



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.A dan An.N DENGAN  
ASMA BRONKIAL DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAFAS DI RUANG BOUGENVILLE  
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh  
**Puspita Larasati**  
**NIM 152303101083**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.A dan An.N DENGAN  
ASMA BRONKIAL DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAFAS DI RUANG BOUGENVILLE  
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Keperawatan (D3)  
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh  
**Puspita Larasati**  
**NIM 152303101083**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## **PERSEMBAHAN**

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua atas segala tetes keringat, kerja keras, kasih sayang, dukungan lahir maupun batin serta do'a yang tiada henti di setiap sholat, sujudnya setiap malam kepada saya
2. Seluruh staff, dosen, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.
3. Almamater Fakultas Keperawatan program studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

**MOTTO**

“Sesuatu akan bertahan lebih lama saat diwariskan lewat buku, dituliskan”

(Tere Liye-Matahari)

“ Jika kita memilih tidak peduli, lebih sibuk dengan urusan masing-masing, nasib negeri ini persis seperti sekeranjang telur di ujung tanduk, hanya soal waktu akan pecah berantakan”

(Tere Liye- Negeri Diujung Tanduk)

“Ada banyak hal-hal hebat yang tampil sederhana. Bahkan sepertinya, banyak momen berharga dalam hidup datang dari hal-hal kecil yang luput kita perhatikan.

Karena kita terlalu sibuk mengurus sebaliknya”

(Tere Liye – Tentang Kamu)

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama mahasiswa : Puspita Larasati

NPM : 152303101083

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada An.A dan An.N dengan Asma Bronkial dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018” disusun oleh saya sendiri,tidak memuat laporan tugas akhir orang lain sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang tertulis diacu dalam laporan tugas akhir ini dan disebutkan dalam refensi.

Demikian pertanyaan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut di atas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 30 Juli 2018

Yang menyatakan,

Puspita Larasati  
NIM 152303101083

## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir berjudul “Asuhan Keperawatan pada An.A dan An.S dengan Asma Bronkial dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018 ” telah disetujui pada:

Hari, tanggal : 30 Juli 2018

Tempat : Kampus D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing,

**Anggia Astuti, S.Kp. M.Kep**

**NRP : 760017251**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.A dan An.N DENGAN  
ASMA BRONKIAL DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAFAS DI RUANG BOUGENVILLE  
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

Oleh

Puspita Larasati

NIM 152303101083

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Anggia Astuti, S.Kp.,M.Kep

**HALAMAN PENGESAHAN**

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada An.A dan An.S Asma dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari :  
Tanggal :  
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua,

Ns. Laili Nur Azizah, S.Kep.,M.Kep.  
NIP.19751004 200801 2 016

Anggota I,

Anggota II,

Sri Wahyuningsih, S.ST.M.Keb.  
NIP.197803032005012001

Anggia Astuti, S.Kp., M.Kep.  
NRP : 760017251

Mengesahkan,  
Koordinator Program Studi  
D3 Keperawatan Universitas Jember  
Kampus Lumajang

Nurul Hayati, S.Kep.Ners.,MM  
NIP. 196506291987032008



## RINGKASAN

**Asuhan keperawatan pada An.A dan An.N dengan Asma dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018;** Puspita Larasati. 152303101083; 2018; 79 halaman: Program Studi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang.

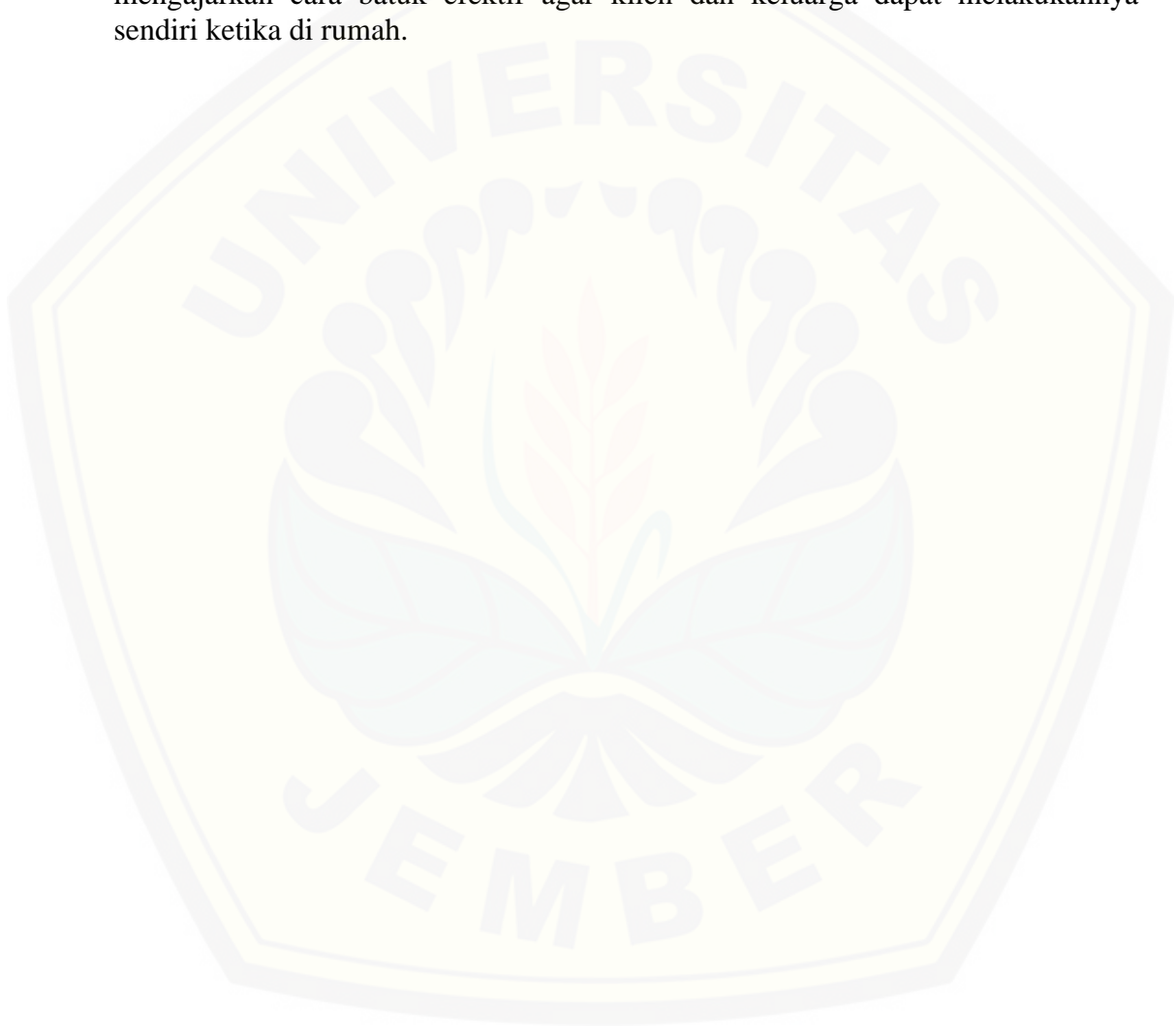
Asma merupakan gangguan saluran pernafasan yang sangat kompleks, penyakit kronis yang dapat menyerang anak-anak hingga yang mengganggu aktifitas sehari-hari dan timbul karena adanya beberapa faktor salah satu diantaranya adalah alergi. Pada klien anak dengan asma peran orangtua sangat penting terhadap pencegahan kekambuhan asma pada anak, mengingat anak tidak bisa menghindari faktor-faktor pencetus serangan asma seperti alergen. Apabila anak tidak dihindarkan dari faktor alergen maka anak akan mengalami batuk, sesak nafas dan mengalami peningkatan sekresi mukus. Keadaan tersebut dapat menimbulkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang dapat ditandai dengan dispnea, perubahan frekuensi nafas, perubahan pola nafas, suara nafas tambahan, sputum dalam jumlah yang berlebihan.

Laporan kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan asma bronkial pada An. A dan An. N dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang. Metode penulisan yang digunakan adalah laporan kasus, partisipan penelitian ini adalah 2 pasien yang terdiagnosa asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang yang memenuhi kriteria partisipan. Penelitian ini menggunakan pengumpulan data dengan cara wawancara terhadap klien maupun keluarga, observasi dengan cara pemeriksaan fisik, dan juga dokumentasi yang didapat dari buku rekam medik klien. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah atur posisi kepala lebih tinggi dari badan, berikan dan ajarkan fisioterapi dada atau clapping pada anak dan keluarga, kolaborasi terapi inhalasi dengan nebulizer, dan berikan minum air hangat, serta mengajarkan dan memberikan penyuluhan tentang bagaimana cara batuk efektif.

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti pada kedua klien dengan asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas terdapat 4 batasan karakteristik yang muncul dari 8 batasan karakteristik yaitu adanya suara nafas tambahan, batuk tidak efektif, penurunan suara napas, dan sputum berlebihan. Intervensi dan implementasi keperawatan pada klien asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas terdapat 10 intervensi dan semua intervensi dilakukan pada klien.

Hasil evaluasi selama 3 hari perawatan pada kedua klien tercapai 6 kriteria hasil dari 7 kriteria hasil yaitu keadaan umum baik, tidak terdapat suara nafas tambahan ronki, menunjukkan jalan napas yang paten, anak akan batuk efektif mampu mengeluarkan sekret, memiliki suara nafas yang jernih, irama & frekuensi napas dalam rentang normal, nadi dalam batas normal.

