



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DAN Ny. S KLIEN  
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAPAS DI RUANG MELATI RSUD  
dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Ika Kirana Puspitasari  
NIM 152303101047**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DAN Ny. S KLIEN  
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAPAS DI RUANG MELATI RSUD  
dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Diploma 3 Keperawatan  
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh

**Ika Kirana Puspitasari  
NIM 152303101047**

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

## PERSEMBAHAN

Laporan tugas akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Eni Sulistiningsih dan almarhum ayahanda Roy Franciscus Weintre
2. Suami Hengky Jhony Pramata yang selalu mendukung dalam menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir
3. Ibunda Tri Hindarini dan ayahanda Suryadi sebagai mertua yang selalu mendukung dalam menyelesaikan tugas akhir
4. Dewi Wulansari dan Septin Novitasari selaku kakak kandung yang selalu mendukung perjalanan selama perkuliahan hingga akan menyelesaikan laporan tugas akhir
5. Teman – teman perguruan tinggi yang selalu menemani dan mendukung sejak awal perkuliahan hingga akan berakhirnya perkuliahan
6. Seluruh staf, dosen pembimbing dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik dan memotivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi

**MOTO**

“Semangat bisa dipupuk dengan keyakinan dan kepercayaan diri”

(( (El-Banjary, 2014)))\*)

“Orang yang sukses selalu berpikir positif, dan sebaliknya orang yang gagal akan selalu berpikir negatif ”

(( (El-Banjary, 2014)))\*\*)

“Orang yang merasa bahwa dirinya jauh tertinggal dari orang lain, biasanya akan berpikir untuk melakukan pembenahan dan perbaikan diri. Pada saat itu, sedikit demi sedikit semangat anda untuk menjadi lebih baik akan terpacu dengan sendirinya”

(( (El-Banjary, 2014 )))\*\*\*)

---

\*)El-Banjary, M. R. 2014. *Energi Sukses*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

\*\*\*) El-Banjary, M. R. 2014. *Energi Sukses*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

\*\*\*\*)El-Banjary, M. R. 2014. *Energi Sukses*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

**PERNYATAAN**

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Ika Kirana Puspitasari

NIM : 152303101047

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dan Ny. S Klien Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan laporan tugas akhir orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam laporan tugas akhir ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

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

Lumajang, 22 Mei 2018

Yang menyatakan,



Ika Kirana Puspitasari  
NIM 152303101047

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DAN Ny. S KLIEN  
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN  
NAPAS DI RUANG MELATI RSUD  
dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

Oleh

Ika Kirana Puspitasari  
NIM 15.2303101047

Pembimbing:

Dosen Pembimbing

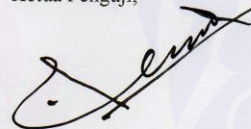
: Syaifuddin Kurnianto, S.Kep., Ners, M.Kep

**PENGESAHAN**

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dan Ny. S Klien Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Kamis  
Tanggal : 31 Mei 2018  
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



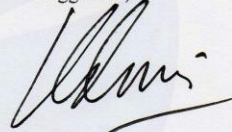
Zainal Abidin, A.Md.Kep, S.pd., M.Kes  
NIP 198001312008011007

Anggota I,



Ns. Laili Nur Azizah, S.Kep., M.Kep  
NIP 197510042008012016

Anggota II,



Syaifuddin Kurnianto, S.Kep., Ners., M.Kep  
NRP 760017253

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi  
D3 Keperawatan Universitas Jember



Ns. Nurul Hayati, S.Kep., MM.  
NIP 196506201987032008

RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan Pada Ny. M dan Ny. L Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018;**Ika Kirana Puspitasari; 152303101047; 2018; 112 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Asma merupakan masalah kesehatan dunia yang serius dan dapat mempengaruhi semua kelompok usia mulai dari anak-anak sampai dengan dewasa serta memiliki banyak dampak buruk dan dapat mempengaruhi kualitas hidup penderitanya. Salah satu patogenesis manifestasi klinis asma yang paling utama yaitu adanya suatu proses inflamasi pada saluran nafas akibat paparan alergen dan dipengaruhi oleh determinan genetik yang menyebabkan inflamasi kronik pada saluran napas sehingga dapat terjadi penyempitan pada jalan napas, penumpukan mukus atau lendir pekat secara berlebih bahkan obstruksi jalan napas, dengan adanya ketidakmampuan batuk secara efektif maka pada pasien asma dapat timbul masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

Penelitian ini menggunakan metode laporan kasus terhadap 2 klien asma dengan diagnosa keperawatanketidakefektifan pembersihan jalan nafas. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi terhadap klien asma.

Hasil penelitian yang dilakukan penulis di RSUD dr. Haryoto Lumajang pada proses keperawatan yaitu tahap pengkajian menunjukkan adanya Suara nafas tambahan (misalnya, *rale*, *crackle*, *ronki dan mengi*), perubahan pada irama dan frekuensi pernapasan, sianosis, kesulitan untuk berbicara, penurunan suara nafas, gelisah, sputum berlebih, mata terbelalak, orthopnea. Intervensi yang dilakukan pada pasien asma yaitu batuk efektif dan latihan pernafasan pursed lip rebreathing

Pelaksanaan batuk efektif dan latihan pernafasan pursed lip rebreathing dilakukan sebanyak 1 kali sehari oleh penulis dengan waktu kurang lebih, batuk efektif 15 menit dalam 5 kali pengulangan dan latihan pernafasan pursed lip rebreathing 6 menit dalam 2 kali pengulangan.

Hasil terhadap tindakan yang sudah dilakukan kepada kedua klien adalah penurunan suara nafas tambahan, frekuensi nafas dalam batas normal, batuk berkurang dan pola nafas efektif

Rekomendasi bagi penulis selanjutnya yaitu dalam mengajarkan batuk efektif dan latihan pernafasan pursed lip rebreathing perlu penambah waktu atau hari untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan yaitu tidak ditemukan suara nafas tambahan pada saat diauskultasi, pola nafas inefektif, pasien menunjukkan kenyamanannya (tidak gelisah).



## SUMMARY

**Nursing Care in NY. M and NY. S Asthma With Ineffective Nursing Problem Airway Cleaning In Room Jasmine dr. Haryoto Lumajang Year 2018;** Ika Kirana Puspitasari; 152303101047; 2018; 112 pages; Faculty of Nursing University of Jember.

Asthma is a serious world health condition that can affect every individual including children. It can give many bad influence and can also affect the individual's quality of life. The main asthma clinical manifestation pathogenesis is the presence of inflammation in the respiratory tract due to allergen exposure. Moreover, the chronic inflammation in the respiratory tract is caused by genetic determinant. Thus, it can create constriction in the respiratory tract. Furthermore, Excessive concentrated mucus can also obstruct the respiratory tract. Asthma patients' inability to cough effectively can lead to ineffective airway clearance.

Case report method is used in this research. Interview, physical examination and observation is employed to collect the data.

The research result, which is done by the author in RSUD dr. Haryoto Lumajang on the nursing proses, revealed the presence of additional respiratory sounds (*rale, crackle, rhonchi and stridor*). Furthermore, the change in the respiratory rhyme and frequency, cyanosis, difficulty to speak, breathing sound decrement, anxiety, excessive sputum, round-eyed and orthopnea are discovered. Interventions that are done to the asthma patients, namely effective cough and pursed lip breathing exercise.

The implementation of pursed lip breathing exercise and effective cough are done once a day by the author. The effective cough took about 15 minutes in 5 repetition, and pursed lip rebreathing exercise took about 6 minutes in 2 repetition.

The results of the implementations that have been done to both clients are the decrement of additional respiratory sounds, normal breathing frequency, less cough and effective breathing pattern.

Recommendations for the author hereafter is to add more time or day in teaching effective cough and pursed lip breathing exercise to achieve the desired outcomes classification, which is the absence of additional respiratory sounds at the time of diaphragm auscultation, ineffective breathing pattern and calmness (patients indicate comfort).

## PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dan Ny. S Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung atau tidak langsung maka Laporan Tugas Akhir ini tidak dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, disampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh Hasan, M. Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM., selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember
4. Ir. Agus Widarto, MM. Selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang
5. dr. Indrayudi Kresna Wardhana selaku Direktur RSUD dr Haryoto Lumajang
6. Ibu Siti Fitria, S.Kep., Ners., Selaku Kepala Ruang Melati di RSUD dr Haryoto Lumajang yang telah memberikan ijin dalam pengambilan pasien
7. Bapak Zainal Abidin, A.Md.Kep., S.pd., M.Kes., selaku ketua penguji
8. Ns. Laili Nur Azizah, S.Kep., M.Kep., selaku anggota penguji 1
9. Bapak Syaifuddin Kurnianto, S.Kep.,Ners, M.kep., selaku pembimbing KTI dan anggota penguji 2 yang selalu mendukung dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah hingga pembuatan laporan tugas akhir
10. Ibu Primasari Mahardika S.Kep., Ners., M.Kep., selaku pembimbing akademik yang selalu mendukung penulis dalam proses perkuliahan hingga dalam penyelesaian laporan tugas akhir
11. Staf ruang baca Universitas Jember Prodi D3 Keperawatan Kampus Lumajang yang telah membantu dan menyediakan referensi buku yang dibutuhkan.

12. Ny M dan Ny S yang telah berkenan menjadi responden pada laporan kasus ini

Dengan terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempurnanya Laporan Tugas Akhir ini dan diucapkan terima kasih.

