat.

b. Tanda vital

Bagaimana suhu, nadi, respirasi, tekanan darah klien, pada pasien asma bronchial biasanya ada peningkatan respirasi.

c. Pemeriksaan persistem

a) Sistem pernapasan

Lakukan pemeriksaan dengan cara inspeksi keadaan umum sistem pernapasan dan nilai adanya tanda-tanda abnormal seperti adanya tanda PCH, sianosis, pucat, kelelahan, sesak napas, irama, kedalaman napas, kesimetrisan pergerakan dada, sifat batuk, penilaian produksi sputum, dan lainnya.

b) Sistem kardiovaskuler

Pada Pasien asma bronchial dapat terjadi Pembengkakan pada ekstremitas bawah Peningkatan tekanan darah. Yang ditandai dengan peningkatan frekuensi jantung atau

takikardia berat atau disritmia. Distensi vena leher atau penyakit berat. Edema dependen, tidak berhubungan dengan penyakit jantung. Bunyi jantung redup (yang berhubungan dengan diameter AP dada). Warna kulit atau membrane mukosa normal atau abu-abu atau sianosis, kuku tabuh dan sianosis perifer. Pucat dapat menunjukkan anemia.

c) Sistem pencernaan

Pada klien dengan sesak napas, sangat potensial terjadi kekurangan pemenuhan nutrisi, hal ini terjadi karena dispnea saat makan, laju metabolisme serta kecemasan yang dialami pasien.

d) Sistem perkemihan

Pada klien asma bronchial pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan.

e) Sistem endokrin

Pada klien asma bronchial tidak ada masalah yang terjadi dengan sistem endokrin.

f) Sistem persarafan

Pada klien asma bronchial tingkat kesadaran perlu dikaji, diperlukan juga pemeriksaan GCS, untuk menentukan tingkat kesadaran pasien.

g) Sistem integument

Pada pasien asma bronchial perlu dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, menelupas atau bersisik, perdarahan, pruitus, eksim.

h) Sistem musculoskeletal

Pada klien asma bronchial dikaji adanya edema ekstremitas, tremor. Biasanya pasien dengan asma cenderung akan mengalami kelemahan dan keterbatasan dalam bergerak dikarenakan sesak yang di deritanya.

i) Sistem reproduksi

Pada klien asma bronchial libido menurun.

3) Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya (Anggara 2019).

Tabel 2.1Analisa Data

No	Data	Etiologi	Symptom
1.	Data subjektif	Faktor pencetus di udara dan jalan	Pola nafas
	a. Dyspnea	nafas, aspirasi, asap, allergen, genetik,	tidak efektif
		infeksi	
	Data objektif	↓	
	a. Batuk tidak efektif	Masuk saluran pernafasan	
	b. Sputum berlebih	↓	
	c. Mengi, wheezing atau ronchi kering	Peradangan pada jaringan paru dan	

	d. Gelisah e. Sianosis f. Frekuensi berubah g. Pola nafas berubah	nafas bronkial ↓ Membrane paru menjadi radang sehingga sampai ke alveolus ↓ Bronkospasme ↓ Pola nafas tidak efektif	
2.	Data Subjektif : a. Dispnea Data Objektif : a. Penggunaan otot bantu nafas b. Fase ekspirasi memanjang c. Pola napas abnormal d. Pernapasan cuping hidung e. Kapasitas vital menurun f. Tekanan vital menurun g. Tekanan inspirasi menurun	Faktor pencetus di udara dan jalan nafas, aspirasi, asap, allergen, genetik, infeksi ↓ Masuk saluran pernafasan ↓ Peradangan pada jaringan paru dan bronkial ↓ Maka terjadi peningkatan sel sel goblet pada lapisan epitel saluran nafas ↓ Produksi sputum meningkat ↓ Inhalasi udara kecil ↓ Meningkatkan viskositas mucus sehingga mengental ↓ Mengganggu pergerakan silia ↓ Sesak dan batuk ↓ Ventilasi terganggu ↓ Bersihan jalan nafas	Bersihan jalan nafas
3.	Data subjektif a. Dyspnea b. Pusing c. Penglihatan kabur Data objektif a. PCO ₂ meningkat/ menurun b. PO ₂ menurun c. Takikardia	Peradangan pada jaringan paru dan bronkial ↓ Membrane paru menjadi radang sehingga sampai ke alveolus ↓ Alveolus terisi cairan radang ↓	Gangguan pertukaran gas

	d. Sianosis e. Gelisah f. Napas cuping hidung g. Pola nafas abnormal (cepat, lambat, regular/iregular, dalam/dangkal) h. Warna kulit kebiruan atau pucat	Cairan sintesa lalu akan menyebabkan pengeluaran mucus ↓ Membrane paru menjadi kaku ↓ Sehingga terjadi gangguan difusi gas ↓ Gangguan pertukaran gas	
4.	Data subjektif a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh pola tidur berubah d. Mengeluh istirahat tidak cukup	Peradangan pada jaringan paru dan bronkial ↓ Kebutuhan suplai oksigen tidak seimbang ↓ Sesak dan batuk berulang ↓ Perubahan pola tidur ↓ Deficit energy ↓ Lelah, lemah ↓ Gangguan pola tidur	Gamgguan pola tidur
5.	Data subjektif a. Mengeluh lelah b. Dyspnea saat/setelah beraktivitas c. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas d. Merasa lemah Data objektif a. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat b. Tekanan darah berubah >20% dari istirahat c. Gambaran EKG menunjukan aritmia saat/setelah aktivitas d. Gambaran EKG menunjukan iskemia e. Sianosis	Perdangan pada jaringan paru dan bronkial ↓ Kebuthuan oksigen tidak seimbang ↓ Menyebabkan hipoksia ↓ Metabolism anaerob meningkat ↓ Akumulasi asam laktat ↓ Fatigue ↓ Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas

6.	Data subjektif	Sesak dan batuk	Defisit nutrisi
	a. Cepat kenyang setelah makan	↓	
	b. Kram/nyeri abdomen	Merangsang nervus vagus yang menyebabkan sekresi asam lambung meningkat	
	c. Nafsu makan menurun	↓	
	Data objektif		
	a. Bising usus hiperaktif	↓	
	b. Otot mengunyah lemah	Mual muntah	
	c. Otot menelan lemah	↓	
	d. Membrane mukosa pucat	Terjadi asupan nutrisi yang kurang	
	e. Sariawan	↓	
	f. Serum albumin turun	Nutrisi kurang dari kebutuhan	
	g. Rambut rontok berlebihan		
	h. Diare		

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI 2017).

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan Asma Bronkial antara lain:

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme
- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum meningkat

- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk berulang
- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kebutuhan suplai oksigen tidak seimbang
- 6)) Defisit nutrisi berhubungan dengan mual muntah,

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis yang mencapai luaran yang diharapkan. Klasifikasi intervensi adalah sebuah sistem pengelompokan berdasarkan hierarki dari yang bersifat umum ke khusus atau dari yang tinggi ke yang rendah. Tujuan dari pengklasifikasian untuk memudahkan penelusuran intervensi keperawatan, memudahkan untuk memahami. Sistem klasifikasi standar intervensi keperawatan Indonesia terdiri dari 5 (lima) kategori dan 14 (empat belas) subkategori (PPNI 2018).

1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme.

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan pola nafas tidak efektif

D.0005 Pola nafas tidak efektif Definisi: inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat Kategori: fisiologis Sub kategori: respirasi		
Tujuan	Intervensi	Rasional
L.01004 Pola nafas Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan gangguan pola nafas menurun dengan kriteria hasil: 1. Penggunaan otot bantu pernafasan menurun 2. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 3. Pernafasan pursed-lip 4. Pernafasan cuping hidung menurun	I. 01011 Manajemen jalan napas Observasi : 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan (gurgling , mengi, <i>weezing</i>) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik: 4. Posisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i> 5. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> 6. Terapi pursed lip breathing Edukasi : 7. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 8. Ajarkan batuk efektif	1. Evaluasi awal untuk melihat kemajuan dari hasil intervensi yang telah dilakukan 2. Penurunan aliran udara timbul pada area yang konsolidasi dengan cairan 3. Sebagai data untuk melihat efektifitas dari terapi 4. Posisi <i>semi fowler</i> memberikan kesempatan paru-paru berkembang secara maksimal 5. Meningkatkan kadar tekanan parsial oksigen dan saturasi oksigen 6. Mengatur pola napas dan frekuensi napas 7. Air untuk menggantikan keseimbangan cairan tubuh yang banyak keluar dari pernapasan, air akan mempermudah mengencerkan mucus. 8. Batuk efektif mempermudah

ekspektorasi mucus.