Pemberian fisioterapi dada atau clapping dan mengajarkan bagaimana cara batuk efektif pada anak dengan asma dapat menurunkan sesak nafas dan mengurangi sputum pada saluran pernapasan. Oleh karena itu bagi perawat di ruang anak diharapkan untuk melakukan asuhan keperawatan asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas sesuai dengan standart asuhan keperawatan dan standart operasional sesuai kondisi pasien dengan menerapkan terapi fisioterapi dada dan mengajarkan batuk efektif sebagai tindakan mandiri keperawatan. Bagi peneliti lebih lanjut diharapkan dapat melakukan melakukan tindakan keperawatan lebih optimal terutama dalam mengajarkan cara batuk efektif agar klien dan keluarga dapat melakukannya sendiri ketika di rumah.



## SUMMARY

**A Nursing Care on Asthma Client An. A and An. N under Nursing Problem of Airway Clearance Ineffectiveness in Bougainville Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018;** Puspita Larasati. 152303101083; 2018; 79 pages; Diploma Program of Nursery; University of Jember Lumajang.

Asthma is a complex respiratory tract disorder which is included into a chronic disease that is able to attack children, so it would intrude daily activities. Asthma might occur because of several factors like allergy. On the asthma children, the role of parent is very significant to prevent asthma to relapse on the children, since the children their selves could not be able to avoid the causal factors of asthma onset like allergen. If the children are not prevented from the factor of allergen, then they might suffer cough, asphyxia, and get increase on mucus secretion. Those conditions affect to ineffectiveness of airway clearance which is indicated by dispnea, change on respiratory frequency, change on respiratory pattern, additional respiratory sound, and excessive amount of sputum.

This research employs a method of case study which aims to explore the nursing care of bronchial asthma client on An. A and An. N under the nursing problem of ineffectiveness of airway clearance in Bougainville Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang. The research participants are from two patients who have been diagnosed as having bronchial asthma under the nursing problem of airway clearance ineffectiveness in Bougainville Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang who are considered as matching to the criteria of this research participant. This research exerts the data collection method through interview on both client and family, observation in the manner of physical check-up, and documentation from the medical record book of the client. In this case, it needs intervention of nursing care such as to adjust head position in higher than the body, to train on chest physiotherapy or clapping on the children and family, to set collaboration on inhalation and nebulizer therapy, to give warm water drinking, and to teach and counsel about the effective way to cough.

Based on the research findings that are gathered by the researcher from both clients of bronchial asthma who are under the nursing problem of airway clearance ineffectiveness, the researcher finds four characteristic limitations that are appeared, they are additional respiratory sound, ineffective cough, decrease on respiratory sound, and excessive sputum production. To solve those onsets, ten forms of intervention and nursing care have been implemented on the clients of bronchial asthma under the nursing problem of airway clearance ineffectiveness.

From the evaluation result after having three days of nursing care on both clients, six result criteria from seven result criteria have been achieved. It is indicated from the good general condition, no additional respiratory sound on bronchi, patent respiratory tract, effective cough on children, so they are able to exhale secretion, clear respiratory sound, normal respiratory rhythm and frequency, and normal pulse.

The intervention of chest physiotherapy or clapping and training how to do effective cough on the children is able to decrease the probability of asphyxia and reduce the production of sputum on the respiratory tracts. Therefore, the

researcher expects that the nurse in children room of RSUD dr. Haryoto Lumajang to be able to implement the nursing care intervention on bronchial asthma clients under the nursing problem of ineffectiveness of airway clearance according to the standard of nursing care, standard of operational, and condition of patient by educating and training the therapy of chest physiotherapy and effective cough as independent nursing action. Further, the researcher also recommends to the next researcher to be able to do the nursing care intervention in more optimal especially to train the client to practice on effective cough, so that either the client or family could practice by themselves in home.



## PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga laporan tugas akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada An. A dan An. N dengan Ama Bronkial dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” dapat terselesaikan dengan baik.

Dalam pembuatan laporan tugas akhir ini saya menyampaikan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu. Adapun ucapan terimakasih, saya sampaikan kepada:

1. Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D, selaku Rektor Universitas Jember.
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes selaku Dekan Program Studi Keperawatan Universitas Jember.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.
4. Ibu Anggia Astuti S., Kp., M.Kep selaku pembimbing KTI yang telah membimbing serta mengarahkan penulis sehingga laporan tugas akhir ini dapat selesai dengan baik.
5. Ibu Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep selaku ketua penguji dan Ibu Sri Wahyuningsih, S.ST.M.Keb selaku penguji 2 sidang KTI yang telah memberikan bimbingan kepada penulis terkait perbaikan KTI.
6. Semua pihak yang secara tidak langsung telah membantu sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan tepat waktu.

Penulis menyadari dalam penyusunan tugas akhir karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 26 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN MOTTO .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN .....	v
LEMBAR PERSETUJUAN.....	vi
LEMBAR PENGESAHAN .....	viii
RINGKASAN .....	ix
SUMMARY .....	xi
PRAKATA.....	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB1 PENDAHULUAN .....	1
1.1Latar Belakang.....	1
1.2Rumusan Masalah .....	3
1.3Tujuan Penulisan.....	3
1.4Manfaat .....	3
1.4.1Manfaat bagi Klien dan Keluarga .....	3
1.4.2Manfaat bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang .....	4
1.4.3Manfaat bagi peneliti selanjutnya .....	4
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	5
2.1Konsep Anak.....	5
2.1.1 Definisi anak .....	5
2.1.2 Tahapan tumbuh kembang anak.....	5
2.1.3 Tumbuh kembang utama pada masa anak dan remaja.....	6
2.1.4 Kebutuhan dasar anak .....	7
2.1.5 Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan .....	8
2.1.6 Perkembangan DDST anak usia 6-12 tahun .....	11
2.2 Konsep Asma .....	12
2.2.1 Definisi asma bronkial .....	13
2.2.2 Klasifikasi .....	13
2.2.3 Etiologi.....	15
2.2.4 Patofisiologi .....	10
2.2.5 Gambaran Klinis .....	17

2.2.6 Pemeriksaan penunjang.....	17
2.2.7 Penatalaksanaan .....	19
2.2.8 Komplikasi .....	20
2.3 Konsep asuhan keperawatan .....	21
2.3.1 Pengkajian keperawatan.....	21
2.3.2 Pemeriksaan fisik .....	23
2.3.3 Masalah Keperawatan .....	24
2.3.4 Intervensi Keperawatan.....	25
2.3.5 Implementasi Keperawatan.....	27
2.3.6 Evaluasi Keperawatan.....	28
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>30</b>
3.1 Desain Penelitian.....	30
3.2 Batasan Istilah .....	30
3.3 Partisipan.....	31
3.4 Lokasi dan Waktu .....	31
3.5 Pengumpulan Data .....	31
3.5.1 Wawancara.....	31
3.5.2 Observasi.....	32
3.5.3 Studi Dokumentasi.....	32
3.5.4 Pemeriksaan Fisik .....	32
3.6 Uji Keabsahan Data.....	33
3.7 Analisa Data .....	33
3.7.1 Pengumpulan Data .....	33
3.7.2 Mereduksi Data .....	34
3.7.3 Penyajian Data .....	34
3.7.4 Kesimpulan .....	34
3.8 Etika Penulisan.....	34
3.8.1 Informes consent .....	34
3.8.2 Anonimity .....	35
3.8.3 Confidentialy.....	35
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBEHASAN</b>	
4.1Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	36
4.1.1 Pengkajian .....	36
4.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	54
4.1.3 Intervensi.....	55
4.1.4 Implementasi .....	57
4.1.5 Evaluasi.....	62

BAB 5 SARAN DAN KESIMPULAN .....	64
5.1 Kesimpulan .....	64
5.2 Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA .....	68

**DAFTAR TABEL**

Tabel 4.1 Identitas Klien .....	36
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	38
Tabel 4.3 Riwayat Kehamilan.....	40
Tabel 4.4 Riwayat DDST .....	41
Tabel 4.5 Riwayat Kesehatan.....	43
Tabel 4.6 Pemeriksaan fisik .....	46
Tabel 4.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	49
Tabel 4.8 Terapi Pengobatan .....	50
Tabel 4.9 Analisa Data klien 1 .....	51
Tabel 4.10 Analisa Data klien 2 .....	52
Tabel 4.11 Batasan Karakteristik .....	53
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan .....	54
Tabel 4.13 Intervensi.....	55
Tabel 4.14 Implementasi .....	57
Tabel 4.15 Evaluasi .....	62



DAFTAR LAMPIRAN

SAP .....70



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Asma merupakan salah satu penyakit yang banyak diderita di masyarakat, mulai dari anak-anak hingga remaja. Asma merupakan gangguan saluran pernafasan yang sangat kompleks, penyakit kronis pada masa anak-anak, yang mengganggu aktifitas sehari-hari dan menyebabkan ketidakhadiran di sekolah. (Sujono & Sukamin, 2009). Asma dapat muncul karena reaksi terhadap faktor pencetus seperti faktor genetik, faktor ekonomi dan faktor lingkungan yang mengakibatkan inflamasi saluran pernafasan atau reaksi hipersensitivitas. Kedua faktor tersebut akan menyebabkan kambuhnya asma dan akibatnya penderita akan kekurangan oksigen sehingga kesulitan bernapas. Inflamasi yang disebabkan oleh asma akan menyebabkan peningkatan hipersensitivitas jalan nafas yang menimbulkan gejala episodik berulang berupa mengi atau wheezing, batuk, dada terasa berat dan sesak nafas terutama pada malam hari. Secara medis, penyakit asma sulit disembuhkan, hanya saja penyakit ini dapat di kontrol dengan cara menghindari faktor pencetus serangan sehingga tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Pada klien anak dengan asma peran orangtua sangat penting terhadap pencegahan kekambuhan asma pada anak, mengingat anak tidak bisa menghindari faktor-faktor pencetus serangan asma seperti alergen. Apabila anak tidak dihindarkan dari faktor alergen maka anak akan mengalami batuk dan sesak nafas. Sesak nafas yang terjadi pada penderita asma terjadi karena berkurangnya jumlah oksigen luar yang masuk saat inspirasi akibat dari penyempitan bronkus yang jika tidak ditangani maka anak akan mengalami sianosis atau bahkan hipoksia (Terri & Susan, 2014).