Lumajang, 22 Mei 2018

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>RINGKASAN/SUMMARY</b> .....	viii
<b>PRAKATA</b> .....	x
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xv
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xvii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	3
<b>1.3 Tujuan Penulisan</b> .....	4
<b>1.4 Manfaat Penulisan</b> .....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
<b>2.1 Konsep Penyakit</b> .....	5
2.1.1 Definisi Asma .....	5
2.1.2 Pemicu Asma .....	5
2.1.3 Patofisiologi .....	9
2.1.4 Manifestasi Asma .....	13
2.1.5 Klasifikasi Derajat Asma .....	15
2.1.6 Komplikasi .....	16
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang .....	17
2.1.8 Algoritma Penatalaksanaan Terapi .....	18
<b>2.2 Konsep Asuhan Keperawatan</b> .....	26
2.2.1 Pengkajian .....	26
2.2.2 Diagnosa .....	31
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	33
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	33
<b>BAB 3. METODE KEPERAWATAN</b> .....	35
<b>3.1 Desain Penulisan</b> .....	35
<b>3.2 Batasan Istilah</b> .....	35
3.2.1 Asuhan Keperawatan .....	35
3.2.2 Pasien Dengan Asma .....	36
3.2.3 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas .....	36
<b>3.3 Partisipan</b> .....	36

<b>3.4 Lokasi dan Waktu</b> .....	36
<b>3.5 Pengumpulan Data</b> .....	37
3.5.1 Wawancara.....	37
3.5.2 Pemeriksaan Fisik dan Observasi .....	37
3.5.3 Studi Dokumentasi.....	38
<b>3.6 Etika Penulisan</b> .....	38
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	40
<b>4.1 Gambaran Lokasi Penulisan</b> .....	40
<b>4.2 Karakteristik Pasien</b> .....	40
<b>4.3 Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan</b> .....	40
4.3.1 Pengkajian.....	60
4.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	63
4.3.3 Intervensi Keperawatan .....	65
4.3.4 Implementasi Keperawatan.....	69
4.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	77
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	82
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	82
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	82
5.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	82
5.1.3 Intervensi Keperawatan .....	82
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	82
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	82
<b>5.2 Saran</b> .....	83
5.2.1 Bagi Penulis .....	83
5.2.2 Bagi Perawat .....	83
5.2.3 Bagi Keluarga dan Klien.....	83
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	84
<b>LAMPIRAN</b> .....	90

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Penilaian Derajat Serangan Asma.....	15
2.2 Pengkajian Untuk Menentukan Beratnya Asma .....	16
2.3 Step Pemberian Pengobatan Asma.....	22
2.4 Saran Pengguna.....	31
2.5 Intervensi Keperawatan.....	32
4.1 Identitas klien .....	41
4.2 Riwayat Penyakit .....	41
4.3 Pola fungsi kesehatan.....	44
4.4 Pemeriksaan Fisik .....	51
4.5 Diagnosa Medis.....	60
4.6 Analisa Data .....	60
4.7 Diagnosa keperawatan .....	63
4.8 Intervensi keperawatan .....	65
4.9 Implementasi keperawatan .....	69
4.10 Evaluasi keperawatan.....	77

**DAFTAR GAMBAR**

2.3 Patofisiologi Asma.....	10
2.9 Algoritma Tatalaksana Terapi Asma .....	17



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
3.1 Jadwal penyelenggaraan proposal dan karya tulis ilmiah .....	90
3.2 Informed Consent.....	92
4.1 Standar Operasional Prosedur .....	97
4.2 Satuan Acara Penyuluhan .....	99
4.3 Leaflet .....	103
4.7 Batasan karakteristik .....	105
4.10 Lembar Konsultasi .....	106



**DAFTAR SINGKATAN**

AGD	: Analisis Gas Darah
AINS	: Anti Inflamasi Non Steroid
APE	: Arus Puncak Ekspirasi
ECP	: Eosinophil Cationic Protein
EIA	: <i>Exercise-Induced Asthma</i> (Asma Imbas Olahraga)
EPO	: Eosinophil Peroxidase
FEV1	: Forced Expiratory Volume in one second
FVC	: Forced Vital Capacity
HRB	: Hiper-Reaktif Bronkus
LTC4	: Leukonutrien C4
MBP	: Major Basic Protein
PAF	: Platelet-Activating Factor
PEF	: Peak Expiratory Flow
PGD2	: Prostaglandin D2
VEP1	: Volume Ekspirasi Paksa detik 1
VH APE	: Variabelitas Harian Arus Puncak Ekspirasi

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Asma merupakan masalah kesehatan dunia yang serius dan dapat mempengaruhi semua kelompok usia mulai dari anak-anak sampai dengan dewasa serta memiliki banyak dampak buruk dan dapat mempengaruhi kualitas hidup penderitanya (Runtuwene *et al.*, 2016; Juhariyah, Djajalaksana, Sartono, dan Ridwan, 2012). Salah satu patogenesis manifestasi klinis asma yang paling utama yaitu adanya suatu proses inflamasi pada saluran nafas akibat paparan alergen dan dipengaruhi oleh determinan genetik yang menyebabkan inflamasi kronik pada saluran napas sehingga dapat terjadi penyempitan pada jalan napas, penumpukan mukus atau lendir pekat secara berlebih bahkan obstruksi jalan napas. (Nugroho dan Kristiani, 2011; Widodo dan Djajalaksana, 2012; Resti, 2014; Lorensia dan Amalia, 2015).

Ketika penderita asma tidak mampu untuk melakukan bersihan sekret atau obstruksi yang terjadi pada jalan napas guna mempertahankan jalan napas yang bersih akan memunculkan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas (Wilkinson dan Ahern, 2015). Ketidakefektifan bersihan jalan napas pada pasien asma akan memberikan dampak terhadap penurunan nilai VEP<sub>1</sub> (Volume Ekspirasi Paksa detik 1) hingga 53,6 %, APE hingga 48, 56% dan kenaikan VH APE ( Variabelitas Harian Arus Puncak Respirasi) hingga 31,21 % dari nilai normal (Juhariyah, Djajalaksana, Sartono, dan Ridwan, 2012). Perubahan nilai kapasitas pernapasan pada penderita asma akan mengakibatkan penderita mengalami kesulitan bernapas dan gangguan pertukaran gas didalam paru-paru yang mengakibatkan timbulnya sianosis, kelelahan, apatis, merasa lemah bahkan dapat menyebabkan kematian (Nugroho dan Kristiani, 2011; Isselbacher, 2015).

Asma adalah salah satu penyakit kronis tersering dan saat ini mengenai sekitar 300 juta orang di seluruh dunia. Prevalensi asma kerap meningkat di negara-negara maju dalam 30 tahun terakhir tetapi kini tampaknya telah stabil, dengan kisaran 10-12% orang dewasa dan 15% anak yang mengidap penyakit ini (Bernes, 2015). Data penderita asma di Amerika diperkirakan 4 % hingga 5 %

dari total populasinya, sekitar separuh kasus timbul sebelum usia 10 tahun dan sepertiga kasus lainnya terjadi sebelum usia 40 tahun, pada usia anak-anak terdapat predisposisi laki-laki atau perempuan 2:1 yang kemudian menjadi sama pada usia 30 tahun (McFadden, 2015). Prevalensi asma di Indonesia mencapai 4,5 % dengan Sulawesi Tengah merupakan provinsi dengan prevalensi tertinggi di Indonesia mencapai 7,8%. Sedangkan di Jawa Timur prevalensi kejadian asma mencapai 5,1 % (Risksedas, 2013). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang didapatkan data bahwa selama tahun 2016 terdapat 30 pasien asma. Pada periode bulan Januari – Mei 2017 jumlah pasien asma yang dirawat di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang adalah sebanyak 7 pasien.

Asma melibatkan proses peradangan kronis yang menyebabkan edema mukosa, sekresi mukus, peradangan saluran nafas (M, Black, & Hawks, 2014). Proses tersebut terjadi ketika seseorang yang memiliki asma terpapar oleh faktor alergen atau faktor pemicu lainnya seperti perubahan suhu, bau-bauan menyengat, tertawa, stres dan menangis. Alergen atau akibat faktor pemicu lainnya yang masuk akan merangsang limfosit  $\beta$  untuk memproduksi imunoglobulin E (IgE). IgE akan melekat pada sel mast dan basofil dinding bronkus sehingga mengakibatkan degranulasi sel mast (Dinaryanti, Megawati Wulan Sri, & dkk, 2017). Degranulasi sel mast menyebabkan terlepasnya histamin yaitu suatu *slow-reacting substance of anaphylaxis*, kinin dan leukonutrien (Djojodibroto, 2016).

Histamin terikat pada tempat-tempat reseptor dalam bronkus yang besar tempat substansi ini menyebabkan pembengkakan pada otot polos hal ini akan menyebabkan membran mukosa mengalami inflamasi, iritasi, dan pembengkakan, sedangkan leukonutrien akan melekat pada tempat reseptor dalam bronkus yang lebih kecil dan menyebabkan pembengkakan lokal otot polos. Leukonutrien juga menyebabkan prostaglandin bermigrasi melalui aliran darah ke dalam paru-paru dan dalam organ ini, prostaglandin meningkatkan efek kerja histamin. Histamin menstimulus membran mukosa untuk mensekresi mukus secara berlebihan dan selanjutnya membuat lumen bronkus menjadi sempit, sel-sel gobet mensekresi

mukus yang sangat lengket dan sulit dibatukkan keluar sehingga pasien semakin batuk, memperdengarkan bunyi ronki serta mengi bernada tinggi dan mengalami distres pernapasan yang bertambah berat dan selanjutnya edema mukosa dan sekret yang kental sehingga banyak tertimbun yang mengakibatkan bersihan jalan napas tidak efektif (Hartanto, 2014).