Kolaborasi :

9. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*
9. Mengencerkan dahak, memperlebar saluran udara

2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum meningkat

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan bersihan jalan nafas

D.0001		
Bersihan jalan nafas		
Definisi: ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten		
Kategori : fisiologi		
Subkategori: respirasi		
Tujuan	Intervensi	Rasional
L.01001	I.01010	
Bersihan jalan nafas	Manajemen asma	
Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan jalan nafas membaik, dengan kriteria hasil:	Observasi	
1. Batuk efektif meningkat	1. Monitor frekuensi dan kedalaman nafas	1. Takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau saat stress dan proses infeksi akut
2. Produksi sputum menurun	2. Monitor tanda dan gejala hipoksia misalnya gelisah	2. Untuk mengetahui tanda rendahnya oksigen dalam tubuh
3. Mengi, <i>wheezing</i> menurun	3. Monitor saturasi oksigen	3. Menurun atau meningkatnya oksigen menunjukkan perlu penanganan yang lebih adekuat
4. Dispnea membaik	Teurapeutik	
5. Sulit bicara membaik	4. Berikan oksigen 6-15 via sungkup atau pertahankan SpO2>90%	4. Meningkatkan kadar tekanan parsial oksigen dan saturasi oksigen
6. Sianosis membaik		
7. Gelisah membaik		
8. Frekuensi nafas membaik		
9. Pola nafas membaik		

5. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan hitung darah lengkap dan AGD	5. Menurun atau meningkatnya PaO ₂ dan PCO ₂ perlu penanganan yang lebih lanjut
Edukasi	6. Kecemasan yang berlebihan dapat meningkatkan kebutuhan oksigen dalam tubuh secara terus menerus
6. Anjurkan meminimalkan ansietas yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen	7. Bernafas dengan lambat dan akan meningkatkan
7. Anjurkan bernafas lambat dan dalam	8. pasokan udara kedalam paru paru menjadi lebih adekuat
8. Ajarkan batuk efektif	9. Dapat mengencerkan dahak dan memperlebar saluran udara
Kolaborasi	
9. Kolaborasi pemberian bronkodilator (mis, albuterol, metaproterenol)	

3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler

Tabel 2.4 Intervensi gangguan pertukaran gas

D.0003		
Gangguan pertukaran gas		
Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler		
Kategori : fisiologis		
Subkategori : respirasi		
Tujuan	Intervensi	Rasional
L.01003	I.01014	
Pertukaran gas	Pemantauan respirasi	
Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan pertukaran gas meningkat	Observasi	
	1. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman nafas	1. Perafasan yang cepat dan dangkal serta hipoventilasi

4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk berulang

Tabel 2.5 Intervensi gangguan pola tidur

D.0055		
Definisi: gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal		
Kategori : fisiologis		
Subkategori : Aktivitas/istirahat		
Tujuan	Intervensi	Rasional
L.05045 Pola tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan kualitas tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat	I.09265 Dukungan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan tenang dan batasi kunjungan 6. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin	1. Kaji penyebab pola tidur terganggu untuk menentukan intervensi yang sesuai 2. Ketika sudah diketahui faktor apa saja yang mengganggu dapat menentukan intervensi selanjutnya 3. Makanan/minuman yang menyebabkan gangguan pola tidur sebaiknya tidak diberikan 4. Penggunaan obat tidur yang tidak sesuai akan merusak pola tidur yang sudah terjadwal 5. Lingkungan yang nyaman dan tenang akan memberikan stimulus baik sehingga tidur tidak akan terganggu 6. Lebih banyak tidur di siang hari maka akan membuat istirahat malam menurun 7. Menurunkan stress dan rangsangan berlebihan, meningkatkan istirahat 8. Jadwal tidur yang rutin akan meningkatkan waktu tidur yang baik sehingga istirahat cukup 9. Tubuh yang nyaman akan memperbaiki lamanya tidur di malam hari

-
- | | |
|---|--|
| <p>9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat, posisi, pengaturan, akupresur)</p> <p>10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14. Anjurkan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>15. Ajarkan faktor – faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>16. Ajarkan relaksasi otot sebelum tidur</p> | <p>10. Pemberian obat yang tidak terjadwal akan mengganggu istirahat pasien</p> <p>11. Informasi dan motivasi untuk istirahat yang cukup akan meningkatkan keinginan klien beristirahat</p> <p>12. Tidur yang terjadwal akan meningkatkan kualitas tidur yang baik</p> <p>13. Menghindari makanan /minuman yang mengganggu tidur akan meningkatkan kualitas tidur</p> <p>14. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat tidur yang sesuai</p> <p>15. Untuk menghindari faktor pengganggu tidur</p> <p>16. Relaksi dapat membantu mengatasi gangguan tidur</p> |
|---|--|
-

5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kebutuhan suplai oksigen tidak seimbang

Tabel 2.6 Intervensi intoleransi aktivitas

D.0055		
Definisi: ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari- hari		
Kategori : fisiologis		
Subkategori : Aktivitas/istirahat		
Tujuan	Intervensi	Rasional
L.05047 Toleransi aktivitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi 2. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Kecepatan berjalan meningkat 4. Jarak berjalan meningkat 5. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 6. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 7. Toleransi menaiki tangga meningkat 8. Keluhan lelah menurun 9. Dyspnea saat aktivitas menurun 10. Dyspnea setelah beraktivitas menurun 11. Aritmia saat aktivitas menurun 12. Aritmia setelah aktivitas menurun	I.09265 Manajemen Energi Tindakan Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9. Anjurkan tirah baring	1. Untuk mencegah terjadinya penurunan fungsi organ akibat kelelahan 2. Untuk mencegah penurunan energi 3. Supaya mengetahui ada atau tidaknya gangguan pola tidur 4. Untuk menentukan aktivitas apa yang harus di turunkan 5. Supaya nyaman dan menurunkan tingkat stress 6. Untuk melatih kekuatan otot secara bertahap 7. Untuk mengalihkan ansietas 8. Supaya rentang gerak tidak kaku 9. Supaya posisi tubuh tetap konsisten tidak

13. Sianosis menurun	10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	10. Untuk mencegah kaku pada persendian
14. Perasaan lemah menurun	11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak bergerak	11. Supaya semua keluhan dan ketidaknyamanan dapat teratasi dengan baik
15. Warna kulit membaik	12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	12. Supaya energy yang ada dalam tubuh dapat di tingkatkan secara bertahap
16. Tekanan darah membaik	Kolaborasi	
17. Frekuensi nafas membaik	13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	13. Supaya asupan gizi yang dikonsumsi tepat
18. EKG iskemia membaik		

6) Defisit nutrisi berhubungan dengan mual muntah

Tabel 2.7 Intervensi defisit nutrisi

D.0019		
Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme		
Kategori : fisiologis		
Subkategori : nutrisi dan cairan		
Tujuan	Intervensi	Rasional
L.03030	I.03119	
Status nutrisi	Manajemen nutrisi	
Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan status nutrisi meningkat, dengan kriteria hasil:	Observasi	
1. Kekuatan otot pengunyah meningkat	1. Identifikasi status nutrisi	1. Untuk mengetahui status gizi yang dibutuhkan
2. Kekuatan otot menelan meningkat	2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan	2. Agar menentukan jenis makanan yang boleh dikonsumsi
3. Serum albumin meningkat	3. Identifikasi makanan yang disukai	3. Untuk meningkatkan nafsu makan
4. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat	4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi	4. Supaya kalori yang dibutuhkan sesuai
5. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat	5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric	5. Jika kekuatannya sangat lemah maka dianjurkan dipasang selang
6. Pengetahuan tentang	6. Monitor asupan makan	6. Untuk mengetahui makanan yang dikonsumsi
	7. Monitor berat badan	7. Untuk menentukan berapa penurunan berat badan

pilihan minuman yang sehat meningkat	8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium	8. Untuk mengetahui perkembangan status laboratorium
7. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat	Terapeutik	9. Agar kebersihan oral terjaga
8. Penyipian dan penyimpanan makan yang aman meningkat	9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu	10. Supaya pola makan terjaga dan sesuai
9. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat	10. Fasilitasi menentukan pedoman diet	11. Makanan yang menarik akan menambah nafsu makan
10. Perasaan cepat kenyang menurun	11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	12. Jika pencernaan (eliminasi) lancar
11. Nyeri abdomen menurun	12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi	13. Agar asupan nutria seimbang dengan kebutuhan tubuh
12. Sariawan menurun	13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	14. Untuk meningkatkan nafsu makan
13. Rambut rontok menurun	14. Berikan suplemen makanan, jika perlu	15. Jika fungsi menelan sudah berfungsi amka disarankan makan melalui oral
14. Diare menurun	15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi	
15. Berat badan meningkat	Edukasi	
16. Indeks masa tubuh (IMT) meningkat	16. Anjurkan posisi duduk	16. Posisi duduk memudahkan proses menelan
17. Frekuensi makan meningkat	17. Ajarkan diet yang diprogramkan	17. Diet yang baik akan mmenyeimbangkan asupan makan
18. Nafsu makan meningkat	Kolaborasi	18. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan baik
19. Bising usus meningkat	18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan	19. Supaya makanan yang masuk sesuai dengan kebutuhan tubuh
20. Tebal lipatan kulit trisep meningkat	19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	

4. Implementasi

Implemtasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Dimas, 2018). Fokus tindakan keperawatan adalah kegiatan pelaksanaan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan

emosional. Pendekatan keperawatan dan tanggung jawab perawat secara professional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan. Dalam implementasi pada asma bronkial berfokus pada peradangan jalan nafas sehingga sumbatan jalan nafas harus teratasi dengan intervensi manajemen jalan nafas dan manajemen asma. Apabila sumbatan jalan nafas sudah teratasi maka masalah pola nafas dan gangguan pertukaran gas teratasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi tentang keadaan klien dapat efektif dengan teknik komunikasi SBAR. SBAR adalah Kerangka komunikasi efektif yang digunakan di rumah sakit yang terdiri dari *Situation, Background, Assessment, Recommendation*. Metoda komunikasi ini digunakan pada saat perawat melakukan timbang terima (handover) ke pasien (Dimas, 2018).