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2011, 235 juta orang diseluruh dunia menderita asma dengan angka kematian lebih dari 8% di negara-negara berkembang yang sebenarnya dapat dicegah *National Center for Health Statistics* (NCHS) pada tahun 2011, mengatakan bahwa prevalensi asma menurut usia sebesar 9,5% pada anak, dan 8,2% pada dewasa, sedangkan menurut jenis kelamin 70 % laki-laki dan 30 % perempuan. (Rahma, 2015)

Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 mendapatkan hasil prevalensi nasional untuk penyakit asma pada semua umur adalah 4,5%. Prevalensi penyakit asma di Indonesia pada provinsi Jawa Timur di laporkan sebanyak 4.265 penderita yang didapat dari Dinas Kesehatan Jawa Timur 2007 (Oemeti, 2010).

Penderita asma yang terpapar debu, asap rokok, bulu binatang, hawa dingin akan menganggap itu sebagai benda asing (antigen). Anggapan itu yang kemudian memicu dikeluarkannya antibodi yang berperan sebagai respon reaksi hipersensitif sebagai neutropil, basofil dan imunoglobulin E. Masuknya antigen pada tubuh yang memicu reaksi antigen akan menimbulkan reaksi antigen-antibodi yang membentuk ikatan seperti *key and lock* (gembok dan kunci).

Ikatan antigen dan antibodi akan merangsang peningkatan pengeluaran mediator kimiawi seperti histamin, *neutrophil chemotactic slow acting*, epineprin, norepineprin, dan prostaglandin. Peningkatan mediator-mediator kimia tersebut akan merangsang peningkatan permeabilitas kapiler, pembengkakan pada mukosa saluran pernafasan (terutama bronkus). Pembengkakan yang hampir merata pada semua bagian bronkus akan menyebabkan penyempitan bronkus (bronkokonstriksi) dan sesak nafas. Pembengkakan mukosa bronkus juga akan meningkatkan sekresi mukus dan meningkatkan pergerakan silia pada mukosa. Penderita jadi sering batuk dengan produksi mukus yang cukup banyak. Keadaan tersebut dapat menimbulkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang dapat ditandai dengan dispnea, perubahan frekuensi nafas, perubahan pola nafas, suara nafas tambahan, sputum dalam jumlah yang berlebihan. (Sujono & Sukamin, 2009)

Apabila penderita muncul dengan gejala seperti diatas maka tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas diantaranya adalah dengan memantau status pernapasan pasien meliputi frekuensi, kedalaman, irama dan upaya pernapasan. Membantu pasien latihan napas dan batuk efektif, melakukan penghisapan atau suction sesuai indikasi dan melakukan fisioterapi dada. Memberikan posisi yang nyaman untuk anak. Kemudian tindakan kolaboratif yaitu dengan pemberian

oksigen untuk mengurangi sesak yang diderita anak, pemberian obat bronkodilator dan mukolitik melalui inhalasi (Nebulizer). Misalnya pemberian obat flexotid dan ventolin atau flexotid dan bisolvon. Pemberian cairan intravena dan antibiotik Selain dengan terapi obat, dapat juga diberikan terapi edukasi kepada keluarga untuk menghindarkan anak dari faktor pencetus asma seperti debu, hawa dingin dengan cara memberi proteksi seperti masker dan jaket tebal. Selain itu, edukasi kepada keluarga tentang bagaimana mengenal tanda akan terjadi serangan asma, cara memberikan obat bronkodilator sebagai pencegahan bila dirasakan anak akan mengalami serangan asma. (Sujono & Sukamin, 2009)

Berdasarkan masalah di atas peneliti tertarik untuk mengambil studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Asma Bronkial dengan masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Bougenvile RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien anak Asma Bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien anak Asma Bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Bagi Klien dan Keluarga**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu mengatasi masalah dan meningkatkan pengetahuan tentang penanganan asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

#### **1.4.2 Bagi RSUD Dr. Haryoto Lumajang**

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien asma selanjutnya.

#### **1.4.3 Bagi Peneliti selanjutnya**

Dari hasil penelitian dapat digunakan sebagai salah satu data dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang asuhan keperawatan pada pasien anak asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Anak

#### 2.1.1 Definisi Anak

Anak merupakan dambaan setiap keluarga. Selain itu, setiap keluarga juga mengharapkan anaknya kelak bertumbuh kembang optimal (sehat fisik, mental/kognitif, dan sosial), dapat dibanggakan, serta berguna bagi nusa dan bangsa. Sebagai aset bangsa, anak harus mendapat perhatian sejak mereka masih di dalam kandungan sampai mereka menjadi manusia dewasa (Soetjningsih & Ranuh, 2015).

Tumbuh kembang merupakan proses yang berkesinambungan yang terjadi sejak konsepsi dan terus berkembang sampai dewasa. Dalam proses mencapai tumbuh kembang optimal tergantung pada potensi biologik. Tingkat tercapainya potensi biologik seseorang merupakan hasil interaksi antara faktor genetik dan lingkungan bio-fisik-psikososial (biologis, fisik, dan psikososial). Proses yang unik dan hasil akhir yang berbeda-beda memberikan ciri tersendiri pada setiap anak. (Soetjningsih & Ranuh, 2015)

#### 2.1.2 Tahapan tumbuh kembang anak (Soetjningsih & Ranuh, 2015)

Tahapan	Umur
1. Masa pranatal ( <i>prenatal periode</i> ) : 1) Masa zigot/mudigah 2) Masa embrio 3) Masa janin/fetus : 1) Masa fetus dini 2) Masa fetus lanjut	konsepsi-2 minggu 2 minggu-8/12 minggu 9/12 minggu-lahir 9 minggu-trimester ke 2 Trimester akhir kehamilan
2. Masa bayi ( <i>infancy</i> ) 1) Masa neonatal : 1) Masa neonatal dini 2) Masa neonatal lanjut 2) Masa pascaneonatal	Usia 0-1 tahun Usia 0-28 hari 0-7 hari 8-28 hari 29 hari-12/15 bulan
3. Masa anak dini ( <i>toddlerhood</i> )	Usia 1-3 tahun
4. Masa prasekolah ( <i>preschool/early childhood</i> )	Usia 3-6 tahun
5. Masa sekolah : 1) Masa praremaja ( <i>middle and late childhood</i> ) 2) Masa remaja ( <i>adolescence</i> ) : 1) Masa remaja dini ( <i>early adolescence</i> )	Usia 6-18/20 tahun Usia 6-11 tahun Usia 11-13 tahun

2) Masa remaja pertengahan ( <i>middle adolescence</i> )	Usia 14-17 tahun
3) Masa remaja lanjut ( <i>late adolescence</i> )	Usia 17-20 tahun

### 2.1.3 Tumbuh kembang utama pada masa anak dan remaja (Soetjiningsih & Ranuh, 2015)

Tahap/umur	Tumbuh kembang utama
Masa pranatal (dari konsepsi sampai lahir)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembentukan struktur tubuh dasar dan organ-organ.</li> <li>2. Pertumbuhan fisik tercepat dalam rentang kehidupan anak,</li> <li>3. Sangat peka terhadap lingkungan.</li> </ol>
Masa bayi dan masa anak dini (lahir sampai umur 3 tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bayi baru lahir masih tergantung pada orang lain, tetapi mempunyai kompetensi.</li> <li>2. Semua pancaindera berfungsi pada waktu lahir.</li> <li>3. Pertumbuhan fisik dan perkembangan motoric berlangsung cepat.</li> <li>4. Mempunyai kemampuan belajar dan mengingat, bahkan pada minggu-minggu pertama kehidupan.</li> <li>5. Kelekatan terhadap orangtua atau benda lainnya sampai akhir tahun pertama.</li> <li>6. Kesadaran diri berkembang dalam tahun kedua.</li> <li>7. Komprehensi dan bahasa berkembang pesat.</li> <li>8. Rasa tertarik terhadap anak lain meningkat.</li> </ol>
Masa prasekolah (3 sampai 6 tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga masih merupakan focus dalam hidupnya, walaupun anak lain menjadi lebih penting.</li> <li>2. Keterampilan motorik kasar dan halus serta kekuatan meningkat.</li> <li>3. Kemandirian, kemampuan mengontrol diri dan merawat diri meningkat.</li> <li>4. Bermain, kreativitas, dan imajinasi menjadi lebih berkembang.</li> <li>5. Perilaku umumnya masih egosentris, tetapi pengertian terhadap pandangan orang lain mulai tumbuh.</li> </ol>
Masa praremaja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teman sebaya sangat penting.</li> </ol>

(6 sampai 12 tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anak mulai berpikir logis,</li> <li>3. Egosentris berkurang.</li> <li>4. Memori dan kemampuan bahasa meningkat.</li> <li>5. Konsep diri tumbuh, yang mempengaruhi harga dirinya.</li> <li>6. Pertumbuhan fisik lambat.</li> </ol>
Masa remaja (12 sampai sekitar 20 tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan fisik cepat dan jelas.</li> <li>2. Maturitas reproduktif dimulai sampai mencapai dewasa.</li> <li>3. Teman sebaya dapat mempengaruhi perkembangan dan konsep dirinya.</li> <li>4. Hubungan dengan orangtua pada umumnya baik.</li> </ol>

#### 2.1.4 Kebutuhan Dasar Anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang, secara umum digolongkan menjadi 3 kebutuhan dasar:

##### a. Kebutuhan fisik-biomedis (ASUH)

Kebutuhan fisik-biomedis meliputi pangan/gizi (kebutuhan terpenting), perawatan kesehatan dasar (antara lain imunisasi, pemberian ASI, penimbangan bayi/anak yang teratur, pengobatan jika sakit), papan/pemukiman yang layak, kebersihan perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kebugaran jasmani, dan rekreasi.