Asuhan Keperawatan komperhensif sangat diperlukan untuk upaya mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu dapat dilaksanakan dengan mempertahankan posisi nyaman untuk memfasilitasi pernafasan dengan posisi semi fowler, latihan pernafasan seperti pernafasan abdomen atau pernafasan dengan mendorong bibir, meningkatkan efektivitas upaya batuk dengan cara batuk efektif dan dukungan cairan sistemik sesuai kebutuhan pasien (Elsevier, 2016). Dalam menunjang keberhasilan tindakan mandiri perawat tersebut, perawat harus mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi terhadap penyakit asma, yaitu Agonis beta, Bronkodilator, antagonis leukotrien, inhibitor enzim *fosfodiesterase* tipe 4, obat-obatan anti inflamasi serta humidifikasi tambahan seperti nebulizer ultrasonik dan humidifier aerosol. Dengan adanya kombinasi tindakan mandiri dan kolaborasi tersebut, diharapkan dapat mengurangi bronkokonstriksi terhadap penumpukan jumlah sputum yang berlebih, meredakan edema jalan napas bronkial dan meningkatkan ventilasi paru sehingga bersihan jalan napas efektif (Hartanto, 2014; Dinaryanti, Megawati Wulan Sri, dan dkk, 2017). Dari latar belakang yang telah dijelaskan diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan keperawatan pada pasien asma dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif.”

## 1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Asma dengan Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018?

### **1.3 Tujuan Penulisan**

Melaporkan Asuhan Keperawatan pada pasien Asma dengan Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

### **1.4 Manfaat Penulisan**

#### **1.4.1 Bagi Institusi Terkait**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk standart operasional prosedur atau meningkatkan mutu layanan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pada pasien asma

#### **1.4.2 Bagi Penulis**

Penulisan laporan kasus ini diharapkan untuk menjadi sarana pembelajaran guna meningkatkan layanan mutu keperawatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas layanan asuhan keperawatan pada klien asma yang mengalami masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas

#### **1.4.3 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien asma dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

#### **1.4.4 Bagi Pasien dan Keluarga**

Pasien dan keluarga diharapkan mampu mengetahui gambaran secara umum tentang penyakit asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas beserta perawatan yang benar bagi penderita agar mendapatkan perawatan yang tepat dalam keluarganya

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Definisi

Asma adalah penyakit saluran nafas ditandai oleh peningkatan daya responsif percabangan trakeobronkial terhadap berbagai jenis stimulus (Isselbacher *et al*, 2015). Asma adalah suatu penyakit heterogen dengan interaksi berbagai yaitu faktor genetik yang meliputi predisposisi genetik, atopi, dan hipersensitivitas saluran napas dan faktor lingkungan yang meliputi alergen dalam rumah, alergen luar rumah, pajanan di tempat kerja, perokok pasif, infeksi saluran napas (Loscanzo, 2016).

Asma biasa dikenal sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan adanya *wheezing* (mengi) intermiten yang timbul sebagai respon akibat paparan terhadap suatu zat iritan atau alergen. Secara fisiologis asma merupakan kaskade kompleks kondisi dan interaksi yang dapat mengakibatkan obstruksi aliran udara akut, meningkatkan produksi mukus, hiperreaktivitas bronkus dan inflamasi jalan napas. Masing-masing interaksi tersebut dan gejala klinis yang muncul dapat sedikit berbeda antara satu individu dengan lainnya dan derajat keparahannya dapat bervariasi pada individu yang sama akibat perbedaan lingkungan fisiologis internal dan faktor eksternal. Interaksi fisiologis inilah yang mengakibatkan timbulnya *wheezing* dan kesulitan bernafas yang dialami oleh penderita (Clark, 2013).

### 2.2 Pemicu Asma

#### 2.2.1 Alergen

Alergen yang terhirup mengaktifkan sel mast yang mengikat Imunoglobulin E (IgE) untuk secara langsung melepaskan berbagai mediator bronkokonstriktor, menyebabkan respons dini yang dapat diatasi dengan bronkodilator. Pemberian alergen eksperimental sering diikuti oleh respons tipe lambat berupa edema saluran napas dan respons peradangan akut disertai peningkatan *eosinofil* dan *neutrofil* yang tidak dapat dilawan dengan bronkodilator. Alergen tersering yang memicu asma adalah spesies *Dermatophagoides*, dan pajanan di lingkungan

menyebabkan gejala kronis derajat rendah yang berlangsung sepanjang tahun. Alergen tersering lainnya berasal dari kucing dan hewan peliharaan lain, serta kecoa. Alergen lain, termasuk serbuk sari rerumputan dan tanaman, *reguced*, serta spora jamur bersifat musiman. Serbuk sari biasanya lebih menyebabkan rinitis alergi daripada asma, tetapi pada keadaan badai bulir-bulir serbuk sari mengalami kerusakan dan partikel-partikelnya mungkin bertebaran dan memicu kekambuhan asma berat (*thunderstorm asthma*) (Loscanzo, 2016).

### 2.2.2 Infeksi Virus

Infeksi saluran napas atas oleh virus misalnya rinovirus, *respiratory syncytial virus*, dan *koronavirus* merupakan pemicu tersering kekambuhan asma berat dengan virus mungkin menginvasi sel epitel saluran napas atas dan bawah. Mekanisme virus-virus ini menyebabkan kekambuhan masih belum diketahui pasti, tetapi terjadi peningkatan peradangan saluran napas disertai peningkatan jumlah *eosinofil* dan *neutrofil*. Terdapat bukti terjadinya penurunan produksi interferon tipe I oleh sel epitel pasien asma yang menyebabkan peningkatan kerentanan terhadap infeksi virus-virus ini serta respons peradangan yang lebih berat (Loscanzo, 2016)

### 2.2.3 Obat-Obatan

Beberapa obat dapat memicu asma. Penyakit adrenergik beta sering memperburuk asma secara akut, dan pemakaian obat golongan ini dapat mematikan. Mekanismenya belum jelas tetapi kemungkinan besar diperentari oleh peningkatan bronkokonstriksi kolinergik. Semua obat golongan penyekat beta harus dihindari dan bahkan penyekat  $\beta_2$  selektif atau topikal (mis. Obat tetes mata timolol) dapat membahayakan. *Angiotensin-converting enzyme inhibitor* secara teoritis dapat berbahaya karena menghambat pemecahan kinin yang bersifat bronkokonstriktor, tetapi obat-obat ini jarang memperburuk asma, dan batuk khas yang ditimbulkannya tidak lebih sering pada pengidap asma dibandingkan bukan pengidap asma. Aspirin dapat memperburuk asma pada sebagian pasien (Loscanzo, 2016)

#### 2.2.4 Olahraga

Olahraga sering menjadi pemicu asma, terutama pada anak. Mekanismenya berkaitan dengan hiperventilasi, yang meningkatkan osmolaritas cairan yang melapisi saluran napas dan memicu pelepasan mediator sel mast, menyebabkan bronkokonstriksi. Asma imbas olahraga (*Exercise-Induced Asthma*, EIA) biasanya dimulai setelah olahraga selesai dan pulih spontan dalam waktu sekitar 30 menit. EIA lebih parah pada cuaca dingin kering daripada kondisi panas lembab. Karena itu, serangan ini lebih sering pada jenis olahraga seperti lari lintas alam dalam cuaca dingin, bermain ski, dan hoki es daripada berenang. Serangan dapat dicegah dengan pemberian agonis  $\beta_2$  dan antileukotrien sebelumnya, tetapi paling baik dicegah dengan pemberian teratur KSI, yang mengurangi populasi sel mast permukaan yang diperlukan untuk respons ini (Loscanzo, 2016)

#### 2.2.5 Faktor Fisis

Udara dingin dan hiperventilasi dapat memicu asma melalui mekanisme yang sama seperti olahraga. Tertawa juga dapat menjadi pemicu. Banyak pasien melaporkan memburuknya asma pada cuaca panas dan ketika cuaca berubah. Sebagian pengidap asma memburuk jika terpajan ke parfum atau bau yang menyengat tetapi mekanisme respons ini belum jelas (Loscanzo, 2016)

#### 2.2.6 Makanan

Tidak banyak bukti yang mendukung bahwa reaksi alergi terhadap makanan menyebabkan meningkatnya gejala asma, meskipun banyak pasien percaya bahwa gejala mereka dipicu oleh jenis makanan tertentu. Diet eksklusif biasanya gagal mengurangi frekuensi serangan. Sebagian makanan misalnya kerang dan kacang-kacangan mungkin memicu reaksi anafilaktik yang dapat mencakup mengi. Pasien dengan asma imbas aspirin mungkin memperoleh manfaat dari diet bebas salisilat tetapi hal ini sulit dipertahankan. Bahan tambahan tertentu mungkin memicu asma. Metabisulfit yang digunakan sebagai pengawet makanan, dapat memicu asma melalui pelepasan gas sulfur dioksida di lambung. tartazin, suatu bahan pewarna kuning untuk makanan, dipercayai dapat menjadi pemicu asma tetapi bukti yang meyakinkan masih terbatas (Loscanzo, 2016)