Evaluasi dapat dibagi dua yaitu:

- a. Evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan.
- b. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan. Evaluasi

dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

I : Implementasi

E : Evaluasi

R : Reassessment atau pengkajian ulang.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas klien

Nama : Tn.J

Umur : 62 Tahun

Jenis kelamin : Laki laki

Pendidikan terakhir : S3

Agama : Kristen

Status perkawinan : Kawin

Alamat : Nagri Kaler RT:04 RW: 18 Kec.
Purwakarta, Kab. Purwakarta , jawa
barat

No RM : 00.21.45.77

Diagnosa mendis : Asma Bronkial

Tanggal Masuk : Kamis, 02 Juni 2022

Tanggal pengkajian : Jumat, 03 Juni 2022

Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. S

Umur : 28 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan : S1 Akuntansi

Pekerjaan : Karyawan Swasta

Hubungan Dengan Klien : Anak

Alamat : Nagri Kaler RT:04 RW: 18 Kec.
Purwakarta, Kab. Purwakarta , Jawa
barat

a. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh sesak nafas.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari jumat, 03 Juni 2022 pukul 09.00 WIB, klien mengeluh sesak nafas disertai batuk berdahak, sesak bertambah pada saat bergerak atau beraktivitas berat dan saat batuk. Adapun sesak berkurang ketika berbaring semi Fowler, klien merasakan sesak seperti terhimpit beban berat sehingga sulit untuk menghirup udara, serta dirasakan di bagian dada sebelah kiri dan kanan. Sesak nafas itu sangat mengganggu

aktivitas klien. Klien mengatakan sesaknya sudah dirasakan sejak 2 hari yang lalu namun masi bisa diatasi di rumah.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, klien sering dirawat di tempat pelayanan kesehatan dengan keluhan yang sama yaitu sesak nafas. Klien juga mempunyai riwayat hipertensi dan penyakit asma ini sudah lama di alami. Klien tidak mempunyai alergi obat atau makanan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pihak keluarga mengatakan bahwa tidak ada riwayat penyakit yang sama dengan yang dialami klien. Dan juga mengatakan bahwa di keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan atau penyakit yang menular. Semua anggota keluarga senang menjaga kesehtan dengan melakukan pemeriksaan rutin setiap 6 bulan sekali.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Tingkat Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E : 4 M :6 V :5

Tanda-tanda Vital : TD : 179/92 mmHg

Nadi : 96x/menit

R : 28x/menit

S : 36,5°C

Spo2 : 94%

2) Sistem Pernapasan

Saat di kaji lubang hidung simetris antara lubang kanan dan kiri, adanya pernapasan cuping hidung, hidung terpasang selang nasal canul, tampak bersih, fungsi penciuman baik terbukti klien bisa membedakan bau parfum dan minyak kayu putih, frekuensi napas : 28x/ menit, terlihat pengembangan dada cepat dan dangkal, tidak ada nyeri tekan pada bagian hidung dan juga dada, bunyi nafas ronchi.

3) Sistem Kardiovaskuler

Saat di inspeksi dada simetris, adanya perubahan warna(sianosis) nadi : 96x/ menit, bunyi jantung regular, tidak ada pembesaran jvp, tidak ada nyeri tekan, bunyi jantung lungug(S1,S2), TD : 179/92 mmHg, CRT < 2 detik.

4) Sistem Pencernaan

Bibir tampak simetris, membran mukosa kering, gigi kekuningan, abdomen sedikit cembung, bising usus 15x/menit,

bunyi thimpani dan tidak ada nyeri tekan. Fungsi pengecapan baik, gigi Nampak tidak kumplit sisa 28 biji normalnya 32 biji.

5) Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak ada nyeri tekan, Klien terpasang kateter urine, warna urine khas, bau khas.

6) Sistem persyarafan

a) Nervus I (*olfactorius*)

Klien dapat membedakan wangi kayu putih dan wangi parfum

b) Nervus II (*opticus*)

Klien dapat melihat papan nama pemeriksa pada jarak kurang lebih 30cm.

c) Nervus III (*oculomotoris*)

Pupil mengecil pada saat di beri rangsangan cahaya

d) Nervus IV (*troclearis*)

Klien dapat mengerakan bola matanya ke atas dan ke bawah

e) Nervus V (*abducent*)

Klien dapat menggerakan bola matanya ke samping kiri dan kesamping kanan.

f) Nervus VI (*trigeminus*)

Sensori kulit wajah klien baik, dapat merasakan gesekan kapas pada pipi.

g) Nervus VII (*facialis*)

Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi,

h) Nervus VIII (*vestibulococlear*)

Klien tidak dapat mendengarkan gesekan jaro pada jarak 15 cm.

i) Nervus IX,X (*glosopharingeus,vagus*)

Reflex menelan dan muntah klien baik

j) Nervus XI (*hipoglossus*)

Klien mampu menggerakkan lidahnya ke kiri dan kekanan.

k) Nervus XII (*accesorius*)

Klien dapat menoleh ke kiri dan kekanan, mengangguk kepala dan menggerakkan kedua bahunya.

7) Sistem Integumen

a) Kulit : berwarna hitam, tekstur halus, tidak terdapat lesi, kulit tampak kebiruan (sianosis) suhu tubuh 36,5°C

b) Rambut dan kepala : rambut berwarna hitam, distribusi pertumbuhan rambut merata, kulit kepala bersih, tidak terdapat benjolan, nyeri tekan ataupun peradangan

c) Kuku : berwarna transparan, tekstur halus dan kuku terlihat pendek karena rutin di potong dan di bersihkan

8) Sistem Muskuloskeletal

- a) Ekstremitas atas : tangan Nampak simetris, tidak terdapat lesi, masih aktif bisa di gerakan, terpasang infusan di tangan sebelah kiri, jumlah jari lengkap
- b) Ekstremitas bawah : kaki Nampak simetris, tidak terdapat lesi, jumlah jari lengkap

Tonus otot

9) Sistem Reproduksi

Klien menikah satu kali dengan Ny.I dan sudah mempunyai 3 orang anak. Tidak terdapat gangguan, terpasang kateter urine agar menurunkan aktivitas untuk menjaga sesak semakin baik.

10) Sistem Penglihatan

Letak mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda,reflex pupil baik, fungsi penglihatan baik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan (kacamata) tidak ada nyeri tekan pada mata.

11) Sistem Pendengaran

Letak telinga kanan dan kiri simetris, tidak terdapat lesi, fungsi pendengaran baik terbukti saat kliem di minta untuk mengulang perkataan bisa menyebutkan dengan benar, klien tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada nyeri tekan pada bagian telinga.

c. Aspek Psikologis

Saat di kaji pasien merasa cemas takut di tinggalkan keluarganya oleh karena itu ia tidak mau sendiri karena kalau tidak ada yang menemani klien menganggap semua keluarganya meninggalkannya, maka selalu mengeluh ingin pulang.

d. Aspek Sosial dan Spritual

Klien berinteraksi dengan kooperatif baik dengan keluarga maupun dengan perawat yang bertugas. Klien mengatakan bahwa komunikasi dengan keluarga maupun dengan masyarakat di lingkungannya baik.

Dari segi spiritual klien beragama Kristen selalu melakukan ibadah ke gereja dengan terjadwal saat sedang sehat, dan selalu mengharapkan mujijat tuhan untuk kesembuhannya.

e. Aktivitas Hidup Sehari hari (ADL)

Tabel 3.1 Aktivitas hidup sehari hari

No	Jenis aktivitas	Sebelum sakit	Sesudah sakit
1.	Pola Nutirsi		
a.	Makan		
	Jenis makanan	Nasi , lauk pauk	Bubur
	Porsi	I porsi	I porsi
	Frekuensi	3x/hari	2x/ hari
	Cara	Mandiri	Di bantu
b.	Minum		
	Jenis minuman	Air putih, teh, kopi	Air putih
	Frekuensi	6-8 gelas/ hari	3-4 gelas/ hari
	Cara	Mandiri	Di bantu
2.	Pola Eliminasi		
a.	BAB		
	Frekuensi	1-2x/ hari	1x/ hari
	Konsistensi	Padat	Lembek
	Bau	Khas feses	Khas feses
b.	BAK		
	Frekuensi	3-4x/ hari	Terpasang kateter
	Warna	Khas urine	Khas urine
	Bau	Khas urine	Khas urine
3.	Pola istirahat tidur		
	Tidur siang	1-2 jam/ hari	Tidak tidur
	Tidur malam	6-8jam/ hari	3-5 jam
	Kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Sesak nafas
4.	Personal hygiene		
	Mandi	1-2 x/ hari	Di lap
	Gosok gigi	1-2x/ hari	1x/ hari
	Ganti pakaian	2x/hari	1x/hari
	Cara	Mandiri	Di bantu

f. Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium ke 1

Diagnosa medis : Asma Bronkial

Nama : Tn.J

No. RM : 00214577

Ruang : Bougenville

Tanggal : 04/06/2022

Table 3.2 Pemeriksaan laboratorium ke-1

No	Parameter	Hasil	Remarks	Satuan	Nilai herujukan	Metode
1.	Hematologi					
1.	Hemoglobin	13,8	Low	g/dl	14,0-17,5	
2.	Hematocrit	39,6		%	36,47	
3.	Leukosit	9,9		$10^3/\mu\text{l}$	4,4-11,3	
4.	Eritrosit	4,72		$10^6/\mu\text{l}$	4-5,2	
5.	Trombosit	303		$10^3/\mu\text{l}$	150-362	
6.	MCV	84		fL	78-95	
7.	MCH	29,2		pg	26-32	
9.	Hitung jenis i Basophil	34,8		g/dl	32-36	
	Eosinophil	0		%	0-1	
	Batang	2		%	2-4	
	Segmen	0	Low	%	3-5	
	Limfosit	38		%	50-70	
	Monosit	52		%	25-40	
		8		%	2-8	
2.	Analisa gas darah					
1.	PH	7,4	Low	mmHg	7,35-7,45	
2.	PCO2	26	Low	mmHg	35-45	
3.	PO2	46		mmol/l	80-100	
4.	TCO2	18	Low	mmol/l		
5.	Base excess	19			21-28	
6.	SBC	21		mmol/l	-2 s/d +3	
7.	S02	85	Low	mmol/l	95-98	