##### b. Kebutuhan emosi/kasih sayang (ASIH)

Pada tahun pertama kehidupan, hubungan yang penuh kasih sayang, erat, mesra, dan selaras antara ibu/pengasuh dan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang optimal, baik fisik, mental, maupun psikososial. Peran dan kehadiran ibu/pengasuh sedini dan selanggeng mungkin akan menjalin rasa aman bagi bayi. Hubungan ini diwujudkan dengan kontak fisik (kulit/tutup mata) dan psikis sedini mungkin, misalnya dengan menyusui bayi secepat mungkin segera setelah lahir (inisiasi dini). Peran ayah dalam memberikan kasih sayang dan menjaga keharmonisan keluarga juga merupakan media yang bagus untuk tumbuh kembang anak. Kekurangan kasih sayang ibu pada tahun-tahun pertama kehidupan mempunyai dampak negatif pada tumbuh kembang anak secara fisik, mental, sosial, emosi, yang disebut *sindrom deprivasi maternal*.



Kasih sayang dari orang tuanya (ayah-ibu) akan menciptakan ikatan yang erat dan kepercayaan dasar (*basic trust*).

c. Kebutuhan akan stimulasi mental (ASAH)

Stimulasi mental merupakan cikal bakal untuk proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental ini merangsang perkembangan mental psikososial: kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral-etika, dan produktivitas. (Soetjiningsih & Ranuh, 2015)

### 2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

a. Faktor internal

Berikut ini adalah faktor-faktor internal yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, yaitu

1) Ras/etnik atau bangsa

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

2) Keluarga

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk, atau kurus.

3) Umur

Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan, dan pada masa remaja.

4) Jenis kelamin

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Akan tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

5) Genetik

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, contohnya seperti kerdil.

6) Kelainan kromosom

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma Down's dan sindroma Turner's.

b. Faktor eksternal

Berikut ini adalah faktor-faktor eksternal yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

1) Faktor prenatal

a) Gizi

Nutrisi ibu hamil terutama pada trimester akhir kehamilan akan memengaruhi pertumbuhan janin.

b) Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti club foot.

c) Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti Aminopterin atau Thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

d) Endokrin

Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hiperplasia adrenal.

e) Radiasi

Paparan radiasi dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental, dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, serta kelainan jantung.

f) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Citomegali virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung kongenital.

g) Kelainan imunologi

Eritoblastosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibody terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk ke dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolysis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kernikthus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

h) Anoksia embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan terganggu.

i) Psikologi ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan serta perlakuan salah atau kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

2) Faktor persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak

3) Faktor pasca persalinan

a) Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

b) Penyakit kronis atau kelainan kongenital

Tuberculosis, anemia, dan kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.

c) Lingkungan fisik dan kimia

Lingkungan yang sering disebut melieu adalah tempat anak tersebut hidup berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif dan zat kimia tertentu (Pb, Merkuri, rokok, dan lain-lain) mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

d) Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangan.

e) Endokrin

Gangguan hormon, misalnya pada penyakit hipotiroid, akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.

f) Sosioekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan serta kesehatan lingkungan yang jelek dan tidaktahuan, hal tersebut menghambat pertumbuhan anak.

g) Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat memengaruhi tumbuh kembang anak.

h) Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan atau stimulasi, khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan mainan, sosialisasi anak, serta keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.

i) Obat-obatan

Pemakaian kortikosteroid jangka panjang akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan. (Adriana, 2013)

#### 2.1.6 Perkembangan DDST anak usia 6-12 tahun

a. Personal Sosial

Pada usia 6-12 tahun anak memasuki tahap perkembangan psikososial yang ke 4 yaitu Industry vs inferiority, anak akan belajar untuk kerja sama dengan bersaing dengan anak lainnya melalui kegiatan yang dilakukan, baik dalam kegiatan akademik maupun pergaulan melalui permainan yang dilakukan bersama. Otonomi mulai berkembang pada anak di fase ini, terutama awal usia 6 tahun dengan dukungan keluarga terdekat. Interaksi sosial lebih luas dengan teman, umpan balik berupa kritik dan evaluasi dari teman atau lingkungannya mencerminkan penerimaan dari kelompok akan membantu anak semakin mempunyai konsep diri yang positif. Perkembangan perilaku sosial anak usia 6-12 tahun anak akan mengembangkan keteampilan dan sifat yang dimilikinya. Anak menggunakan energi fisik dan psikologis yang merupakan media untuk mengeksplorasi pengetahuan dan pengalamannya melalui aktivitas fisik maupun sosialnya. Anak. Pada usia ini anak perempuan lebih menyukai teman dengan jenis kelamin perempuan, dan laki-laki dengan laki-laki.

b. Bahasa

Anak usia 6-12 tahun adalah anak dengan usia sekolah merupakan masa berkembang pesatnya kemampuan mengenal dan menguasai perbendaharaan kata

(vocabulary). Pada awal masa ini, anak sudah menguasai sekitar 25.000 kata, dan pada masa akhir (usia 11-12 tahun) telah dapat menguasai sekitar 50.000 kata. Dengan dikuasainya keterampilan membaca dan berkomunikasi dengan orang lain, anak sudah gemar membaca atau mendengarkan cerita atau bercerita yang bersifat kritis (tentang perjalanan/petualangan, riwayat para pahlawan, dsb). Pada masa ini tingkat berpikir anak sudah lebih maju, dia banyak menanyakan soal waktu dan sebab akibat. Oleh sebab itu, kata tanya yang dipergunakannya pun semula hanya “apa”, sekarang sudah diikuti dengan pertanyaan: “dimana”, “dari mana”, “ke mana”, “mengapa”, dan “bagaimana”.

### c. Motorik

Seiring perkembangan fisiknya yang beranjak matang, maka perkembangan motorik anak sudah dapat terkordinasi dengan baik. Pada masa ini ditandai dengan kelebihan gerak atau aktivitas motorik yang lincah, usia ini merupakan masa yang ideal untuk belajar keterampilan yang berkaitan dengan motorik ini, seperti menulis, menggambar, melukis, mengetik (komputer), berenang, main bola, dan atletik. Perkembangan fisik yang normal merupakan salah satu faktor penentu kelancaran proses belajar, baik dalam bidang pengetahuan maupun keterampilan. Pada masa usia sekolah dasar kematangan perkembangan motorik ini pada umumnya dicapainya, seperti keterampilan untuk menulis, membaca dan menggambar, keterampilan dalam mempergunakan alat-alat olahraga (menerima, menendang, dan memukul), gerakan-gerakan untuk meloncat, berlari, berenang, serta baris-berbaris secara sederhana untuk menanamkan kebiasaan, ketertiban, dan kedisiplinan.

(Kozier, ERB, Berman, & Snyder, 2011)

## 2.2 Konsep Asma

### 2.2.1 Pengertian Asma Bronkial

Asma adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan; penyempitan ini bersifat berulang namun *reversible*, dan di antara episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal. (Nurarif & Kusuma, 2015)

Asma merupakan sindroma klinik yang dihasilkan oleh kombinasi faktor genetik dan lingkungan dengan patogenesisnya. Sebagai *complex genetics* disorder, asma memiliki kolerasi positif dengan riwayat alergi (atopi) di dalam keluarga. (Wahyudi, Fitri Yani, & Erkadius, 2016)

Asma Bronkial adalah suatu peradangan pada bronkus akibat reaksi hipersensitif mukosa bronkus terhadap bahan alergen. Reaksi hipersensitif pada bronkus dapat mengakibatkan pembengkakan pada mukosa bronkus. (Kyle & Carman, 2014)

### 2.2.2 Klasifikasi

a. Asma terbagi menjadi dua yaitu asma bronchial dan asma kardial.