### 2.2.7 Polusi Udara

Meningkatkan kadar sulfur dioksida, ozon, dan nitrogen oksida di udara juga berkaitan dengan peningkatan gejala asma (Loscanzo, 2016)

### 2.2.8 Faktor Pekerjaan

Beberapa bahan yang ditemukan di tempat kerja mungkin berfungsi sebagai *sensitizer*, seperti telah dibahas di atas, tetapi juga dapat memicu gejala asma. Asma akibat kerja ditandai oleh timbulnya gejala ketika bekerja yang mereda pada akhir pekan dan liburan. Jika pajanan dapat dihindari dalam 6 bulan pertama gejala, biasanya terjadi pemulihan sempurna. Gejala yang terlalu lama menyebabkan perubahan saluran napas irreversible dan karenanya, deteksi dini dan penghindaran merupakan hal penting (Loscanzo, 2016)

### 2.2.9 Faktor Hormon

Beberapa wanita memperlihatkan perburukan asma prahaid yang kadang sangat parah. Mekanismenya belum sepenuhnya dipahami tetapi diduga berkaitan dengan penurunan progesteron dan pada kasus-kasus yang parah mungkin membaik dengan pemberian progesteron dosis tinggi atau *gonadotrophin releasing factor*. Tirotoksikosis dan hipotiroidisme dapat memperburuk asma, meskipun mekanismenya belum dipastikan (Loscanzo, 2016)

### 2.2.10 Refluks Gastroesofagus

Refluks gastroesofagus sering terjadi pada pasien asma karena ditingkatkan oleh bronkodilator. Meskipun refluks asam dapat memicu refleks bronkokonstriksi, hal ini jarang menyebabkan gejala asma, dan terapi antirefluks tidak dapat mengurangi gejala asma pada pasien (Loscanzo, 2016)

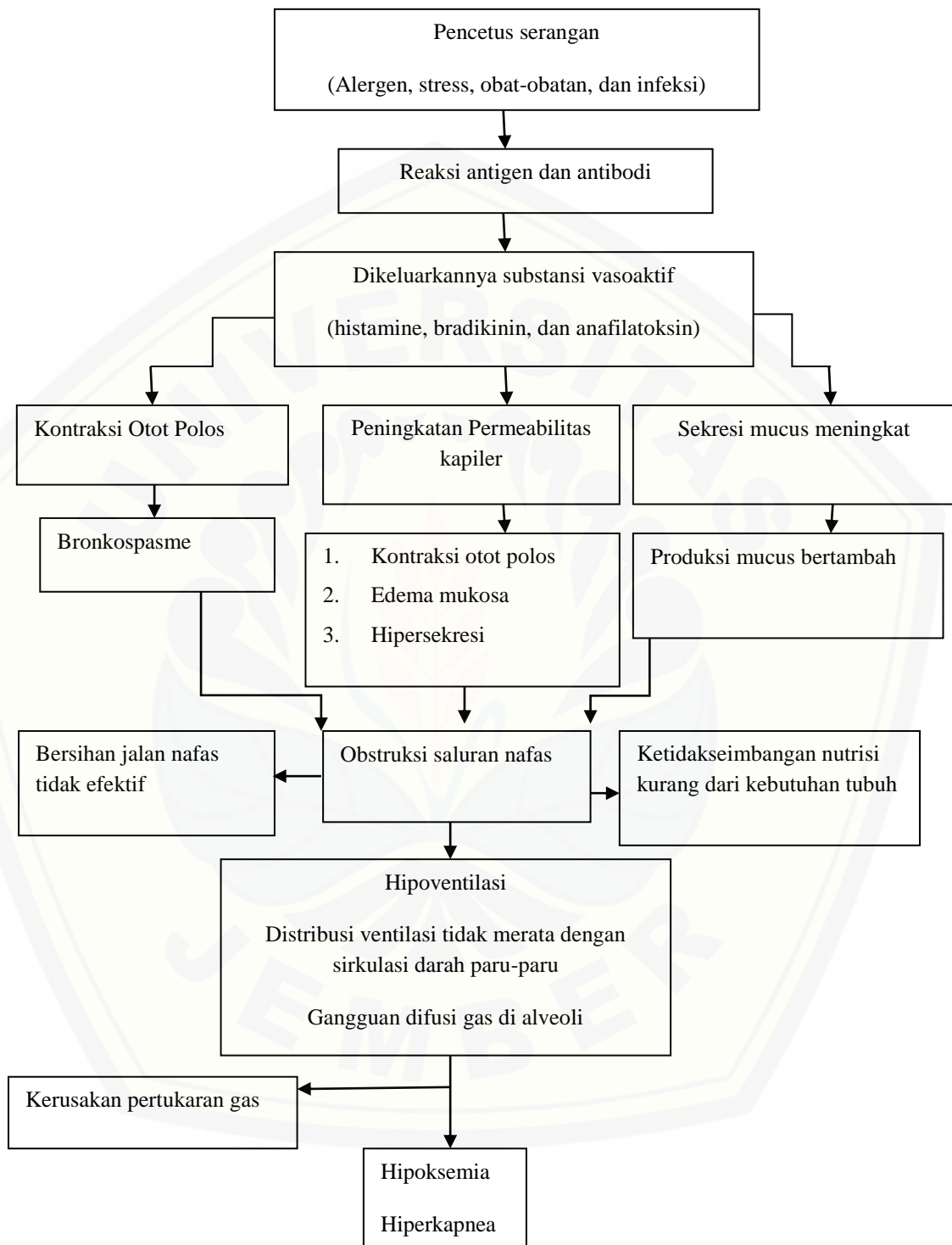
### 2.2.11 Stres

Banyak pengidap asma melaporkan perburukan gejala jika mereka mengalami stres. Tidak diragukan lagi bahwa faktor psikologis dapat memicu bronkokonstriksi melalui jalur-jalur refleks kolinergik. Anehnya, stres yang sangat berat seperti duka cita biasanya tidak memperburuk, dan bahkan dapat meringankan gejala asma (Loscanzo, 2016)

### 2.2.12 Faktor Keturunan

Tampak jelas bahwa adanya faktor genetik memudahkan seseorang untuk mendapatkan penyakit asma. Predisposisi pada orang-orang tertentu untuk mendapatkan asma didasarkan atas adanya kecenderungan hiper-reaktivitas bronkus (HRB) , mengingat bahwa HRB bisa dipicu oleh begitu banyak faktor, diperkirakan bukan hanya satu gen saja yang dapat menimbulkannya. Perlu diingat, bahwa seseorang mempunyai predisposisi untuk asma karena memang mempunyai keturunan keluarga asma, selama yang bersangkutan bebas dari semua faktor penyebab maupun pencetus, orang tersebut tidak akan menderita asma. (secara genetik, walaupun orang memiliki gen atau gen-gen yang membuatnya rentan terhadap asma, kalau ia tidak terpajan terhadap stimulus yang tepat dan dengan “dosis” yang cukup kuat, gen-gen tersebut tetap tak akan terekspresikan) (Danusantoso, 2014)

### 2.3 Patofisiologi



Gambar 2.3 Patofisiologi Asma (Sumber : Somantri, 2012)

## 2.4 Manifestasi Klinis

Gejala asma terdiri atas triad dispnea, batuk dan mengi; gejala yang disebutkan terakhir ini kerap kali dianggap sebagai gejala yang disebut terakhir ini kerap kali dianggap sebagai gejala yang harus ada (*sine qua non*). Pada bentuk yang paling khas, asma merupakan penyakit episodik dan keseluruhan tipe gejala tersebut terdapat bersama-sama. Pada awal awitan, pasien akan mengalami rasa tertekan di daerah dada yang sering disertai dengan batuk nonproduktif. Respirasi terdengar kasar dan suara mengi pada kedua fase respirasi semakin menonjol, ekspirasi memanjang dan pasien sering memperlihatkan gejala takipnea, takikardia, serta hipertensi sistolik yang ringan. Paru dengan cepat mengalami overinflasi dan diameter anteroposterior toraks meningkat. Jika serangannya berat atau berlangsung lama, suara pernapasan *adventisial* mungkin menghilang dan suara mengi memiliki nada yang sangat tinggi. Selanjutnya, otot aksesoris terlihat sangat aktif dan kerap kali timbul denyut nadi paradoksial. Kedua tanda ini ternyata sangat berguna untuk menunjukkan intensitas obstruksi. Dengan adanya salah satu dari kedua tanda di atas, fungsi paru cenderung mengalami gangguan yang lebih bermakna jika dibandingkan dengan keadaan tanpa kedua tanda tersebut. Kita harus memperhatikan bahwa terjadinya denyut nadi paradoksial dan digunakannya otot aksesorius bergantung pada timbulnya tekanan intratorakal negatif yang luas. Jadi, bilamana pernapasan pasien menjadi dangkal, tanda ini bisa tidak terdapat sekalipun keadaan obstruksinya cukup berat. Tanda dan gejala lain pada penyakit asma merupakan cerminan yang kurang sempurna untuk berbagai perubahan fisiologik yang terdapat sehingga jika kita hanya bergantung pada tidak adanya keluhan subjektif atau bahkan pada hilangnya tanda mengi sebagai titik akhir dalam menghentikan terapi untuk serangan yang akut, sejumlah besar penyakit residual akan terabaikan (Isselbacher *et al*, 2015).