3.	IMUNOLOGI		
	Rapid anti gen sars cov-19	Negatif	Negative

g. Terapi

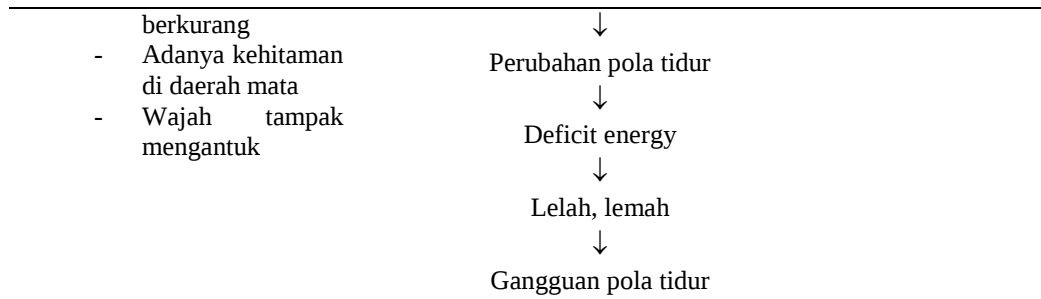
- 1) Infus RL 20 tpm /iv
- 2) Amlodiphine 5mg /12 jam p.o
- 3) Combivent 1x1 vial/ inhalasi
- 4) Pantoprazole 1gr/8jam iv

h. ANALISA DATA

Tabel 3.4 Analisa data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1.	Ds : - Klien mengatakan sesak Do : - klien tampak sesak, frekuensi napas 28x/menit - Adanya otot bantu pernafasan	Faktor pencetus di udara dan jalan nafas, aspirasi, asap, allergen, genetik, infeksi ↓ Masuk saluran pernafasan ↓ Peradangan pada jaringan paru dan bronkial ↓ Membrane paru menjadi radang sehingga sampai ke alveolus ↓ Bronkospasme ↓ Pola nafas tidak efektif	Pola nafas tidak efektif
2.	Ds : - Klien mengatakan sesak, sering batuk disertai dengan dahak Do :	Faktor pencetus di udara dan jalan nafas, aspirasi, asap, allergen, genetik, infeksi ↓ Masuk saluran pernafasan ↓ Peradangan pada jaringan paru dan	Bersihan jalan nafas tidak efektif

- Tampak sesak, suara nafas ronchi - Batuk disertai dahak		bronkial ↓ Maka terjadi peningkatan sel sel goblet pada lapisan epitel saluran nafas ↓ Produksi sputum meningkat ↓ Inhalasi udara kecil ↓ Meningkatkan viskositas mucus sehingga mengental ↓ Mengganggu pergerakan silia ↓ Sesak dan batuk ↓ Ventilasi terganggu ↓ Bersihan jalan nafas	
3.	Ds: - Klien mengeluh sesak nafas - Klien mengatakan pusing dan melihat kabur Do : - Klien tampak menggunakan pernafasan cuping hidung, buyi nafas ronchi - Klien terlihat gelisah - Adanya sianosis - N: 94x/menit - PCO₂: 26 - PO₂: 46 - R: 28x/menit	Peradangan pada jaringan paru dan bronkial ↓ Membrane paru menjadi radang sehingga sampai ke alveolus ↓ Alveolus terisi cairan radang ↓ Cairan sintesa lalu akan menyebabkan pengeluaran mucus ↓ Membrane paru menjadi kaku ↓ Sehingga terjadi gangguan difusi gas ↓ Gangguan pertukaran gas	Gangguan pertukaran gas
4.	Ds : - Klien mengatakan susah tidur sehingga pola tidur berubah Do : - Tidur malam klien	Peradangan pada jaringan paru dan bronkial ↓ Kebutuhan suplai oksigen tidak seimbang ↓ Sesak dan batuk berulang	Gangguan pola tidur



2. Diagnosa Keperawatan

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme, ditandai

dengan:

- a) Ds :

Klien mengatakan sesak

- b) Do :

klien tampak sesak,

frekuensi napas 28x/menit

Adanya otot bantu pernafasan

- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum

meningkat, ditandai dengan :

- a) Ds :

Klien mengatakan sesak,

Sesak semakin parah ketika batuk disertai dengan dahak

b) Do :

KlienTampak sesak, suara nafas ronchi

Batuk disertai dahak

3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler, ditandai dengan:

a) Ds:

Klien mengeluh sesak nafas

Klien mengatakan pusing dan melihat kabur

b) Do :

Klien tampak menggunakan pernafasan cuping hidung, buyi nafas ronchi

Klien terlihat gelisah

Adanya sianosis

N: 96x/menit

PCO₂: 26

PO₂: 46

R: 28x/menit

4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk berulang, berhubungan dengan:

a) Ds :

Klien mengatakan susah tidur sehingga pola tidur berubah

Klien mengeluh sering batuk pada malam hari sehingga membuatnya terjaga

Klien mengatakan ketika batuk terus menerus menyebabkan sesak

b) Do :

Tidur malam klien berkurang

Adanya kehitaman di daerah mata

Wajah tampak mengantuk

3. INTERVENSI, IMPLEMENTASI, EVALUASI KEPERAWATAN

Table 3.5 Perencanaan keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi	paraf
		Tujuan	Intervensi	Rasional			
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme ditandai dengan: Ds: - Klien mengatakan sesak Do : - klien tampak sesak, - frekuensi napas 28x/menit - Adanya otot bantu pernafasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil: 1. Pernafasan tidak dyspnea 2. Penggunaan otot bantu pernafasan menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi 4. Frekuensi nafas menurun 5. Kedalaman nafas bisa meningkat	Manajemen jalan nafasi 1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi nafas tambahan 3. Monitor adanya sputum 4. Posisikan semi powler atau powler 5. Berikan oksigen 6. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari	1. Evaluasi awal untuk melihat kemajuan dari intervensi yang dilakukan 2. Penurunan aliran udara timbul pada area yang konsoladaasi dengan cairan 3. Sebagai data untuk melihat efektivitas dari terapi 4. Posisi semi powler memberikan kesempatan paru paru berkembang secara maksimal 5. Meningkatkan kadar tekanan parsial oksigen dan saturasi oksigen 6. Air untuk menggantikan	Sabtu 04/06/2022 Jam 09.00 1. Memonitor pola nafas. Dengan hasil: R: 28x/menit 2. Memonitor bunyi nafas tambahan. Dengan hasil: bunyi nafas terdengar ronchi 3. Memonitor adanya sputum. Dengan hasil: klien Nampak susah mengeluarkan dahak yang ada pada tenggorokannya 4. Memposisikan klien semi powler: klien mengatakan sesak berkurang ketika posisi semi powler 5. Memberikan oksigen O2 NRM 10 lpm.dengan hasil:sesak klien berkurang 6. Menganjurkan klien	Sabtu, 04.06/2022 Jam 09.30 S : klien mengeluh masih sesak O : - Keadaan klien lemah - Sesak berkurang ketika posisi semi powler - R : 28x/menit - Terpasamh O2 NRM 10 lpm A : pola nafas tidak efektif teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : - Atur posisi semi powler - Auskultasi bunyi nafas E : - Sesak klien semakin berkurang	Ranti

				keseimbangan cairan tubuh yang keluar dari pernafasan , air akan mempermudah mengeluarkan mucus	asupan cairan 2000ml/hari. Dengan hasil:klien beruasa melakukan yang disarankan perawat	- Bunyi nafas ronchi
		7. Ajarkan relaksasi	teknik	7. Relaksasi dapat menurunkan frekuensi napas supaya takpnea berkurang	7. Mengajarkan teknik relaksasi. Dengan hasil: klien lebih rileks	
2.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum meningkat, ditandai dengan : Ds: - Klien mengatakan sesak, - Klien mengeluh sering batuk disertai dengan dahak Do: - KlienTampak sesak, - suara nafas ronchi - batuk disertai dahak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka diharapkan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil: 1. Produksi sputum menurun 2. Tidak ada suara nafas tambahan 3. Pernafasan tidak dyspnea 4. Pola nafas membaik 5. Bisa melakukan batuk efektif	Manajemen asma 10. Monitor frekuensi dan kedalaman nafas 11. Monitor tanda dan gejala hipoksia misalnya gelisah 12. Monitor saturasi oksigen 13. Berikan oksigen 6-15 via sungkup atau pertahankan SpO2>90% 14. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan hitung darah lengkap dan AGD	10. Takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau saat stress dan proses infeksi akut 11. Untuk mengetahui tanda rendahnya oksigen dalam tubuh 12. Menurun atau meningkatnya oksigen menunjukan perlu penanganan yang lebih adekuat 13. Meningkatkan kadar tekanan parsial oksigen dan saturasi oksigen 14. Menurun atau meningkatnya PaO2 dan PCO2 perlu penanganan yang lebih lanjut	Sabtu,04/06/2022 Jam 09.30 WIB 1. Memonitor frekuensi dan kedalaman nafas. Dengan hasil: RR: 28x/menit 2. Memonitor tanda dan gejala hipoksia. Dengan hasil: klien mngeluh sesak sedikit pusing dan pandangan kabur 3. Memonitor saturasi oksigen. Dengan hasil: SpO2: 94% 4. Memberikan oksigen.dengan hasil: terpasang O2 5. Mengambil sampel darah untuk keperluan laboratorium. Dengan hasil: klien mau diambil untuk pemeriksaan AGD 6. Menganjurkan klien untuk tidak terlalu cemas tentang penyakitnya. Dengan hasil: klien masih cemas	Sabtu, 04/06/2022 Jam 10.00 WIB S : klien mengatakan sesak berkurang dan masih batuk O : klien Nampak batuk, suara nafas ronchi RR: 28x/menit SpO2: 94% A : bersihan jalan nafas belum teratasi P : lanjutkan intervensi I :