#### 1) Asma Bronkial

Penderita asma bronkial, hipersensitif dan hiperaktif terhadap rangsangan dari luar, seperti debu rumah, bulu binatang, asap, dan bahan lain penyebab alergi. Gejala kemunculannya sangat mendadak, sehingga gangguan asma bisa datang secara tiba-tiba. Jika tidak mendapatkan pertolongan secepatnya, risiko kematian bisa terjadi. Gangguan asma brokial bisa muncul lantaran adanya radang yang mengakibatkan penempitan saluran pernafasan bagian bawah. Penyempitan ini akibat berkerutnya otot polos saluran pernafasan, pembengkakan selaput lendir, dan pembentukan timbunan lendir yang berlebihan. (Nurarif & Kusuma, 2015)

#### 2) Asma Kardial

Asma yang timbul akibat adanya kelainan jantung. Gejala asma kardial biasanya terjadi pada malam hari, disertai sesak nafas yang hebat. Kejadian ini disebut nocturnal paroxymul dyspnea. Biasanya terjadi pada saat penderita tertidur. (Nurarif & Kusuma, 2015)

### 2.2.3 Etiologi

Penyakit asma dapat disebabkan oleh beberapa Faktor :

a. Faktor genetik

Adanya riwayat asma pada keluarga terutama pada ibu, akan meningkatkan risiko anak untuk menderita asma. Hal ini terkait dengan adanya kecenderungan genetik yang diturunkan oleh orang tua untuk bereaksi

terhadap zat-zat yang terdapat di lingkungan (alergen). Reaksi hipersensitivitas terhadap alergen disebut alergi (atopi). (Dharmayanti & Hapsari, 2015)

b. Faktor ekonomi

Status sosial ekonomi rendah akan meningkatkan resiko terjadinya asma yang dikaitkan dengan kondisi rumah yang buruk. Dengan demikian semakin tingginya status sosial ekonomi maka semakin rendah terjadinya asma. Selain itu faktor-faktor yang mempengaruhi yang mempengaruhi tingkat kesehatan antara lain, tersedianya pelayanan kesehatan, keadaan lingkungan yang memadai dan mutu makanan yang dikonsumsi. Penanganan faktor tersebut harus dilakukan secara terarah dan terpadu dengan memperhatikan kondisi sosial ekonomi yang berkaitan

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang dapat memicu terjadinya asma meliputi hirupan debu yang didapatkan di jalan raya maupun debu rumah tangga, hirupan asap kendaraan, asap rokok, asap pembakaran, hirupan aerosol (asap pabrik), perubahan cuaca.

d. Stress yang berlebihan

Stres merupakan suatu kondisi yang muncul akibat terjadinya kesenjangan antara tuntutan yang dihasilkan oleh transaksi antara individu dan lingkungan dengan sumber daya biologis dan psikologis yang dimiliki individu tersebut. Apabila seseorang mengalami stres, hormon stres seperti kortisol akan diproduksi secara berlebihan oleh tubuh sehingga dapat mengakibatkan perubahan imun dan menjadi mudah terkena penyakit (Davison, 2010). Apabila kekebalan tubuh atau imun menurun, berbagai penyakit dan infeksi akan mudah masuk ke dalam tubuh manusia. Sistem kekebalan merupakan pertahanan tubuh melawan penyakit. Kondisi stres akan meningkatkan resiko terkena berbagai jenis penyakit fisik, mulai dari gangguan pencernaan, kardiovaskuler sampai penyakit jantung. Gangguan kardiovaskuler tersebut salah satunya adalah asma bronchial. (Novita, 2014)

#### 2.2.4 Patofisiologi

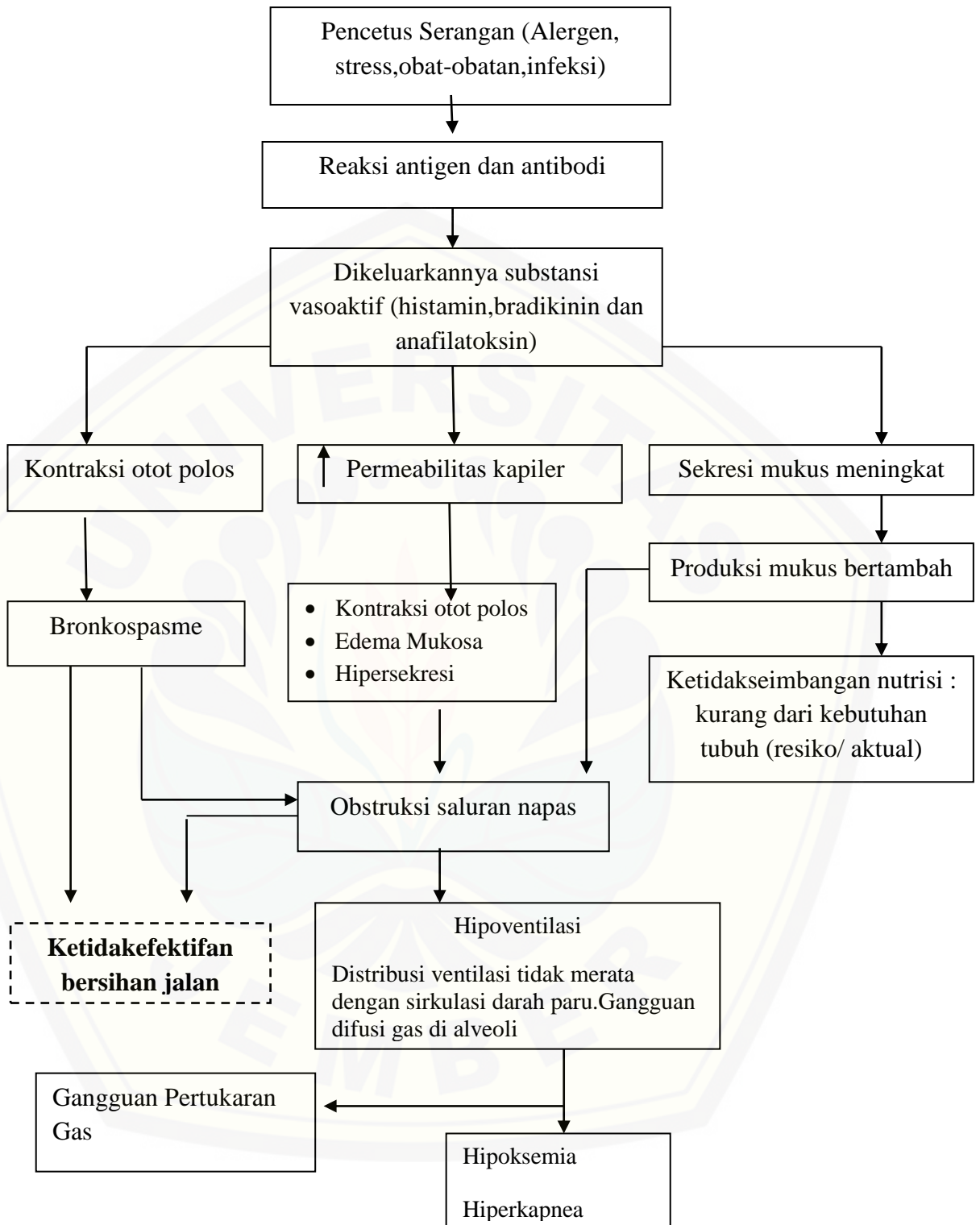
Adanya debu, asap rokok, bulu binatang, hawa dingin terpapar pada penderita. Benda-benda tersebut setelah terpapar ternyata tidak di kenali oleh sistem tubuh penderita sehingga di anggap sebagai benda asing (antigen). Anggapan itu yang kemudian memicu dikeluarkannya antibodi yang berperan sebagai respon reaksi hipersensitif sebagai neutropil, basofil dan imunoglobulin E. Masuknya antigen pada tubuh yang memicu reaksi antigen akan menimbulkan reaksi antigen-antibodi yang membentuk ikatan seperti key and lock (gembok dan kunci).

Ikatan antigen dan antibodi akan merangsang peningkatan pengeluaran mediator kimiawi seperti histamin, neutrophil chemotactic slow acting, epineprin, norepineprin, dan prostaglandin. Peningkatan mediator-mediator kimia tersebut akan merangsang peningkatan permeabilitas kapiler, pembengkakan pada mukosa saluran pernafasan (terutama bronkus). Pembengkakan yang hampir merata pada semua bagian bronkus akan menyebabkan penyempitan bronkus (bronkokonstriksi) dan sesak nafas. Penyempitan bronkus akan menurunkan jumlah oksigen luar yang masuk saat inspirasi sehingga menurunkan oksigen yang ada pada darah. Kondisi ini akan berakibat pada penurunan oksigen jaringan sehingga penderita terlihat pucat dan lemah.

Pembengkakan mukosa bronkus juga akan meningkatkan sekresi mukus dan meningkatkan pergerakan silia pada mukosa. Penderita jadi sering batuk dengan produksi mukus yang cukup banyak. (Sujono & Sukamin, 2009).



## a. Pathway



Gambar 2.4. Patofisiologi Asma Bronkial (Marni, 2014)

### 2.2.5 Gambaran Klinis

Gejala klinis yang muncul pada penderita asma bronkial antara lain :

a. Sesak nafas

Sesak nafas yang di alami penderita asma terjadi setelah berpaparan dengan bahan alergen dan menetap beberapa saat.

b. Batuk

Batuk yang terjadi pada penderita asma merupakan usaha saluran nafas untuk mengurangi penumpukan mukus yang berlebihan pada saluran pernafasan dan partikel asing melalui gerakan silia mukus yang ritmik keluar. Batuk yang terjadi pada penderita asma sering bersifat produktif.

c. Suara pernafasan whezing

Suara ini dapat digambarkan sebagai bunyi yang bergelombang yang dihasilkan dari tekanan aliran udara yang melewati mukosa bronkus yang mengalami pembengkakan tidak merata. Whezing pada penderita asma akan terdengar pada saat eskpirasi.

d. Pucat

Pucar pada penderita asma sangat tergantung pada tingkat penyempitan bronkus. Pada penyempitan yang luas penderita dapat mengalami sianosis karena karbondioksida yang ada lebih tinggi daripada kadar oksigen jaringan.

b. Lemah

Oksigen didalam tubuh difungsikan untuk respirasi sel yang akan digunakan untuk proses metabolisme sel termasuk pembentukan energi yang bersifat aerobik seperti glikolisis. Kalau jumlah oksigen berkurang maka proses pembentukan energi secara metabolik juga akan menurun sehingga penderita mengeluh lemah. (Riyadi & Sukarmin, 2009)

### 2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan Oksimetri Nadi : didapatkan saturasi oksigen dapat turun drastis atau normal selama masa perburukan ringan. Gambaran radiologi pada waktu serangan menunjukkan gambaran hiperinflasi pada paru-paru yakni *tadiolusen* yang bertambah dan pelebaran rongga *intercostalis*, serta diafragma yang

menurun. Akan tetapi bila terdapat komplikasi, maka kelainan yang didapat adalah sebagai berikut :