Berhentinya episode asma kerap kali ditandai dengan batuk yang menghasilkan lendir atau mukus yang lengket seperti benang yang liat dan kerap kali berbentuk silinder dari saluran napas bagian distal (*Spiral Curschmann*) yang jika diperiksa dengan mikroskop, kerap kali memperlihatkan sel eosinofil serta *kristal Charcot-*

*Leyden*. Dalam situasi yang ekstrem, gejala mengi dapat berkurang dengan nyata atau bahkan menghilang sama sekali, gejala batuk sepenuhnya menjadi tidak efektif dan pasien mungkin memperlihatkan corak pernapasan tipe bernapas pendek-pendek (*gaspings*). Gambaran ini menunjukkan adanya penyumbatan mukus yang luas dan asfiksia yang membakat. Bantuan ventilasi dengan alat mekanisme mungkin diperlukan. Atelektasis akibat sekret yang kental kadang-kadang dapat terjadi pada serangan asma. Komplikasi lainnya seperti pneumothoraks spontan atau pneumomediastinum jarang terjadi. Yang tidak begitu khas, seorang pasien asma dapat mengeluhkan serangan batuk nonproduktif atau dispneawaktu kerja (*dyspnoe d'effort*) yang intermitte. Berbeda dengan keadaan asmatik lainnya, jika pasien ini diperiksa dalam perodesimptomatiknya, suara pernapasannya cenderung normal tetapi ia dapat memperdengarkan suara mengi setelah melakukan ekspirasi sekuatnya secara berkali-kali dan dapat memperlihatkan gangguan ventilasi yang dinamik jika diperiksa didalam laboratorium. tanpa adanya kedua gejala diatas, tes provokasi bronkus mungkin diperlukan untuk membuat diagnosis. (Isselbache *et al*, 2015)

Pada serangan asma, klien mengalami kesulitan bernapas dan memerlukan usaha untuk bernapas. Tanda usaha untuk bernapas antara lain napas cuping hidung, bernapas melalui mulut, dan penggunaan otot bantu pernapasan. Sianosis merupakan gejala lanjutan (M.Black & Hawks, 2014)

Pada auskultasi biasanya didapatkan mengi (*wheezing*), terutama pada ekspirasi. Tidak terdengannya mengi pada klien asma dengan distres napas akut merupakan pertanda buruk. Hal tersebut mengindikasikan saluran napas yang mengecil berkonstriksi terlalu kuat sehingga tidak ada udara yang dapat melewatinya. Klien tersebut membutuhkan intervensi medis agresif secepatnya. Gejala tambahan lain yang dapat ditemukan pada spasme bronkus adalah batuk berkelanjutan dalam upaya untuk mengeluarkan udara dan membersihkan saluran pernapasan (M.Black & Hawks, 2014)

## 2.5 Klasifikasi Derajat Asma

Klasifikasi tahapan penyakit asma berdasarkan keparahan penyakit pada pasien tertera pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1 Penilaian Derajat Serang Asma

Parameter	Ringan	Sedang	Berat	Ancaman Henti Nafas
Aktivitas	Berjalan	Berbicara	Istirahat	
Bicara	Kalimat	Penggal kalimat	Kata-kata	
Posisi	Bisa berbaring	Lebih suka duduk	Duduk bertopeng lengan	
Kesadaran	Mungkin teragitasi	Biasanya teragitasi	Biasanya teragitasi	Kebingungan
Mengi	Sedang, sering, hanya pada akhir ekspirasi	Nyaring sepanjang ekspirasi dan inspirasi	Sangat Nyaring, terdengar tanpa stetoscop	Sulit atau tidak terdengar
Sesak nafas	Minimal	Sedang	Berat	
Otot Bantu Nafas	Biasanya tidak	Biasanya Ya	Ya	Gerakan paradoks thorakoabdominal
Retraksi	Dangkal, retraksi interkostal	Sedang, ditambah retraksi supertermal	Dalam ditambah nafas cuping hidung	Dangkal atau hilang
Laju nafas	Meningkat	Meningkat	Meningkat	Menurun
Pulsus paradoksus	Tidak ada < 10 mmHg	Ada 10-20 mmHg	Ada > 20 mmHg	Tidak ada, tanda kelelahan otot nafas
PEFR atau FEV1	% nilai dugaan	% nilai dugaan		
Pra broncodilator	>60%	<40%		
	>80%			
Pasca broncodilator		<60% respons <2 jam		

Parameter	Ringan	Sedang	Berat	Ancaman Henti Nafas
SaO <sub>2</sub> (%)	>95%	91-95%	<90%	
PaO <sub>2</sub>	Normal (biasanya tidak perlu diperiksa)	>60 mmHg	<60 mmHg	
PaCO <sub>2</sub>	<45 mmHg	<45 mmHg	>45 mmHg	

Sumber : Suprpto I. (2013)

Tabel 2.2 Pengkajian untuk Menentukan Beratnya Asma

Mnifestasi Klinis	Skor 0	Skor 1
Menurunnya toleransi beraktivitas	Ya	Tidak
Penggunaan otot nafas tambahan, adanya retraksi interkostalis	Tidak ada	Ada
<i>Wheezing</i>	Tidak ada	Ada
RR per menit	<25	>25
Nadi permenit	< 120	>120
Teraba pulsus paradoksus	Tidak ada	Ada
Puncak <i>Expiratory Flow Rate</i> (L/menit)	>100	<100

Sumber : Soemantri (2008)

## 2.6 Komplikasi

### 2.6.1 Status Asmatikus

Keadaan spasme bronkiolus berkepanjangan yang mengancam jiwa yang tidak dapat dipulihkan dengan pengobatan dapat terjadi pada beberapa individu. Pada kasus ini, kerja pernapasan sangat meningkat apabila kerja pernapasan meningkat, kebutuhan oksigen juga meningkat karena individu yang mengalami serangan asma tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen normalnya, individu semakin tidak sanggup memenuhi kebutuhan oksigen yang sangat tinggi yang dibutuhkan untuk berinspirasi dan berekspirasi melawan spasme bronkiolus, pembengkakan bronkiolus, dan mukus yang kental. Situasi ini dapat menyebabkan pneumothoraks akibat besarnya tekanan untuk melakukan ventilasi.

Apabila individu kelelahan, dapat terjadi asidodid respiratorik, gagal nafas, dan kematian (Corwin, 2009).

#### 2.6.2 Gagal Napas

Mekanisme gagal napas pada penderita asma yaitu berupa hipoventilasi alveolar karena bronkospasme membatasi aliran udara ekspirasi. Apabila serangan berlanjut atau bertambah parah dapat pula terjadi gangguan difusi yang disebabkan oleh edema dan penyumbatan jalan napas kecil oleh mukus. Tekanan darah dan frekuensi nadi tinggi akibat dari respon terhadap stress dari sistem simpatik dan kecemasan, dari hasil AGD (Analisis Gas Darah) menunjukkan asidosis respiratori, hipoksia, dan mulai terjadi retensi karbon dioksida karena kadar karbon dioksida pada batas tertinggi dari rentang normal, perubahan ini terjadi karena ventilasi yang buruk (Chang, Daly, & Elliot, 2010).

### 2.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Loscanzo (2016) pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan berbagai pengukuran objektif fungsi paru, yaitu :

#### 2.7.1 Uji Fungsi Paru

Spirometri sederhana sudah dapat memastikan keterbatasan aliran udara berupa penurunan FEV<sub>1</sub> (Forced Expiratory Volume in one second) , rasio FEV<sub>1</sub> atau FVC (Forced Vital Capacity) , dan PEF (Peak Expiratory Flow). Sifat reversible dibuktikan oleh peningkatan > 12% dan 200 mL FEV<sub>1</sub>, 15 menit setelah inhalasi agonis  $\beta$ 2 kerja singkat atau pada sebagian pasien setelah 2-4 minggu pemberian kortikosteroid oral (prednison atau prednisolon 30-40 mg per hari). Pengukuran PEF dua kali sehari dapat memastikan variasi diurnal obstruksi aliran udara. Grafik aliran-volume memperlihatkan penurunan arus puncak dan berkurangnya aliran ekspirasi maksimal. Tes-tes fungsi paru lebih lanjut jarang diperlukan, tetapi *pletismografi* seluruh tubuh menunjukkan peningkatan resistansi saluran nafas dan mungkin memperlihatkan peningkatan kapasitas paru total dan volume residu. Difusi gas biasanya normal tetapi mungkin terjadi peningkatan ringan pemindahan gas-gas pada sebagian pasien.



### 2.7.2 Tes Hematologik

Tes darah jarang diperlukan. IgE serum total dan IgE spesifik terhadap alergen yang dihirup (*Radioallergosorbent Test*, RAST) dapat diukur pada sebagian pasien

### 2.7.3 Pencitraan

Foto rongent thoraks biasanya normal tetapi pada pasien dengan sakit berat mungkin ditemukan hiperinflasi paru. Saat eksaserbasi, mungkin terdapat tanda-tanda pneumothoraks. Bayangan pada paru biasanya menandakan pneumonia atau *infiltrat eosinofilik* pada pasien dengan *aspergilosis bronkopulmonal*. CT beresolusi tinggi mungkin menunjukkan bagian-bagian bronkiektasis pada pasien dengan asma berat, dan mungkin terjadi penebalan dinding bronkus, tetapi perubahan-perubahan ini tidak bersifat diagnostik untuk asma.