			15. Anjurkan meminimalkan ansietas yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen	15. Kecemasan yang berlebih dapat meningkatkan kebutuhan oksigen dalam tubuh secara terus menerus	7. Menganjurkan bernafas lambat dan dalam. Dengan hasil: klien menuruti perkataan perawat	- Ajarkan batuk efektif	
			16. Anjurkan bernafas lambat dan dalam	16. Bernafas dengan lambat dan akan meningkatkan	8. Mengajarkan klien batuk efektif. Dengan hasil: klien bisa melakukan batuk efektif	- Kolaborasi pemberian nebulasi	
			17. Ajarkan batuk efektif	17. pasokan udara kedalam paru paru menjadi lebih adekuat			
			18. Kolaborasi pemberian bronkodilator (mis,albuterol,metaproterenol)	18. Dapat mengencerkan dahak dan memperlebar saluran udara			
3.	gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler, ditandai dengan: Ds: - Klien mengeluh sesak nafas - Klien mengatakan pusing dan melihat kabur Do : - Klien tampak menggunakan pernafasan cuping	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Bunyi tambahan nafas menurun 2. Klien tidak tampak gelisah 3. Tidak ada pernafasan cuping hidung 4. Tidak ada sianosis	Pemantauan respirasi 11. Monitor frekuensi,irama dan kedalaman nafas 12. Auskultasi bunyi nafas 13. Monitor saturasi oksigen dan nilai AGD	11. Perafasan yang cepat dan dangkal serta hipoventilasi mempengaruhi pertukaran gas 12. Ronchi dan wheezing menyertai obstruksi jalan nafas atau kegagalan pernafasan 13. Menurunnya saturasi oksigen PCO2 dan PO2 menunjukan gangguan pertukaran gas 14. Informasi yang benar dan jelas untuk setiap	Sabtu,04/06/2022 Jam 10.00 WIB 1. Memonitor frekuensi,Irama,dan kedalaman nafas. Dengan hasil: R:28x/menit, irama ireguler, dan dyspnea 2. Mengobservasi bunyi nafas. Dengan hasil: bunyi nafas terdengar ronchi 3. Memonitor saturasi dan nilai AGD. Dengan hasil: N:96x/menit PCO2:26 PO2:46 SpO2:94%	Sabtu,04/06/2022 Jam 10.30 WIB S : klien mengatakan sesak disertai pusing dan pandangan mata kabur O : klien tampak bernafas dengan otot bantu nafas, pola pernafasan dyspnea	Ranti

hidung, buyi nafas ronchi Klien terlihat gelisah Adanya sianosis TTV: N: 96x/menit PCO2: 26 PO2: 46 R: 28x/menit	14. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	prosedur akan meningkatkan dukungan klien dan keluarga	4. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Dengan hasil: klien dan keluarga memnyetujui dan mendukung setiap tindakan yang diberikan	- Bunyi nafas ronchi - R : 28x/menit N : 96x/menit PCO2: 26 PO2:46 SpO2:94%	
	15. Dokumentasikan hasil pemantauan	15. Pendokumentasian hasil pemantauan respirasi akan membantu mengetahui perkembangan pasien	5. Mendokumtasikan hasil pemantauan	A : masalah gangguan pwetukaran gas teratasi sebgaiian P : lanjutkan intervensi - Monitor saturasi oksigen dan nilai AGD	
4. gangguan pola tidur berhubungan dengansesak dan batuk berulang, berhubungan dengan: Ds : - Klien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 2x24jam maka diharapkan kualitas tidur meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sult tidur menurun	Dukungan tidur	Sabtu, 04/06/2022 Jam 10.30 WIB	Sabtu,04/06/2022 Jam 11.00 WIB S : klien mengeluh jam tidurnya berkurang	Ranti
	17. Identifikasi faktor pengganggu tidur	17. Ketika sudah diketahui faktor apa saja yang mengganggu dapat menentukan intervensi selanjutnya	1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Dengan hasil: klien sering terbangun tidur karena sesak		
	18. Anjurkan untuk	18. Relaksi dapat	2. Menganjurkan untuk		

susah tidur sehingga pola tidur berubah - Klien mengeluh sering batuk pada malam hari - Klien mengatakan ketika batuk terus menerus membuat sesak Do : - Tidur malam klien berkurang - Adanya kehitaman di daerah mata - Wajah tampak mengantuk	2. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 3. Kemampuan beraktivitas meningkat	latihan relaksasi sebelum tidur 19. Modifikasi lingkungan tenang dan batasi kunjungan	membantu mengatasi gangguan tidur 19. Menurunkan stress dan rangsangan berlebihan,meningkatkan istirahat	latihan relaksasi sebelum tidur. Dengan hasil: klien mengatakan harus rileks ketika ingin tidur 3. Memodifikasi lingkungan tenang dan batasi pengunjung. Dengan hasil: klien bisa tidur ketika mendengarkan lagu rohani	O : bagian mata klien Nampak menghitam, klien Nampak lemah A : masalah gangguan pola teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Modifikasi lingkungan tenang dan batasi pengunjung
--	--	---	--	---	--

4. Catatan perkembangan

Tabel 3.6 Catatakn perkembangan hari ke-1

Tanggal	No dx	Catatan perkembangan	Paraf
minggu 05/06/2022 Jam 09.30 WIB	1.	S : klien mengatakan sesak mulai berkurang O : - Keadaan klien lemah - Sesak berkurang ketika posisi semi powler - R : 26x/menit - Terpasang O2 nasal canul 5 lpm A : pola nafas tidak efektif teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : - Atur posisi semi powler - Auskultasi bunyi nafas E : - Sesak nafas semakin berkurang - Tidak ada bunyi nafas tambahan R : - Terapi oksigen dihentikan jika respirasi normal	Ranti a
minggu, 05/06/2022 Jam 10.00 WIB	2.	S : klien mengatakan sesak berkurang dan masih batuk O : klien Nampak batuk, suara nafas ronchi RR: 28x/menit SpO2: 94% A : bersihan jalan nafas belum teratasi P : lanjutkan intervensi I : - Ajarkan batuk efektif - Kolaborasi pemberian nebupepdifen E : - Klien mempraktekan batuk efektif - Nebulizer telah diberikan	Ranti a
Minggu 05/06/2022 Jam 10.30 WIB	3.	S : klien mengatakan sesak disertai pusing dan pandangan mata kabur O : klien tampak bernafas dengan otot bantu nafas, pola pernafassan dyspnea - Bunyi nafas ronchi - R : 26x/menit N : 98x/menit PCO2: 32 PO2:77 SpO2:94% A : masalah gangguan pwetukaran gas teratasi sebgiaan P : lanjutkan intervensi I : - Monitor saturasi oksigen dan nilai AGD	Ranti a

		E :	
		-	Nilai laboratorium AGD kembali normal
Minggu	4.	S :	klien mengeluh jam tidurnya berkurang
05/06/2022		O :	bagian mata klien Nampak menghitam, klien
Jam	11.00		Nampak lemah
WIB		A :	masalah gangguan pola teratasi sebagian
		P :	lanjutkan intervensi
		I :	Modifikasi lingkungan tenang dan batasi pengunjung
		E :	pola tidur klien kembali normal

Tabel 3.6 Catatan perkembangan ke-2

Tanggal	No dx	Catatan perkembangan	Paraf
Senin , 06/06/2022 Jam 10.20 WIB	1.	S : klien mengatakan sesak nafas sudah hilang O : - klien tampak rileks, tidak ada bunyi nafas tambahan - Ttv : TD: 150/90 mmHg R: 24x/menit N : 95x/menit SpO2: 98% A : Masalah pola nafas teratasi P : Hentikan Intervensi	Ranti a
Minggu, 05/06/2022 Jam 11.00 WIB	2.	S : - klien mengatakan batuk berkurang - Klien mengatakkn masih suka batuk O : - batuk berkurang - Sesak berkurang - Klien tampak rilkes - Bunyi nafas sedikit ronchi - Klien mampu mempraktekan batuk efektif A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : - menganjurkan klien untuk batuk efektif - Melakukan kolaborasi pemberian nebulizer E : - klien mengatakan batuk berkurang - Frekuensi nafas 22x/menit - Wajah klien tampak rileks - Klien mampu mempraktekan batuk efektif	Ranti a
senin, 06/06/2022 Jam 11.30 WIB	3.	S : klien mengatakan sesak nya sudah berkurang bahkan sudah tidak ada - Klien mengatakan pusing sudah hilang O : kliem tampak segar - Tidak ada otot bantu nafas - Ttv : SpO2: 99% R : 22x/menit N : 94x/ menit A : masalah gangguan pola nafas teratasi sebaga	Ranti a

		P : lanjutkan terapi - Ambil sampel darah untuk penilaian AGD I : acc pulang apabila pemeriksaan laboratorium bagus	
senin, 06/06/2022 Jam 12.00 WIB	4.	S : klien mengatakn bisa tidur dengan nyaman O : - tidur kilen tidak terganggu - Tidak ada kehitaman di daerah mata - Klien tampak rileks - Kualitas tidur klien kembali normal A : masalah gangguan tidur teratasi P : hentikan intervensi	Ranti a

B. PEMBAHASAN

Dalam melaksanakan proses keperawatan pada klien Tn.J dengan kasus Asma Bronkial di ruangan Bougenville Rumah Sakit Bayu Asih Purwakarta selama 4(empat) hari, yaitu dari tanggal 03 juni 2022 s/d 06 juni 2022 penulis berusaha menerapkan langkah-langkah dari mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis dan memperhatikan kebutuhan klien pada Tn.J dimana hasil yang di peroleh adalah:

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga dan menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Klien Tn.J dengan gangguan system pernafasan Asma Bronkial berumur 62 tahun, maka penulis dapat mewawancarai dan mengobservasi klien secara partisipasif. Pada tahap pengumpulan data dilaksanakan melalui

wawancara secara langsung kepada klien untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif dari klien.