- 1) Bila disertai dengan bronkitis, maka bercak-bercak dihilus akan bertambah.
  - 2) Bila terdapat komplikasi emfisema (COPD) , maka gambaran radiolusen akan semakin bertambah.
  - 3) Bila terdapat komplikasi, maka terdapat gambaran infiltrate pada paru.
  - 4) Bila terjadi pneumonia mediastinum, pneumotoraks, dan pneumoperikardium, maka dapat dilihat bentuk gambaran radiolusen pada paru-paru.
- b. Radiografi dada : Biasanya terjadi hiperinflasi.
- c. Gambaran radiologi pada waktu serangan menunjukkan gambaran hiperinflasi pada paru-paru yakni radiolusen yang bertambah dan pelebaran rongga intercostalis, serta diafragma yang menurun. Akan tetapi bila terdapat komplikasi, maka kelainan yang didapat adalah sebagai berikut :
- 1) Bila disertai dengan bronkitis, maka bercak-bercak dihilus akan bertambah.
  - 2) Bila terdapat komplikasi emfisema (COPD) , maka gambaran radiolusen akan semakin bertambah.
  - 3) Bila terdapat komplikasi, maka terdapat gambaran infiltrate pada paru.
  - 4) Bila terjadi pneumonia mediastinum, pneumotoraks, dan pneumoperikardium, maka dapat dilihat bentuk gambaran radiolusen pada paru-paru.
- d. Analisa Gas Darah : menunjukkan retensi CO<sub>2</sub> dan hipoksemia.
- e. Uji fungsi paru (*pulmonary function test*, PFT) : dapat sangat berguna dalam menentukan keparahan penyakit, tetapi tidak berguna selama fase serangan akut. Anak berusia 5-6 tahun dapat mematuhi penggunaan spirometri.
- f. *Peak expiratory flow rate* (PEFR) : menurun selama perburukan
- g. Uji alergi : uji kulit atau RAST dapat menentukan pemicu alergi untuk anak yang asma. (Marni, 2014)

### 2.2.7 Penatalaksanaan

#### a. Penatalaksanaan Keperawatan

##### 1) Manajemen Asma

- a) Menghindari anak dari paparan alergen seperti debu, hawa dingin dengan cara memberi proteksi seperti masker.
- b) Mengenali tanda-tanda pada anak jika akan terjadi serangan asma.

##### 2) Manajemen jalan napas

##### 3) Pemantauan pernafasan

Pantau tanda-tanda vital secara teratur terutama pernafasan meliputi frekuensi, kedalaman, irama dan upaya pernafasan.

##### 4) Pengaturan posisi

Atur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada (misalnya, bagian kepala tempat tidur di tinggikan  $45^\circ$  kecuali ada kontraindikasi)

#### b. Penatalaksanaan Kolaboratif

##### 1) Pemberian Oksigen

##### 2) Pemberian obat bronkodilator seperti salbutamol dengan dosis rata-rata yang dapat dipakai 0,1-0,2 mg/kg BB setiap kali pemberian bronkodilator.

##### 3) Pemberian antibiotik seperti ampisilin atau amoksisilin peroral dengan dosis rata-rata yang dapat dipakai 10-20 mg/Kg BB setiap kali pemberian. Antibiotik ini berfungsi mencegah timbulnya penyakit sekunder terutama pada bronkus. Penumpukan sekret yang berlebihan atau gerakan silia yang berlebihan dapat membuat perlukaan pada jaringan mukosa sehingga dapat menjadi mediator pertumbuhan mikroorganisme. (Riyadi & Sukarmin, 2009)

##### 4) Koreksi gangguan asam basa dengan pemberian oksigen dan cairan intravena, untuk mendapatkan konsentrasi yang dapat memenuhi kebutuhan dapat di berikan secara bicanule maupun masker dengan dosis rata-rata 3 liter/menit.

##### 5) Pemberian Kortikosteroid untuk pengontrol jangka panjang. Kortikosteroid oral dan intravena dapat digunakan pada keadaan gawat darurat untuk mengontrol serangan asma atau di gunakan sebagai jembatan untuk terapi inhalasi setelah serangan asma akut berat. Cara yang paling di anjurkan adalah dnegan inhalasi karena dengan cara ini obat akan sampai secara lokal

kejarangan paru yang diperlukan, mengurangi paparan sistemik dan mengurangi resiko efek samping.

c. Penatalaksanaan dan perawatan di rumah

Perawatan pasien asma diberikan ketika bila pasien tidak mendapat serangan asma. Jika pasien tidak sedang mendapat serangan asma, perawatan di tunjukkan untuk mencegah timbulnya serangan asma dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien. Mencegah serangan asma dengan menghilangkan faktor pencetus timbulnya serangan. Pendidikan kesehatan yang diberikan tersebut mengenai :

- 1) Mencegah serangan asma dengan menghilangkan faktor-faktor pencetus, misalnya debu rumah, bau-bau yang merangsang, hawa dingin dan lainnya.
- 2) Keluarga harus mengenal tanda-tanda akan terjadi serangan asma.
- 3) Cara memberikan obat bronkodilator sebagai pencegahan bila dirasakan anak akan mengalami serangan asma. Apakah aerosol / semprot, dan sebagainya serta mengetahui obat mana yang masih efektif bila anak mendapat serangan.
- 4) Menjaga kesehatan anak dengan memberi makanan yang cukup bergizi tetapi menghindari makanan yang mengandung cukup alergen bagi anaknya.
- 5) Kapan anak harus dibawa untuk konsultasi. Persediaan obat tidak boleh sampai habis. Lebih baik jika obat tinggal 1-2 kali pemakaian anak sudah dibawa kontrol ke dokter. Atau jika anak batuk / pilek walaupun belum terlihat sesak nafas harus segera dibawa dibawa berobat.

2.2.8 Komplikasi

Berbagai komplikasi yang mungkin timbul diantaranya :

- a. Status asmatikus adalah setiap serangan asma berat atau yang kemudian menjadi berat dan tidak memberikan respon (refrakter) adrenalin dan atau aminofilin suntikan dapat digolongkan pada status asmatikus. Penderita harus dirawat dengan terapi intensif.
- b. Atelektasis adalah pengerutan sebagian atau seluruh paru-paru akibat penyumbatan saluran udara (bronkus maupun bronkiolus) atau akibat pernapasan yang sangat dangkal.
- c. Hipoksemia adalah tubuh kekurangan oksigen

- d. Pneumotorak adalah terdapatnya udara pada rongga pleura yang menyebabkan kolapsnya paru (obstruksi) saluran nafas karena kantung udara di paru menggelembung secara berlebihan dan mengalami kerusakan yang luas. (Kyle & Carman, 2014)
- d. Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian Keperawatan

#### a. Biodata

Pada pengkajian biodata, identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, status, golongan darah); dan identitas informan (inisial informan, hubungan keluarga, umur, alamat, pekerjaan). Selain itu dapat mengkaji data keterangan klien masuk rumah sakit (tanggal dan waktu masuk rumah sakit, ruangan rawat inap klien, nomor register klien, diagnose medis, tanggal dilakukannya pengkajian).

Biasanya pasien anak yang terserang asma adalah anak usia 1-5 tahun. Kemudian anak laki-laki lebih cenderung beresiko terserang asma dari pada anak perempuan. (Adefri, 2016). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rahma bahwa presentase penderita laki-laki yaitu 70% sedangkan perempuan 30%. (Rahma, 2015)

#### b. Riwayat Kesehatan

##### 1) Keluhan Utama

Keluhan utama yang timbul pada pasien dengan asma adalah Batuk, terutama dimalam hari : batuk menggonggong yang pada awalnya kering, yang menjadi batuk berdahak dengan sputum berbusa. Pernapasan sulit : dispnea saat beraktivitas, napas pendek, nyeri dada atau sesak, dan juga mengi. (Kyle & Carman, 2014)

##### 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Terdapat data yang menyatakan adanya faktor predisposisi timbulnya penyakit ini, diantaranya riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran nafas bagian bawah.

##### 3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dengan asma sering kali didapatkan penyakit keturunan ataupun adanya riwayat alergi pada orang tuanya.

##### 4) Riwayat Penyakit Sekarang

5) Riwayat Penyakit Masa Lalu

- a) Kaji adanya alergi yang diketahui.
- b) Riwayat atopi (Asma, rinitis alergi, dermatitis atopik) di dalam keluarga)
- c) Respons musiman terhadap serbuk sari didalam lingkungan.

6) Riwayat Tumbuh Kembang

7) Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan

Pada pasien dengan asma orangtua biasanya menganggap sebagai penyakit serius karena muncul sesak nafas yang mengganggu aktifitas

8) Pola metabolik nutrisi

Dapat muncul mual dan anoreksia sebagai dampak penurunan oksigen jaringan gastrointestinal. Anak biasanya mengeluh badannya lemah karena penurunan asupan nutrisi, terjadi penurunan berat badan. Pada anak yang mengalami asma pengkajian alergi terhadap makanan perlu di tambahkan, karena alergi terhadap suatu makanan juga dapat menimbulkan reaksi hipersensitifitas.

9) Pola eliminasi

Anak dengan asma jarang terjadi gangguan eliminasi baik buang besar maupun buang air kecil.

10) Pola tidur-istirahat

Data yang sering muncul adalah anak mengalami kesulitan tidur karena sesak nafas. Penampilan anak terlihat lemah, sering menguap, mata merah, anak juga sering menangis pada malam hari karena ketidaknyamanan tersebut.