### 2.7.4 Uji Kulit

Uji tusuk kulit (*skin prick test*) terhadap alergen inhalasi umum positif pada asma alergik dan negatif pada asma intrinsik, tetapi tidak membantu dalam diagnosis. Respons kulit yang positif mungkin berguna untuk mendorong pasien melakukan tindakan-tindakan untuk menghindari alergen

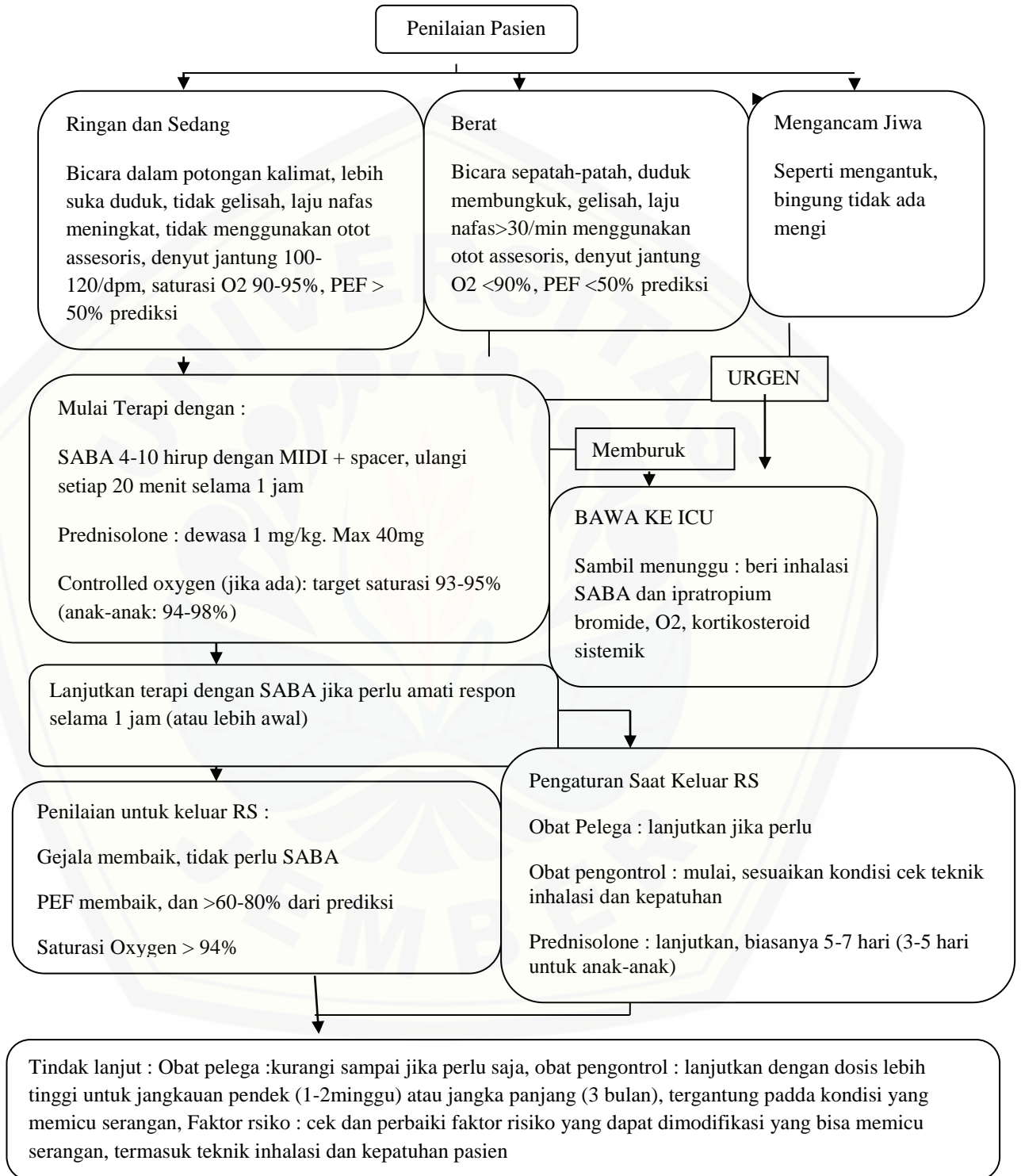
### 2.7.5 Ekshalasi Nitrat Oksida

Ekshalasi NO kini tengah digunakan sebagai tes noninvasif untuk mengukur peradangan eosinofilik di saluran nafas. Kadarnya yang meningkat pada asma berkurang oleh kortikosteroid inhalasi, sehingga mungkin dapat digunakan sebagai tes kepatuhan pengobatan. Pemeriksaan ini juga mungkin berguna dalam membuktikan kurang adekuatnya terapi anti inflamasi

## 2.8 Alogaritma tatalaksana terapi

Menurut Ikawati (2016) pengobatan asma terdiri dari beberapa langkah yang tergantung pada klasifikasi keparahan serangan asma. Kontrol terhadap gejala asma harus dicapai secepat mungkin, untuk itu pengobatan dapat dimulai pada tahap yang paling tepat terhadap keparahan gejalanya. Kondisi pasien dapat dibedakan menjadi tiga kategori yaitu ringan-sedang, berat, dan mengancam jiwa,

pengobatan yang tepat dan cepat harus diperhatikan dalam pemberian serangan asma dan hal ini dapat dilihat dari gambar dibawah ini



Gambar 2.9 Algoritma Tatalaksana Terapi Asma (Sumber : Ikawati, 2016)

## 2.9 Penatalaksanaan Terapi

### 2.9.1 Penatalaksanaan Non Farmakologi

Terapi non farmakologi meliputi 2 komponen utama, yaitu edukasi pada pasien atau yang merawat mengenai berbagai hal tentang asma, dan kontrol terhadap faktor-faktor pemicu serangan. Berbagai pemicu serangan antara lain adalah debu, polusi, merokok, olahraga, perubahan temperatur secara ekstrim, termasuk penyakit-penyakit yang sering mempengaruhi kejadian asma seperti rinitis, sinusitis, *gastroesophageal reflux disease* (GERD), dan infeksi virus. Untuk memastikan macam alergen pemicu serangan pasien, maka direkomendasikan untuk mengetahui riwayat kesehatan pasien serta uji kulit (*skin test*), jika penyebab serangan sudah diidentifikasi, pasien perlu diedukasi mengenai berbagai cara mencegah dan mengatasi diri dalam serangan asma. Edukasi kepada pasien juga meliputi pengetahuan tentang patogenesis asma, bagaimana mengenal pemicu asmanya dan mengenal tanda-tanda awal keparahan gejala, cara penggunaan obat yang tepat, dan bagaimana memonitor fungsi paru-parunya. Selain itu juga dapat dilakukan fisioterapi napas, vibrasi dan perkusi thoraks, dan batuk yang efisien (Ikawati Z., 2008)

Olahraga dapat mempresipitasi penyempitan jalan napas pada sebagian besar pasien asma. Respons pasien terhadap olahraga merupakan alat diagnostik yang penting pada kasus dengan kecurigaan asma. Melakukan olahraga berat dapat menginduksi gejala asma yang jika terjadi pada situasi klinis dapat dipantau dan didokumentasikan. Asma yang diinduksi oleh olahraga merupakan masalah yang bermakna dan dianjurkan saat ini adalah untuk mengonsumsi agonis  $\beta_2$  profilaksasi sekitar 5-15 menit sebelum kejadian dan kemudian mengulanginya jika diperlukan untuk mengurangi gejala apapun yang muncul (Hasianna, 2008)

Alergen dapat memicu serangan asma dan meningkatkan morbiditas asma. Hal ini harus dipertimbangkan pada setiap peninjauan ulang tata laksana asma seorang pasien. Identifikasi alergen putatif harus dilakukan dengan menggali riwayat medis yang terinci, dan melakukan uji alergi jika mungkin. Setelah identifikasi alergen yang memicu asma pasien, rencana tata laksana harus

menggunakan metode untuk menghilangkan, meminimalkan atau menghindari alergen spesifik. Beberapa alergen yang umum adalah tungau debu rumah, serpihan kulit hewan, serbuk sari, dan spora (Hasianna, 2008)

### 2.9.2 Penatalaksanaan Farmakologi

Menurut Ikawati (2016) asma merupakan penyakit kronis, sehingga membutuhkan pengobatan yang perlu dilakukan secara teratur untuk mencegah kekambuhan. Berdasarkan penggunaannya, maka obat asma terbagi dalam tiga golongan yaitu :

#### a. Obat pengontrol

Digunakan secara rutin untuk terapi pemeliharaan atau pencegahan kekambuhan. Golongan obat ini dapat mengurangi inflamasi saluran nafas, mengontrol gejala dan mengurangi risiko kekambuhan dan penurunan fungsi paru. Beberapa obat yang digunakan untuk terapi pemeliharaan antara lain inhalasi steroid,  $\beta_2$  agonis aksi panjang, sodium kromoglikat atau kromolin, nedokromil, modifier leukotrien, dan golongan metil ksantin.

#### b. Obat pelega (*reliever*)

Digunakan bila perlu untuk meredakan gejala pada saat eksaserbasi atau kekambuhan asma, termasuk pada saat terjadi perburukan gejala asma. Golongan obat ini direkomendasikan juga untuk mencegah bronkokonstriksi akibat olahraga. Pengurangan kebutuhan penggunaan obat pelega merupakan tujuan penatalaksanaan asma dan menjadi ukuran keberhasilan terapi asma, karena berarti pasien semakin jarang kambuh. Obat yang sering digunakan untuk terapi pelega adalah suatu bronkodilator ( $\beta_2$  agonis aksi cepat, *antikolinergik*, *metilksantin*), dan kortikosteroid oral (sistemik).