Dalam melakukan pengkajian ini penulis mengumpulkan data berkat adanya kerja sama yang baik, bimbingan dan arahan serta dukungan penuh dari berbagai pihak serta kesediaan keluarga itu sendiri. Dalam proses keperawatan menurut Ritianingsih, 2017 gejala Asma Bronkial yaitu sesak nafas atau dispnea, sesak sangat mempengaruhi aspek kehidupan pasien hal ini berdampak pada keluarga aktivitas sosial, dan kegiatan sehari-hari. Pasien akan mengalami gangguan pertukaran, jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif dengan permasalahan tersebut kualitas hidup pasien Asma Bronkial akan menurun. Faktor terjadinya Asma Bronkial yang utama adalah merokok, terpapar allergen, dan infeksi saluran nafas. Sejumlah zat iritan yang ada dalam rokok menstimulus terjadi produksi mukus berlebih, batuk dan merusak fungsi silia, menyebabkan peradangan dan obstruksi jalan nafas serta merusak bronkiolus dan dinding alveoli. Faktor lain yang mendukung adalah polusi udara, perokok pasif, dan riwayat infeksi saluran nafas. Hal ini terjadi pada Tn.J karena dalam riwayat kesehatan dahulu mempunyai riwayat perokok berat.

Sistem pernafasan di dalam teori disebutkan gejalanya seperti terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernafasan serta penggunaan otot bantu nafas, dispnea terjadi saat aktivitas seperti makan dan mandi,

kemudian batuk produktif dengan sputum purulent, sering di dapatkan bunyi nafas ronchi dan wheezing sesuai tingkat beratnya obstruksi pada bronkiolus(Wahid & Suprpto,2013). Disini penulis menemukan kesesuaian antara teori dan kenyataan antara lain menemukan suara nafas ronchi, adanya peningkatan usaha dan frekuensi nafas, adanya otot bantu pernafasan. Data tersebut ditemukan pada Tn.J.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Somantri,(2012) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan Asma Bronkial adalah:

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme
- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum meningkat
- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan sesak dan batuk berulang
- 5) Defisit Nutrisi berhubungan dengan mual muntah
- 6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kebutuhan suplai oksigen tidak seimbang

Adapun diagnosa yang muncul pada Tn.J adalah sebagai berikut:

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafasAdanya otot bantu pernafasan

Pada diagnosa ini muncul tanda tanda klien mengatakan sesak, klien tampak sesak, frekuensi nafas 28x/menit, dan adanya otot bantu pernafasan.

- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi

Pada diagnosa ini muncul tanda tanda bahwa klien mengeluh sesak nafas, sering batuk disertai dengan dahak, sekresi yang tertahan, suara nafas terdengar ronchi.

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler

Pada diagnosa ini muncul tanda tanda bahwa klien mengeluh sesak nafas, klien mengatakan pusing dan disertai pandangan kabur, klien tampak lemah, hasil laboratorium di dapat PCO₂: 26, PO₂:46, SpO₂:94%.

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk berulang,

Pada diagnosa ini muncul tanda tanda bahwa klien mengatakan susah tidur, klien mengeluh bahwa pola tidurnya berubah, tidur malam klien kurang, adanya kehitaman di daerah sekitar mata dan klien tampak mengantuk.

Sedangkan untuk diagnosa defisit nutrisi dan intoleransi tidak muncul dikarenakan kondisi klien baik dalam beraktivitas meskipun tidak terlalu aktif namun untuk berjalan dan melakukan aktivitas

ringan tidak ada masalah, dan untuk pola makan klien baik terbukti meskipun hanya satu porsi tapi selalu habis.

3. Intervensi keperawatan

Pada tahap ini, penulis tidak mendapatkan hambatan yang berarti. Perencanaan ini di buat dengan langkah –langkah yaitu menentukan masalah, menentukan tujuan, dan rencana tindakan untuk menanggulangi masalah, perencanaan dalam mengatasi masalah.

1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme

Untuk intervensi yang dilakukan pada Tn.J adalah memonitor pola nafas, monitor bunyi nafas, monitor sputum, posisikan semi powler tatau powler, berikan oksigen, terapi pursed lip breathing, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, ajarkan batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator.

2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum meningkat

Adapun Intervensi bersihan jalan nafas adalah : Monitor frekuensi dan kedalaman nafas, Monitor tanda dan gejala hipoksia misalnya gelisah, Monitor saturasi oksigen, Berikan oksigen 6-15 via sungkup atau pertahankan $SpO_2 > 90\%$, Ambil sampel darah untuk pemeriksaan hitung darah lengkap dan AGD, anjurkan meminimalkan ansietas

yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen, anjurkan bernafas lambat dan dalam, ajarkan batuk efektif.

- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler

Untuk intervensi gangguan pertukran gas adalah: Monitor frekuensi,irama dan kedalaman nafas , auskultasi bunyi nafas, monitor saturasi oksigen dan nilai AGD, dokumentasikan hasil pemantauan.

- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk berulang

Untuk intervensi gangguan pola tidur adalah: Identifikasi faktor pengganggu tidur, anjurkan untuk latihan relaksasi sebelum tidur, modifikasi lingkungan tenang dan batasi kunjungan.

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan implementasi asuhan keperawatan terhadap klien Tn.J berhubungan dengan penyakit Asma Bronkial yang telah di buat dan ditetapkan walaupun demikian ada beberapa yang tidak dilakukan hal ini di sesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien yang mulai membaik.

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme.

Implementasi yang dilakukan pada Tn.J adalah: mengobservasi tanda tanda vital, Memonitor pola nafas, memonitor bunyi nafas tambahan,

memonitor adanya sputum, memposisikan klien semi Fowler, memberikan oksigen O₂ NRM 10 lpm, menganjurkan klien asupan cairan 2000ml/hari, mengajarkan teknik relaksasi.

- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum meningkat Implementasi yang dilakukan pada Tn.J adalah: Memonitor frekuensi dan kedalaman nafas, memonitor tanda dan gejala hipoksia, memonitor saturasi oksigen, memberikan oksigen, mengambil sampel darah untuk keperluan laboratorium, menganjurkan klien untuk tidak terlalu cemas tentang penyakitnya, menganjurkan bernafas lambat dan dalam, mengajarkan batuk efektif pada klien.
- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler. Implementasi yang dilakukan pada diagnose gangguan pertukaran gas adalah: Memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman nafas. Mengauskultasi bunyi nafas, memonitor saturasi dan nilai AGD, mendokumentasikan hasil pemantauan
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk berulang Implementasi yang dilakukan penulis kepada Tn.J dengan diagnosa gangguan pola tidur adalah: Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, klien sering terbangun tidur karena sesak. Menganjurkan untuk latihan relaksasi sebelum tidur, klien mengatakan harus rileks ketika ingin tidur. Memodifikasi lingkungan tenang dan batasi pengunjung, klien bisa tidur ketika mendengarkan lagu rohani.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberikan tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi pormatif memnunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dapat mengurangi atau mengatasi masalah klien saat ini, sedangkan unruk evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ke tiga setelah memberikan asuhan keperawatan pada Tn.J.

Pada evaluasi sumatif ditemukan bahwa diagnosa yang muncul pada Tn.J ada yang teratasi dan teratasi sebagian, hal ini disebabkan klien dan keluarga kooperatif, bekerja sama dengan perawat ruangan dengan baik, bekerja dengan tenaga kesehatan yang lain, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan hamper seluruhnya berjalan sesuai dengan rencana dan tujuan.

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkopasme, setelah dilakukan tindakan keperawatan pola nafas tidak efektif dapat teratasi pada hari ke tiga dengan akhir masalah teratasi. Karena Tn.J dan keluarga kooperatif sehingga penulis mudah melakukan intervensi dan pola nafas tidak efektif dapat teratasi.

- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan produksi sputum meningkat, setelah dilakukan tindakan keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif dapat teratasi sebagian karena Tn.J masih batuk dan bunyi nafas juga sedikit ronchi sehingga masalah teratasi sebagian, dan keterbatasannya penulis saat memberikan asuhan keperawatan hanya tiga hari saja sehingga untuk tujuan teratasi masalahnya hanya sebagian.
- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler, setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Tn.J gangguan pertukaran gas dapat teratasi karena dilihat dari hasil laboratorium kondisinya sudah meningkat nilai PO_2 , PCO_2 sudah meningkat, kepala sudah tidak pusing juga pandangan tidak kabur. Semua itu dapat dicapai karena kerja sama dan pola nafas sudah teratasi sehingga frekuensi nafas membaik akibatnya pasokan oksigen yang diperlukan tubuh telah terpenuhi dengan baik.
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk berulang, setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan pola tidur pada Tn.J telah teratasi, karena tidak ada keluhan sesak dan dan batuknya sudah berkurang ini mengakibatkan tidurnya tidak terganggu. Selain itu di dukung dengan pihak keluarga yang membatasi kunjungan dan mengkondisikan ruangan agar tidak bising.

BAB IV

KESIMPULAN & REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan gangguan sistem pernafasan : asma *bronchial* di Rumah Sakit Bayu Asih Purwakarta mulai tanggal 04 Juni 2022 s/d 06 Juni 2022 dengan penggunaan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yakni : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk karya tulis. Maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis mampu menemukan data-data dari Tn.J dengan penyakit asma bronkial diantaranya yaitu: klien mengeluh sesak, sesak terasa saat beraktivitas dan berkurang saat beristirahat, sesak dirasakan hilang timbul, sesak disertai batuk berdahak. Klien juga mengatakan pola tidurnya berubah total.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap diagnosa keperawatan penulis merumuskan diagnosa sesuai dengan prioritas yang muncul pada Tn.J dengan asma bronkial diantaranya yaitu: pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang tertahan , bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur akibat sesak.

3. Perencanaan

Pada tahap ini penulis mampu membuat perencanaan di buat terfokus pada tujuan yang berdasarkan analisa data yang telah di dapat. Intervensi yang tersusun dari Tn.J dengan gangguan sistem pernafasan : asma bronkial berdasarkan DPP PPNI : SDKI (2017), intervensi utama untuk diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang tertahan yaitu Manajemen jalan napas , monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing). bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yaitu: Manajemen asma, monitor frekuensi dan kedalaman nafas, monitor tanda dan gejala hipoksia misalnya gelisah , monitor saturasi oksigen, berikan oksigen 6-15 via sungkup atau pertahankan SpO₂>90%, ambil sampel darah untuk pemeriksaan

hitung darah lengkap dan AGD. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler yaitu: Pemantauan respirasi, monitor frekuensi, irama dan kedalaman nafas, auskultasi bunyi nafas, monitor saturasi oksigen dan nilai AGD. dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur akibat sesak yaitu : Dukungan tidur , identifikasi faktor pengganggu tidur, anjurkan untuk latihan relaksasi sebelum tidur, modifikasi lingkungan tenang dan batasi kunjungan. Dalam rencana tindakan keperawatan penulis melibatkan klien dan keluarga, sehingga dapat tercapai dengan baik sesuai dengan jangka waktu yang telah ditetapkan dalam memperhatikan kemampuan klien serta fasilitas yang ada pada rencana tindakan yang ditetapkan pada masing-masing diagnosa.

4. Pelaksanaan

Pada tahap ini penulis mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Tn.J dilakukan berdasarkan rencana yang ditetapkan oleh DPP PPNI: SIKI (2017) yaitu : Memonitor pola nafas. Dengan hasil: R: 28x/ menit, memonitor bunyi nafas tambahan. Dengan hasil: bunyi nafas terdengar ronchi, memonitor adanya sputum. Dengan hasil: klien Nampak susah mengeluarkan dahak yang ada pada tenggorokannya, memposisikan klien semi powler: klien mengatakan sesak berkurang ketika posisi semi powler, memberikan

oksigen O₂ NRM 10 lpm.dengan hasil:sesak klien berkurang, menganjurkan klien asupan cairan 2000ml/hari. Dengan hasil:klien berusaha melakukan yang disarankan perawat, mengajarkan teknik relaksasi. Dengan hasil: klien lebih rileks, memonitor tanda dan gejala hipoksia. Dengan hasil: klien mngheluh sesak sedikit pusing dan pandangan kabur, memonitor saturasi oksigen. Dengan hasil: SpO₂: 94%, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Dengan hasil: klien sering terbangun tidur karena sesak, menganjurkan untuk latihan relaksasi sebelum tidur. Dengan hasil: klien mengatakan harus rileks ketika ingin tidur, memodifikasi lingkungan tenang dan batasi pengunjung. Dengan hasil: klien bisa tidur ketika mendengarkan lagu rohani.

5. Evaluasi

Dalam melaksanakan evaluasi dengan melihat perkembangan kondisi klien dihubungkan dengan kriteria yang telah ditetapkan, dari masalah keperawatan Tn.J dengan penyakit asma bronkial ada empat masalah keperawatan tersebut 3 teratasi dan 1 teratasi sebagian, yaitu : pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang tertahan dapat teratasi , bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi teratasi sebagian, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler dapat

teratasi, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur akibat sesak dapat teratasi

B. Rekomendasi

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada Tn.J dengan penyakit asma bronkial maka penulis dapat memberikan rekomentdasi diantaranya:

1. Untuk Perawat dan pihak Rumah Sakit

- 1) Dapat memberikan pelayanan pada klien dengan optimal dan meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dengan baik.
- 2) Dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hendaknya mampu berinteraksi secara terapeutik dan bukan hanya memusatkan pada aspek fisik dan keterampilan saja agar pelayanan yang diberikan optimal.
- 3) Hendaknya setiap prosedur yang dilakukan terhadap klien terlebih dahulu diberikan penjelasan secara benar dan cermat sehingga lebih dapat meningkatkan hubungan interpersonal antara perawat dan klien atau keluarga yang dapat menunjang kelancaran proses keperawatan dan mempercepat tujuan dari asuhan keperawatan.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Dikarenakan dalam penyusunan karya tulis memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan perpustakaan dilengkapi bahan perbandingan di lapangan dan sebagai literature.

3. Untuk Klien dan Keluarga

Setelah diberikan ahusan keperawatan, diharapkan klien dan keluarga lebih memperhatikan untuk mencegah terjadinya kembali penyakit asma bronkial dan mempelajari kembali cara perawatan agar lebih mengerti, memahami, dan jika ada yag mengalami penyakit asma bronkial dapat melakukan pertolongan pertama sebelum dibawa ke Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Mutaqin, Arif.2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Kemenkes RI
- Oktaviani.2021. *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan dengan Penyakit Asma bronkial*. Kalimantan Timur : ac.id
- PPNI 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : *Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : *Definisi dan Tindakan Keperawatan* . Jakarta : DPP PPNI
- PPNI 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia : *Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta : DPP PPNI
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Who.itn. 2017. *Global Health Observatory data Repository In: Eorld Health Organization*. World Health Organization : Jenewa

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**BATTUK EFEKTIF****A.**

Tema : Batuk Efektif

Pokok Pembahasan : Teknik Batuk Efektif

Sub Pokok Pembahasan :

1. Pengertian batuk efektif
2. Tujuan batuk efektif
3. Teknik batuk efektif
4. Memperagakan teknik batuk efektif

Sasaran : Pasien dan keluarga

Hari/tanggal : Jumat, 03 Juni 2022

Waktu : 09.00 Wib – Selesai

Tempat : Ruang Bougenville

Penyuluh : Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

A. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga memahami dan mampu memperagakan teknik batuk efektif.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui Pengertian batuk efektif
- b. Menjelaskan tujuan dilakukannya batuk efektif
- c. Menjelaskan teknik batuk efektif
- d. Memperagakan teknik batuk efektif

B. Materi

(Terlampir)

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. Media penyuluhan

1. Media : Leaflet
2. Alat : Tissue/sapu tangan, wadah tertutup untuk menampung dahak dan gelas berisi air hangat

E. Kegiatan penyuluhan

No.	Waktu	Materi	Kegiatan	
			Penyuluh	Sasaran

1	3 menit pertama	Pendahuluan	Pembukaan: 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan Materi yang akan diberikan	Menyambut salam dan mendengarkan
2	20 menit kedua	Pelaksanaan	Menjelaskan: 1. Menggali pengetahuan audien tentang nafas dalam batuk efektif 2. Memberikan apresiasi positif 3. Menjelaskan pengertian batuk efektif 4. Menjelaskan tujuan nafas dalam batuk efektif 5. Menjelaskan teknik nafas dalam dan batuk efektif 6. Mendemonstrasikan teknik batuk efektif 7. Memberi kesempatan audien untuk bertanya	Mendengarkan
3	7 menit terakhir	Penutup	Evaluasi: 1. menanyakan kepada	- menjawab pertanyaan

			sasaran tentang materi yang telah di berikan 2. beri pujian kepada sasaran bila dapat menjawab 3. mengucapkan terimakasih kepada sasaran dan mengucapkan salam	yang di ajukan oleh penyaji - merasa senang jika diberi pujian - menjawab salam
--	--	--	--	---

F. Sumber

Kowalak , Jennifer .2011.Buku Ajar Patofisiologi.Jakarta:EGC Rab,
 Trabani.2010. Ilmu Penyakit Paru.Jakarta:TIM Tamsuri, Anas.2008. Asuhan
 Keperawatan Klien Gangguan Pernafasan.Jakarta:EGC www.google.com[batuk efektif.April.2010]

MATERI BATUK EFEKTIF

1. Pengertian

Batuk efektif adalah suatu metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah mengeluarkan dahak secara maksimal. Batuk merupakan gerakan refleks yang bersifat reaktif terhadap masuknya benda asing dalam saluran pernapasan. Gerakan ini terjadi atau dilakukan tubuh sebagai mekanisme alamiah terutama untuk melindungi paru paru. Gerakan ini pula yang kemudian dimanfaatkan kalangan medis sebagai terapi untuk menghilangkan lendir yang menyumbat saluran pernapasan akibat sejumlah penyakit. Itulah yang dimaksud pengertian batuk efektif. Batuk efektif merupakan batuk yang dilakukan dengan sengaja. Namun dibandingkan dengan batuk biasa yang bersifat refleks tubuh terhadap masuknya benda asing dalam saluran pernapasan, batuk efektif dilakukan melalui gerakan yang terencana atau dilatihkan terlebih dahulu. Dengan batuk efektif, maka berbagai penghalang yang menghambat atau menutup saluran pernapasan dapat dihilangkan .