11) Pola aktivitas-latihan

Anak tampak menurun aktivitas dan latihannya sebagai dampak kelemahan fisik. Anak tampak lebih banyak minta di gendong orangtuanya atau bedrest.

12) Pola kognitif- persepsi

Penurunan kognitif untuk mengingat apa yang pernah disampaikan biasanya sesaat akibat penurunan asupan nutrisi dan oksigen pada otak. Pada

saat di rawat anak tampak bingung kalau ditanya tentang hal-hal yang baru disampaikan.

13) Pola persepsi diri- konsep diri

Tampak gambaran orang tua terhadap anak diam kurang bersahabat, tidak suka bermain, ketakutan terhadap orang lain meningkat.

14) Pola peran- hubungan

Anak tampak malas jika di ajak bicara baik dengan teman sebaya maupun yang lebih besar, anak lebih banyak diam dan selalu bersama dengan orang terdekat (orang tua). (Riyadi & Sukarmin, 2009)

2.3.2 Pemeriksaan fisik

a. Mata: konjungtiva pucat (anemia), konjungtiva sianosis (hipoksemia), konjungtiva terdapat petechial (karena emboli lemak atau endokarditis).

b. Kulit: sianosis perifer, sianosis secara umum, penurunan turgor, edema, dan edema periorbital.

c. Jari dan Kuku

1) Sianosis

2) Clubbing finger

d. Mulut dan Bibir

1) Membran mukosa sianosis

2) Bernapas dengan mengerutkan bibir

e. Hidung

1) Pernapasan dengan cuping hidung

f. Vena Leher

1) Adanya distensi/bendungan

g. Dada

1) Inspeksi

Observasi penampilan umum dan warna kulit anak. Selama perburukan ringan warna kulit anak dapat tetap merah muda. Akan tetapi seiring perburukan kondisi, sianosis dapat terjadi. Upaya pernapasan beragam, biasanya terdapat retraksi ringan atau penggunaan otot bantu pernapasan dan pada akhirnya gerakan kepala naik turun jika tidak ditangani dengan efektif. Anak dapat tampak cemas dan ketakutan atau dapat letargi dan iritabel. Terdengar jelas mengi pada anak. Anak



yang mengalami asma berat dapat memiliki dada tong yang selalu menunjukkan sedikit peningkatan upaya pernapasan. Frekuensi irama, kedalaman dan upaya bernafas antara lain : takipnea, dispnea progresif, pernafasan dangkal. (Kyle & Carman, 2014).

## 2) Auskultasi dan Perkusi

Pengkajian menyeluruh terhadap semua lapang paru sangat penting. Adanya suara napas tambahan mengi (whezing) merupakan penanda utama obstruksi jalan napas dapat beragam diseluruh paru. Dapat juga muncul serak. Suara napas dapat hilang dibasal paru-paru atau seluruh lapang paru. Dada yang tenang pada anak penderita asma dapat menjadi tanda bahaya. Akibat obstruksi jalan napas berat, gerakan udara dapat sangat buruk sehingga whezing dapat tidak terdengar saat auskultasi. Pada pemeriksaan perkusi didapatkan suara hiper-resonan. (Kyle & Carman, 2014).

## 3) Palpasi

Biasanya tidak ada kelainan yang nyata (pada serangan berat terdapat / terjadi pulsus paradoksus).

## h. Integuman

1) Warna : pucat sampai sianosis

2) Suhu

Pada hipertemi kulit teraba panas akan tetapi setelah hipertermi teratasi kulit anak akan teraba dingin

### 2.3.3 Masalah Keperawatan dan Intervensi

a. Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas berhubungan dengan Peningkatan Sputum. (Wilkinson J. M., 2011)

Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau obstruksi saluran nafas guna mempertahankan jalan nafas yang bersih. (Wilkinson J. M., 2011)

Batasan Karakteristik :

Subjektif : Dispnea

Objektif :

1) Suara nafas tambahan (misalnya : *rale,crakle,ronki*, dan mengi)

- 2) Perubahan pada irama dan frekuensi pernafasan.
  - 3) Batuk tidak ada atau tidak efektif
  - 4) Sianosis
  - 5) Kesulitan untuk berbicara
  - 6) Penurunan suara nafas
  - 7) Ortopnea
  - 8) Gelisah
  - 9) Sputum berlebihan
  - 10) Mata terbelalak.
- b. Masalah keperawatan yang lain
- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kekurangan oksigen
  - b. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigen darah
  - c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
  - d. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi. (Riyadi & Sukarmin, 2009)

#### 2.3.4 Intervensi Keperawatan

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan bersihan jalan nafas kembali paten.

b. Kriteria Hasil

Menunjukkan status pernapasan : kepatenan jalan napas, yang dibuktikan oleh indikator :

- 1) Keadaan umum baik
- 2) Tidak terdapat suara nafas wheezing / ronchi
- 3) Menunjukkan jalan napas yang paten
- 4) Anak akan batuk efektif, mampu mengeluarkan secret secara efektif.
- 5) Pada pemeriksaan auskultasi memiliki suara napas yang jernih.
- 6) Irama dan frekuensi nafas dalam rentang normal

- 7) RR dalam batas normal 15-30 x/menit.
- 8) Nadi dalam batas normal 100-120x/menit.

c. Intervensi Mandiri

- 1) Kaji frekuensi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada  
Rasional : Takipnea, pernafasan dangkal dan gerakan dada tak simetris terjadi karena peningkatan tekanan dalam paru dan penyempitan brokus. Semakin sempit dan tinggi tekanan semakin meningkat frekuensi pernafasan.
- 2) Auskultasi area paru, catat area penurunan atau tak ada aliran udara.  
Rasional : Suara mengi mengindikasikan terdaptnya penyempitan bronkus oleh sputum. Penuruna aliran udara terjadi pada area konsolidasi dengan cairan.
- 3) Bantu pasien latihan nafas dan batuk secara efektif.  
Rasional : Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas lebih kecil. Batuk secara efektif mempermudah pengeluaran dahak dan mengurangi tingkat kelelahan akibat batuk.
- 4) Suction sesuai indikasi  
Rasional : Mengeluarkan sputum secara mekanik dan mencegah obsteuksi nafas.
- 5) Lakukan fisioterapi dada  
Rasional : Merangsang gerakan mekanik lewat vibrasi dinding dada supaya sputum mudah bergerak keluar.
- 6) Berikan cairan sedikitnya 1000 ml/hari (kecuali kontraindikasi). Tawarkan air hangat daripada air dingin.  
Rasional : meningkatkan hidrasi sputum . Air hangat mengurangi tingkat kekentalan dahak sehingga mudah dikeluarkan.

d. Kolaborasi

- 1) Terapi obat-obatan bronkodilator dan mukolitik melalui inhalasi (Nebulizer).  
Contoh pemberian obat flexotid dan ventolin atau flexotid dan bisolvon.  
Rasional : Memudahkan pengenceran, pembuangan sekret dengan cepat.
- 2) Berikan obat bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik secara oral (Jika sudah memungkinkan)

Rasional : Mengurangi spasme bronkus, mengencerkan dahak dan mempermudah pengeluaran dahak melalui silia mukus pada saluran pernafasan.

- 3) Berikan cairan tambahan misalnya cairan intravena

Rasional : cairan di perlukan untuk menggantikan kehilangan cairan (termasuk yang tidak tampak) dan memobilisasikan sekret.

- 4) Awasi seri sinar X dada, GDA, nadi oksimetri.

Rasional : Mengevaluasi kemajuan dan efek proses penyakit dan memudahkan pilihan terapi yang diperlukan.

- 5) Kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional : Antibiotik membantu mencegah infeksi sekunder.

- 6) Bronkoskopi bila di indikasikan

Rasional : Kadang-kadang diperlukan untuk membuang perlekatan mukosa. Mengeluarkan sekresi purulen, dan atau mencegah atelektasis.

### 2.3.5 Implementasi Keperawatan

Merupakan langkah keempat tahapan dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat dua jenis tindakan, yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi, perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan. (Hidayat, 2008).

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien anak asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas, tindakan mandiri yang dapat dilakukan meliputi :

- 1) Mengkaji frekuensi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada
- 2) Melakukan pemeriksaan auskultasi area paru, catat area penurunan atau tak ada aliran udara.
- 3) Membantu pasien latihan nafas dan batuk secara efektif.

- 4) Melakukan kolaborasi pemberian nebulizer
- 5) Melakukan fisioterapi dada
- 6) Memberikan cairan sedikitnya 1000 ml/hari (kecuali kontraindikasi).  
Tawarkan air hangat dari pada air dingin.

#### 2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan bahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi antara lain adalah untuk mengakhiri, memodifikasi, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan. (Rohmah & Walid, 2014)

Adapun evaluasi untuk diagnosa ketidakefektifan berihan jalan nafas pada pasien anak asma bronnkial adalah sebagai berikut :

1. Anak akan batuk efektif, mampu mengeluarkan sekret secara efektif
2. Menunjukkan jalan napas yang paten
3. Pada pemeriksaan auskultasi, memiliki suara napas yang jernih.
4. Mempunyai irama dan frekuensi napass dalam rentang normal.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan.

- 1) Tujuan tercapai jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

(Nursalam, 2011).

## BAB 3. METODE PENULISAN

### 3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang dipakai pada karya tulis ini adalah studi kasus. Studi kasus dalam karya tulis ini adalah studi untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien anak yang mengalami Asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di RSUD Dr.Hayoto Lumajang

### 3.2 Batasan Istilah

#### 3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses pelayanan kesehatan yang dilakukan perawat yang dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi guna untuk memenuhi kebutuhan klien baik fisiologis,psiko, maupun sosial.