#### 1) Obat tambahan untuk pasien dengan asma berat

Digunakan jika pasien mengalami gejala yang menetap (persisten) dan mengalami eksaserbasi walaupun sudah mendapatkan terapi pengontrol yang optimal dengan dosis tinggi. Juga digunakan untuk mengatasi faktor-faktor resiko yang bisa dimodifikasi. Termasuk obat golongan ini adalah antagonis leukotrien, *omalizumab* (anti IgE)

### 2.9.2 Penatalaksanaan asma kronis (terapi pemeliharaan)

Untuk menatalaksana asma kronis, disarankan pendekatan yang disebut *stepwise approach* yang ditujukan untuk membantu menentukan keputusan klinik disesuaikan dengan kondisi pasien. GINA 2015 menyarankan pemberian terapi pemeliharaan secara regular dimulai sesegera mungkin setelah pasien terdiagnosa asma. Hal ini didasarkan pada berbagai *evidences*, antara lain bahwa : Inisiasi yang lebih awal dengan inhalasi steroid dosis rendah pada pasien asma memberikan perbaikan fungsi paru yang lebih besar daripada jika diberikan pada saat gejala sudah terjadi lebih dari 2-4 tahun. Satu penelitian menunjukkan bahwa setelah lebih dari 2-4 tahun, akan dibutuhkan dosis inhalasi steroid yang lebih besar dan perbaikan fungsi paru yang dicapai lebih rendah.

a. Pasien yang tidak menggunakan inhalasi steroid dan mengalami kekambuhan yang lebih berat lebih cepat mengalami perburukan fungsi paru dibandingkan dengan mereka yang telah memulai terapi lebih dahulu. Pemilihan terapi pemeliharaan awal bagi pasien didasarkan pada kondisi pasien. Respon pasien harus diamati dan dinilai. Jika pasien sudah mencapai kontrol asma yang baik, terapi dapat diturunkan (*stepped down*). Sebaliknya jika pasien sudah mendapatkan terapi tetap tetapi tidak terkontrol baik, sementara teknik inhalasi sudah benar, kepatuhan sudah tinggi, dan lingkungan sudah terkontrol, maka terapi perlu ditingkatkan (*stepped up*).

Tabel 2.3 Step Pemberian Obat Asma

STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5
	ICS Dosis Rendah	Dosis Rendah ICS/LABA	Sedang-tinggi ICS/LABA	Rujuk untuk terapi tambahan e.g. anti-IgE
ICS dosis rendah	Leukotriene receptor antagonis (LTRA) Teofilin dosis rendah	ICS dosis sedang/tinggi ICS dosis rendah +LTRA (atau +teofilin)	Tambahan tiotropium ICS dosis tinggi+LTRA (atau teofilin)	Tambah Tiotropium Tambah ICS dosis rendah
SABA jika perlu atau ICS/formoterol dosis rendah				

Sumber : Ikawati (2016)

#### b. Prinsip pendekatan berbasis tahap (*Stepwise Approach*)

##### 1) Meningkatkan tahap terapi asma (*Stepping up*)

Asma merupakan kondisi yang dapat bervariasi, sehingga penyesuaian terapi secara periodik perlu dilakukan.

##### a) Terapi meningkat (step up) selama 2-3 bulan :

Pada pasien tidak berespon terhadap terapi awal, mungkin diperlukan peningkatan terapi, namun demikian, perlu dipastikan dahulu bahwa gejala memang karena asmanya, sedangkan teknik inhalasi, kepatuhan, dan kontrol terhadap faktor resiko sudah baik. Respon diamati selama 2-3 bulan. Jika tidak ada memberikan respon yang baik, maka terapi harus diturunkan dan diberikan terapi alternatifnya.

##### b) Terapi meningkat dalam jangka pendek (1-2 minggu)

Pada kondisi tertentu seperti musin alergi atau infeksi virus, mungkin diperlukan peningkatan dosis inhalasi steroid selama 1-2 minggu

##### c) Penyesuaian hari ke hari

Pasien yang mendapatkan resep kombinasi budesonid atau formoterol atau beklometaso atau formoterol sebagai terapi pemeliharaan dan terapi pelega, dapat melakukan penyesuaian dosis tergantung kondisinya, sampai tetap meneruskan terapi pemeliharaannya. Jika dirasakan gejala asmanya meningkat, dosis obat

dapat dinaikkan, jika gejala sudah reda, dosis kembali pada dosis terapi pemeliharaan.

c. Penurunan terapi (*stepping down*)

Jika kontrol asma sudah tercapai dan terpelihara selama 3 bulan dan fungsi paru telah stabil, terapi bisa secara bertahap dikurangi tanpa menimbulkan kekambuhan. Tujuan penurunan terapi adalah agar pasien mendapatkan terapi yang minimum tetapi efektif, sehingga dapat meminimalkan biaya dan potensi efek samping obat, selain itu agar pasien juga tetap berobat secara teratur tanpa perlu khawatir efek samping dan biaya. Penurunan terapi bersifat individual dari pasien yang satu dengan yang lain, sehingga perlu diperhatikan faktor resiko dan kondisi pasien sebelum memutuskan penurunan terapi. Penurunan yang terlalu jauh atau cepat dapat meningkatkan resiko terjadinya kekambuhan.

### 2.9.3 Pertimbangan Khusus Pemberian Terapi Asma

Menurut Loscanzo (2016) terdapat pertimbangan khusus pemberian asma yaitu sebagai berikut :

a. Asma Sensitif Aspirin

Sebagai kecil (1-5%) pengidap asma mengalami perburukan dengan aspirin dan inhibitor COX lainnya, meskipun hal ini jauh lebih sering ditemukan pada kasus yang berat dan pada pasien yang sering menjalani rawat inap. Asma sensitif aspirin adalah subtype asma yang biasanya didahului oleh rinitis perennial (bukan musiman) dan polip hidung pada pasien nonatopik dengan penyakit awitan lambat. Aspirin bahkan dalam dosis kecil, akan memicu rinorea, iritasi konjungtiva, kemerahan wajah, dan mengi. Terdapat predisposisi genetik untuk peningkatan produksi sistenil-leukonutrien dengan polimorfase fungsional cys-leukonutrien C sintase. Asma dipicu oleh inhibito COX, tetapi menetap meskipun oobat tersebut sudah tidak diberikan. Semua inhibitor COX2 selektif aman digunakan jika diperlukan obat analgesik antiinflamasi. Asma sensitif aspirin berespon terhadap terapi lazim dengan KSI. Meskipun seharusnya efektif pada para pasien dengan kondisi ini, antileukonutrien tidak lebih efektif daripada asma alergi, kadang diperlukan desensitisasi aspirin, tetapi hal ini sebaiknya dilakukan hanya di pusat-pusat khusus.

#### b. Asma pada Lanjut Usia

Asma dapat muncul pada usia berapa saja, termasuk usia lanjut. Prinsip penatalaksanaan sama seperti pada pengidap asma lainnya tetapi efek samping terapi mungkin menimbulkan masalah, termasuk tremor otot akibat agonis  $\beta_2$  dan efek samping sistemik pada pemberian KSI. Pada kelompok ini sering dijumpai komorbiditas, dan interaksi dengan obat-obat seperti penyekat  $\beta_2$ , inhibitor COX dan obat yang mungkin memengaruhi metabolisme teofilin perlu dipertimbangkan. PPOK lebih mungkin terjadi pada usia lanjut dan mungkin terjadi bersamaan dengan asma. Terapi percobaan dengan KSO mungkin berguna untuk mengetahui responsivitas asma terhadap steroid.

#### c. Kehamilan

Sekitar sepertiga pasien asma yang hamil mengalami perbaikan selama kehamilannya, sepertiga memburuk, dan sepertiganya lagi tidak berubah. Kontrol asma yang baik perlu dipertahankan karena kurangnya kontrol dapat berefek buruk pada perkembangan janin. Kepatuhan mungkin menjadi masalah karena sering timbul kekhawatiran akan efek obat-obat antiasma terhadap perkembangan janin. Obat-obatan yang pernah digunakan selama bertahun-tahun dalam terapi asma kini dibuktikan aman dan tanpa potensi teratogenik. Obat-obatan ini mencakup agonis  $\beta_2$  kerja singkat, KSI, dan teofilin; informasi keamanan tentang obat-obat yang lebih baru seperti LABA, antileukotrien, dan anti IgE masih terbatas. Jika KSO diperlukan, lebih baik gunakan prednison dibandingkan prednisolon karena obat ini tidak dapat diubah menjadi prednisolon aktif oleh hati janin sehingga janin terlindungi dari efek sistemik kortikosteroid. Tidak ada kontraindikasi untuk menyusui pada pasien yang menggunakan obat-obatan ini.

#### d. Merokok

Sekitar 20% pengidap asma merokok, yang mungkin memberi efek negatif pada asma melalui beberapa cara. Pengidap asma yang merokok mengalami penyakit yang lebih berat, rawat inap lebih sering, penurunan fungsi paru lebih cepat, dan resiko kematian akibat asma yang lebih tinggi dibandingkan pengidap asma bukan perokok. Terdapat bukti bahwa merokok mengganggu efek antiinflamasi kortikosteroid sehingga diperlukan dosis lebih tinggi untuk



mengontrol asmanya. Berhenti merokok memperbaiki fungsi paru dan mengurangi resistansi steroid dan karenanya, perlu diupayakan sekuat tenaga strategi-strategi penghentian merokok. Sebagian pasien melaporkan perburukan asma ketika mereka berhenti merokok, yang mungkin disebabkan oleh hilangnya efek bronkodilatasi NO dalam asap rokok.