2. Tujuan dilakukannya batuk efektif

Tujuan Batuk efektif dan napas dalam merupakan teknik batuk efektif yang menekankan inspirasi maksimal yang dimulai dari ekspirasi , yang bertujuan :

- a. Merangsang terbukanya sistem kolateral
- b. Meningkatkan distribusi ventilasi
- c. Meningkatkan volume paru

d. Memfasilitasi pembersihan saluran napas

Batuk yang tidak efektif menyebabkan :

- a. Kolap saluran napas
- b. Ruptur dinding alveoli
- c. Pneumothoraks

Latihan pernafasan bertujuan untuk :

- a. Mengatur frekuensi dan pola napas sehingga mengurangi air trapping
- b. Memperbaiki fungsi diafragma
- c. Memperbaiki mobilitas sangkar toraks

3. Manfaat batuk efektif

Memahami pengertian batuk efektif beserta teknik melakukannya akan memberikan manfaat. Diantaranya, untuk melonggarkan dan melegakan saluran pernapasan maupun mengatasi sesak napas akibat adanya lendir yang memenuhi saluran pernapasan. Lendir, baik dalam bentuk dahak (sputum) maupun sekret dalam hidung, timbul akibat adanya infeksi pada saluran pernapasan maupun karena sejumlah penyakit yang di derita seseorang. Bahkan bagi penderita tuberkulosa (TB), batuk efektif merupakan salah satu metode yang dilakukan tenaga medis untuk mendiagnosis penyebab penyakit. Tidak sedikit penderita yang justru mengalami kondisi yang semakin memburuk meski pengobatan telah dilakukan.

4. Latihan batuk efektif

Latihan Batuk Efektif Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama klien yang mengalami operasi dengan anestesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teransetesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan. Dengan terasa banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setelah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret tersebut. Pasien dapat dilatih melakukan teknik batuk efektif dengan cara :

- a. Pasien condong ke depan dari posisi semifowler, jalinkan jari-jari tangan dan letakkan melintang diatas incisi sebagai bebat ketika batuk.
- b. Kemudian pasien nafas dalam seperti cara nafas dalam (3-5 kali).
- c. Segera lakukan batuk spontan, pastikan rongga pernafasan terbuka dan tidak hanya batuk dengan mengadakan kekuatan tenggorokan saja karena bisa terjadi luka pada tenggorokan.
- d. Hal ini bisa menimbulkan ketidaknyamanan, namun tidak berbahaya terhadap incisi.
- e. Ulangi lagi sesuai kebutuhan.

5. Indikasi batuk efektif

- a. COPD / PPOK Penyakit paru obstruktif kronik Penyakit ini ditandai oleh hambatan aliran udara disaluran nafas yang bersifat progresif non reversible atau reversible parsial. Ppok terdiri dari bronkitis kronik dan emfisema atau gabungan keduanya.

- b. Emphysema Suatu kelainan anatomis paru yang ditandai oleh pelebaran rongga udara distal bronkiolus terminal, disertai kerusakan dinding alveoli.
- c. Fibrosis
- d. Asma Merupakan gangguan inflamasi pada jalan nafas yang ditandai oleh obstruksi aliran udara nafas dengan respon jalan nafas yang berlebihan terhadap berbagai bentuk rangsangan.
- e. Chest infection
- f. Pasien bedrest atau post operasi

6. prosedur tindakan Tindakan

- a. Beritahu pasien, minta persetujuan klien dan cuci tangan .
- b. Atur pasien dalam posisi duduk tegak atau duduk setengah membungkuk.
- c. Letakkan pengalas pada klien, letakkan bengkok/pot sputum pada pangkuan dan anjurkan klien memegang tisu.
- d. Ajarkan klien untuk menarik napas secara perlahan, tahan 1-3 detik dan embuskan perlahan dengan mulut. Lakukan prosedur ini beberapa kali.
- e. Anjurkan anjurkan untuk menarik napas, 1-3 detik batuk dengan kuat
- f. Tarik napas kembali selama 1-2 kali dan ulangi prosedur di atas dua hingga enam kali.
- g. Jika diperlukan, ulangi lagi prosedur di atas
- h. Bersihkan mulut klien , instruksikan klien untuk membuang sputum pada pot sputum pot atau bengkok
- i. Beri penguatan , bereskan alat dan cuci tangan
- j. Menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi terhadap sputum

**PENYULUHAN KESEHATAN
TEKNIK
BATUK EFEKTIF**

Oleh:
Ranti Aprilliani
[KHGA19077]

**STIKes
KARSA
HUSADA
GARUT**

#2022

Apa Itu Batuk??

Batuk merupakan gerakan refleks yang bersifat reaktif terhadap masuknya benda asing dalam saluran pernapasan. Gerakan ini terjadi atau dilakukan tubuh sebagai mekanisme alamiah terutama untuk melindungi paru paru. Gerakan ini pula yang kemudian dimanfaatkan kalangan medis sebagai terapi untuk menghilangkan lendir yang menyumbat saluran pernapasan akibat sejumlah penyakit

**LALU... APA YANG
DIMAKSUD
DENGAN BATUK
EFEKTIF??**

Batuk efektif adalah suatu metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah mengeluarkan dahak secara maksimal. Batuk efektif merupakan batuk yang dilakukan dengan sengaja. Namun dibandingkan dengan batuk biasa yang bersifat refleks tubuh terhadap masuknya benda asing dalam saluran pernapasan, batuk efektif dilakukan melalui gerakan yang terencana atau dilatihkan terlebih dahulu

Tujuan Batuk Efektif

Tujuan Batuk efektif dan napas dalam merupakan teknik batuk efektif yang menekankan inspirasi maksimal yang dimulai dari ekspirasi, yang bertujuan :

- Merangsang terbukanya sistem kolateral
- Meningkatkan distribusi ventilasi
- Meningkatkan volume paru
- Memfasilitasi pembersihan saluran napas

Sedangkan latihan pernafasan bertujuan untuk :

- Mengatur frekuensi dan pola napas sehingga mengurangi air trapping
- Memperbaiki fungsi diafragma
- Memperbaiki mobilitas sangkar toraks

Manfaat Batuk Efektif

Diantaranya, untuk melonggarkan dan melegakan saluran pernapasan maupun mengatasi sesak napas akibat adanya lendir yang memenuhi saluran pernapasan. Lendir, baik dalam bentuk dahak (sputum) maupun sekret dalam hidung, timbul akibat adanya infeksi pada saluran pernapasan maupun karena sejumlah penyakit yang di derita seseorang

Indikasi

- COPD / PPOK Penyakit paru obstruktif kronik
- Emphysema
- Fibrosis
- Asma
- Chest infection
- Pasien bedrest atau post operasi

Latihan Batuk Eektif

Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama klien yang mengalami operasi dengan anestesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranestesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan. Dengan terasa banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setelah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret tersebut

Pasien dapat dilatih melakukan teknik batuk efektif dengan cara :

- Pasien condong ke depan dari posisi semifowler, jalinkan jari-jari tangan dan letakkan melintang diatas incisi sebagai bebat ketika batuk.
- Kemudian pasien nafas dalam seperti cara nafas dalam (3-5 kali).
- Segera lakukan batuk spontan, pastikan rongga pernafasan terbuka dan tidak hanya batuk dengan mengadakan kekuatan tenggorokan saja karena bisa terjadi luka pada tenggorokan.
- Hal ini bisa menimbulkan ketidaknyamanan, namun tidak berbahaya terhadap incisi.
- Ulangi lagi sesuai kebutuhan.

Prosedur Tindakan

- Beritahu pasien, minta persetujuan klien dan cuci tangan .
- Atur pasien dalam posisi duduk tegak atau duduk setengah membungkuk.
- Letakkan pengalas pada klien, letakkan bengkok/pot sputum pada pangkuan dan anjurkan klien memegang tisu.
- Ajarkan klien untuk menarik napas secara perlahan, tahan 1-3 detik dan embuskan perlahan dengan mulut. Lakukan prosedur ini beberapa kali.
- Anjurkan anjurkan untuk menarik napas, 1-3 detik batukkan dengan kuat.
- Tarik napas kembali selama 1-2 kali dan ulangi prosedur di atas dua hingga enam kali.
- Jika diperlukan, ulangi lagi prosedur di atas
- Bersihkan mulut klien , instruksikan klien untuk membuang sputum pada pot sputum pot atau bengkok
- Beri penguatan , bereskan alat dan cuci tangan
- Menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi terhadap sputum