#### 3.2.2 Klien anak dengan asma bronkial

Klien anak dengan asma bronkial merupakan anak usia 3-12 tahun yang mengalami pembengkakan mukosa bronkus akibat reaksi hipersensitifitas karena terpapar alergen atau adanya faktor genetik yang menyebabkan anak mengalami sesak nafas, batuk, dan di dapatkan adanya suara nafas tambahan whezing / ronchi.

#### 3.2.3 Masalah Keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas

Ketidakefektifan bersihan jalan napas merupakan ketidakmampuan klien dalam mengeluarkan sekret didalam saluran nafas untuk mempertahankan saluran nafas yang bersih. Dengan batasan karakteristik sesak nafas, batuk tidak efektif, terdapat suara nafas tambahan whezing / ronchi, serta adanya sputum berlebih.

### 3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 pasien/klien dengan usia 3-12 tahun yang terdiagnosa medis asma bronkial dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yang dirawat di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang maksimal hari ke 2 yang terdapat minimal 3 batasan karakteristik dan keluarga / orangtua menandatangani informed consent.

### 3.4 Lokasi dan Waktu

Pada studi kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Asma Bronkial dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang bulan April-Mei Tahun 2018 minimal selama 3 hari.

### 3.5 Pengumpulan Data

#### 3.5.1 Wawancara

Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada pasien dan / atau keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi pasien, biasanya juga disebut anamnesa. Anamnesa yang ditanyakan mengenai nama pasien, tempat tinggal, umur, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu meliputi adanya riwayat alergi dan riwayat menderita asma, riwayat penyakit keluarga yaitu adakah riwayat keturunan dari ayah/ibu klien yang menderita asma, dan pengkajian tentang kondisi lingkungan klien yang dapat memicu adanya lergen penyebab kekambuhana asma.

### 3.5.2 Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada anak dengan asma bronkial yang mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Pemeriksaan fisik secara langsung dan menyeluruh mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki.

Dalam melakukan observasi dan pemeriksaan fisik, yaitu pemeriksaan fisik secara umum yaitu :

- 1) (TTV mengkaji tentang kesadaran klien, kecemasan, kegelisahan, kelelahan, suara bicara, denyut nadi, frekuensi pernafasan yang meningkat, penggunaan otot-otot bantu pernafasan, sianosis, batuk dengan lender lengket, dan posisi istirahat klien.)
- 2) Inspeksi (adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernafasan, serta penggunaan otot bantu pernafasan. ).
- 3) Palpasi (kesimetrisan dada, ekspansi, dan taktil fremitus normal.).
- 4) Perkusi (suara normal sampai hipersonor sedang dan diafragma menjadi datar dan rendah.).
- 5) Auskultasi (suara vesikuler, bunyi nafas tambahan terutama wheezing pada akhir ekspirasi.).

### 3.5.3 Studi Dokumentasi

Pengambilan data dimulai dari pasien masuk sampai pasien pulang, berasal dari dokumen perkembangan pasien atau data yang berasal langsung dari pasien dan dari pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien.



### 3.5 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data asma bronkial dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan :

#### 3.6.1 Memperpanjang pengamatan/tindakan

3.6.2 Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti.

### 3.6 Analisis Data

Analisa data dilakukan penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknis analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil intepretasi wawancara mendalam yang akan dilakukan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diintrepretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

#### 3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian diaslin dalam bentuk transkrip (cacatan terstruktur).

### 3.7.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

### 3.7.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilkakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

### 3.7.4 Kesimpulan

Data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

## 3.7 Etika penulisan

Masalah etika dalam penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian (Hidayat, 2007). Masalah etika dalam penelitian keperawatan meliputi:

### 3.8.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Penelitian)

*Informed consent* adalah lembar persetujuan penelitian yang diberikan kepada responden dengan tujuan agar subyek mengetahui maksud dan tujuan serta dampak dari penelitian, dengan prinsip peneliti tidak akan memaksa calon

responden dan menghormati haknya. Partisipan adalah orang yang ikut berperan dalam pengambilan keputusan atau persetujuan. Pada pasien anak yang menjadi partisipan adalah keluarga atau kedua orang tua. Jika partisipan bersedia mereka harus menandatangani hak-hak partisipan.

### 3.8.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur, hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

### 3.8.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya pengelompokan data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2007).

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Simpulan

Mengeksplorasi asuhan keperawatan Asma pada anak A berusia 8 tahun dan anak N berusia 7 tahun dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Bougenvile RS Haryoto Lumajang meliputi :

#### 5.1.1 Pengkajian

Hasil laporan pengkajian didapatkan adalah anak berusia 8 tahun berjenis kelamin perempuan dan berusia 7 tahun laki-laki yang merupakan rentang terhadap terjadinya asma.

#### 5.1.2 Diagnosa

Hasil diagnosa keperawatan didapatkan kedua klien mengalami persamaan dengan teori yang muncul yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan sputum. Masalah keperawatan tersebut sama – sama dapat dilakukan intervensi sesuai teori untuk melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dirumah sakit. Masalah keperawatan tersebut dapat ditemukan pada pengkajian awal masuk rumah sakit. Pemeriksaan fisik menunjang pada masalah keperawatan pada klien. Masalah yang muncul pada klien 1 dan klien 2 terjadi karena faktor keturunan.

#### 5.1.3 Intervensi

Hasil intervensi yang dibuat untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien. Pada dasarnya dilakukan pada teori yang sama khususnya pada anak. Dengan pengenalan yang baik mengenai diagnosa yang tepat dapat direncanakan intervensi yang sesuai sehingga dapat diimplementasikan dalam memberikan asuhan keperawatan dan sesuai dengan sarana dan prasarana yang berada pada RSUD dr.Haryoto Lumajang.

#### 5.1.4 Implementasi

Hasil implementasi keperawatan semua yang dilakukan sudah mengacu pada perencanaan, tetapi tidak semua intervensi dilakukan kembali pada hari berikutnya. Pada kedua klien tidak dilakukan implementasi pemberian posisi semi fowler pada hari kedua dan ketiga karena kedua klien dan orang tua sudah

mengerti dan bisa melakukannya. Selain intervensi tersebut, ada beberapa intervensi lain masih dilakukan pada hari kedua dan ketiga.

#### 5.1.5 Evaluasi

Hasil evaluasi yang didapatkan pada laporan kasus adalah dengan kriteria hasil yang standart yang telah diterapkan selama 3 hari sesuai perencanaan yang dibuat, pada klien 1 dilakukan evaluasi pada tanggal 7 April 2018 dan klien 2 dilakukan evaluasi pada tanggal 8 Mei 2018. Evaluasi 3 hari pada kedua klien sama – sama dilakukan sesuai masalah keperawatan. Sebelum klien pulang penulis melakukan pendidikan kesehatan agar mampu mandiri dalam perawatan dirumah. Evaluasi keperawatan pada klien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhasil dicapai sesuai kriteria hasil yaitu 6 kriteria hasil.

### 5.2 Saran

#### 5.2.1 Bagi Peneliti dan Profesi Keperawatan

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan pengkajian secara optimal dalam melakukan asuhan keperawatan, terutama pada asuhan keperawatan anak dengan asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas agar pemberian asuhan keperawatan dapat diberikan secara maksimal.

#### 5.2.2 Bagi Klien dan Keluarga

Bagi klien dan keluarga agar dapat menjadikan kejadian ini sebagai pelajaran agar kedua orang tua / keluarga lebih intensive lagi dalam mencegah kambuhnya asma pada anak dengan menghindari faktor pencetus serangan asma yang dapat menyebabkan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

DAFTAR PUSTAKA

- Adefri Wahyudi, F. F. (2016). Hubungan Faktor Risiko terhadap Kejadian Asma pada Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas.* , 313.
- Amin Huda Nurarif, d. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: Mediacion.
- Dharmayanti, I., Hapsari, D., & Ahar, K. (2015). Asma Pada Anak di Indonesia : Penyebab dan Pencetus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* , 320-321.
- Dharmayanti, I., Hapsari, d., & Azhar, K. (2015). Asma pada Anak di Indonesia: Penyebab dan Pencetus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , 323-325.
- Herdman, T. H. (2015). *Nanda International, Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. Z. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kyle, T., & Carman, S. (2014). *Buku ajar keperawatan pediatri*. Jakarta: EGC.
- Marni. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Gangguan Pernapasan*. Yogyakarta: Gosyen .
- Nurarif, H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC NOC*. Jogjakarta: Mediacion Jogja.

- Riyadi, S., & Sukarmin. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rohmah, N., & Walid, S. (2014). *Proses Keperawatan: Teori & Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sujono, R., & Sukamin. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Terri, K., & Susan, C. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri*. Jakarta : EGC.
- Wahyudi, A., Fitri Yani, F., & Erkadius. (2016). Hubungan Faktor Risiko Terhadap Kejadian Asma Pada Anak. *Jurnal Kesehatan Andalas* , 313.
- Wilkinson, & Judith, M. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan : diagnosis NANDA, Intervensi NIC, kriteria hasil, NOC*. Jakarta: EGC.
- Soetjningsih, & Ranuh, I. N. (2015). *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Dharmayanti, I., & Hapsari, D. (2015). Asma pada Anak di Indonesia : Penyebab dan Pencetus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* , 232-234.
- Riyadi, Sujono, & Rukarmin. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Anak* . Yogyakarta: Graha Ilmu.
- RSUD dr. Haryoto. (2016). *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang Tahun 2016*. Lumajang: RSUD dr. Haryoto.
- Kozier, ERB, Berman, & Snyder. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik ( Edisi 7, Volume 1)*. Jakarta: EGC