#### e. Operasi

Jika asma terkontrol baik, tidak ada kontraindikasi untuk anestesia umum dan intubasi. Pasien yang diterapi dengan KSO akan mengalami supresi adrenal dan sebaiknya diterapi dengan peningkatan dosis KSO segera sebelum menjalani operasi. Pasien dengan FEV1 <80% dari tingkat normal mereka juga sebaiknya diberi KSO sebelum operasi. Penggunaan kortikosteroid dosis tinggi untuk pengontrolan mungkin merupakan kontraindikasi untuk operasi karena meningkatnya resiko infeksi dan melambatnya penyembuhan luka.

## 2.10 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.10.1 Pengkajian

#### a. Identitas Klien

Pengkajian mengenai nama, umur, dan jenis kelamin perlu dikaji pada penyakit status asmatikus. Serangan asma pada usia dini memberikan implikasi bahwa sangat mungkin terjadi status atopi, sedangkan serangan pada usia dewasa dimungkinkan adanya faktor non atopi. Alamat menggambarkan kondisi lingkungan tempat klien berada, dapat mengetahui kemungkinan faktor pencetus serangan asma. Status perkawinan, gangguan emosional yang timbul dalam keluarga atau lingkungan merupakan faktor pencetus serangan asma, pekerjaan, serta bangsa perlu juga dikaji untuk mengetahui adanya pemaparan bahan alergen. Hal lain yang perlu dikaji tentang : Tanggal MRS, Nomor Rekam Medis, dan Diagnosa Medis (Suprpto dan Wahid, 2013)

Asma dapat terjadi menyerang segala usia tetapi lebih sering dijumpai pada usia dini. Separuh kasus timbul sebelum usia 10 tahun dan sepertiga kasus lainnya sebelum usia 40 tahun. Predisposisi laki-laki dan perempuan di usia dini sebesar 2:1 yang kemudian sama pada usia 30 tahun (Somantri, 2012)

## b. Riwayat Keperawatan

### 1) Keluhan Utama

Keluhan utama yang mungkin timbul pada klien dengan asma adalah dispnea (bisa sampai sehari-hari atau berbulan-bulan), batuk, dan mengi (pada beberapa kasus lebih banyak paroksismal) (Somantri, 2012)

### 2) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien dengan serangan asma datang mencari pertolongan dengan keluhan, terutama sesak nafas yang hebat dan mendadak kemudian diikuti dengan gejala-gejala lain yaitu : *wheezing*, penggunaan otot bantu pernapasan, kelelahan, gangguan kesadaran, sianosis serta perubahan tekanan darah. Perlu juga dikaji kondisi awal terjadinya serangan (Suprpto dan Wahid, 2013)

### 3) Riwayat Penyakit Masa Lalu

Terdapat data yang menyatakan adanya faktor predisposisi timbulnya penyakit ini, di antaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran napas bagian bawah (*rhinitis, urtikaria, dan eksim*) (Somantri, 2012)

### 4) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien dengan asma sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit keturunan, tetapi pada beberapa klien lainnya tidak ditemukan adanya riwayat penyakit keturunan, tetapi pada beberapa klien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya (Somantri, 2012)

### 5) Pola Fungsi Kesehatan

#### a) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Gejala asma maupun serangan asma dapat mengubah pola persepsi dan tata laksana pengambilan keputusan untuk dirinya serta dapat membatasi manusia untuk berperilaku atau beraktifitas normal sehingga pasien mengubah gaya hidup sesuai kondisi yang tidak menyebabkan asma tersebut kambuh (Windy, 2015).

b) Pola Nutrisi dan Metabolic

c) Pola Aktifitas Tidur dan Istirahat

Gambaran bahwa gangguan tidur yang banyak dialami klien dengan penyakit paru dalam penelitian ini adalah terganggunya kualitas tidur klien pada saat malam hari yaitu keluhan nyeri, demam, sesak napas dan keluhan lainnya. Kualitas tidur yang buruk dapat menyebabkan kelelahan disiang hari, kesulitan konsentrasi dan mudah tersinggung (Hasanah, 2016)

d) Pola Hubungan dan Peran

Gejala asma sangat membatasi klien untuk menjalani kehidupannya secara normal. Klien perlu menyesuaikan kondisinya dengan hubungan dengan peran klien, baik di lingkungan rumah tangga, masyarakat, ataupun lingkungan kerja serta perubahan peran yang terjadi setelah klien mengalami serangan asma (Muttaqin, 2008).

e) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Perlu dikaji tentang persepsi klien terhadap penyakitnya. Persepsi yang salah dapat menghambat respons kooperatif pada diri klien. Cara memandang diri yang salah juga akan menjadi stressor dalam kehidupan klien. Semakin banyak stressor yang ada pada kehidupan klien dengan asma dapat meningkatkan kemungkinan serangan asma berulang. (Muttaqin, 2008).

f) Pola Penanggulangan Stres

Stress dan ketegangan emosional merupakan faktor instrinsik pencetus serangan asma. Oleh karena itu, perlu dikaji penyebab terjadinya stress. Frekuensi dan pengaruh stress terhadap kehidupan klien serta cara penanggulangan terhadap stressor (Muttaqin, 2008).

g) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Kedekatan klien pada sesuatu yang diyakininya di dunia dipercaya dapat meningkatkan kekuatan jiwa klien. Keyakinan klien terhadap Tuhan dan mendekati diri kepada-Nya merupakan metode penanggulangan stres yang konstruktif (Muttaqin, 2008)

#### h) Pola Sensorik dan Kognitif

Kelainan pada pola persepsi dan kognitif akan mempengaruhi konsep diri klien dan akhirnya mempengaruhi jumlah stressor yang dialami klien sehingga kemungkinan terjadi serangan asma berulang pun akan semakin tinggi (Muttaqin, 2008).

#### 2.10.2 Pemeriksaan Fisik

##### a. Keadaan Umum

Perawat juga perlu mengkaji tentang kesadaran klien, kecemasan, kegelisahan, kelemahan suara bicara, denyut nadi, frekuensi pernafasan yang meningkat, penggunaan otot bantu pernapasan, sianosis, batuk dengan lendir lengket, dan posisi istirahat klien (Muttaqin, 2008)

##### b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan pada penyakit asma dapat dilakukan melalui pemeriksaan 6 B, yaitu :

##### 1) Sistem Pernafasan

##### a) Inspeksi

Pada klien asma terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernapasan, serta penggunaan otot bantu pernapasan. Inspeksi dada terutama untuk melihat postur bentuk dan kesimetrisan, adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot interkostalis, sifat dan irama pernapasan, dan frekuensi pernapasan. (Muttaqin, 2008).

##### b) Palpasi

Pada palpasi biasanya kesimetrisan, ekspansi, dan taktil fremitus normal (Muttaqin, 2008)

##### c) Perkusi

Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendang (Muttaqin, 2008).

d) Auskultasi

Terdapat suara vesikuler yang meningkat disertai dengan ekspirasi lebih dari 4 detik atau lebih dari 3 kali respirasi, dengan bunyi napas tambahan utama wheezing pada akhir ekspirasi (Muttaqin, 2008).

2) Sistem Sirkulasi

Perawat perlu memonitor dampak asma pada status kardiovaskular meliputi keadaan hemodinamik seperti nadi, tekanan darah, dan CRT (Muttaqin, 2008)

3) Sistem Persyarafan

Pada saat inspeksi, tingkat kesadaran perlu dikaji. Disamping itu, diperlukan pemeriksaan GCS, untuk menentukan tingkat kesadaran klien apakah composmentis, somnolen, atau koma (Muttaqin, 2008).

4) Sistem Pencernaan

Pada klien yang mengalami dispnea penggunaan otot bantu nafas maksimal kontraksi otot abdomen mengakibatkan menurunnya nafsu makan. Dalam keadaan hipoksia juga mengakibatkan penurunan motilitas pada gaster sehingga memperlambat pengosongan lambung yang menyebabkan penurunan nafsu makan (Suprpto & Wahid, 2013)

5) Sistem Perkemihan

Pada klien dengan hiperventilitas akan kehilangan cairan melalui penguapan dan tubuh berkompensasi dengan penurunan produksi urine (Suprpto & Wahid, 2013)

6) Sistem Integumen

Pada klien yang mengalami hipoksia penggunaan otot bantu nafas yang lama menyebabkan kelelahan, selain itu hipoksia menyebabkan metabolisme anaerob sehingga terjadi penurunan ATP (Suprpto & Wahid, 2013)

### 2.10.3 Analisa Data

Menurut Somantri (2012) didapatkan analisa data yang terdiri dari data subjektif dan objektif yang dijabarkan sebagai berikut :

a. Data Subjektif :

Klien merasa sukar bernafas, sesak dan anoreksia

b. Data Objektif :

- 1) Batuk produktif/ nonproduktif
- 2) Respirasi terdengar kasar dan suara mengi (*wheezing*) pada kedua fase respirasi semakin menonjol
- 3) Dapat disertai batuk dengan sputum kental yang sulit dikeluarkan
- 4) Bernafas dengan penggunaan otot-otot napas tambahan
- 5) *Sianosis, takikardia, gelisah, pulsus paradoksus*
- 6) Fase ekspirasi memanjang disertai *wheezing* (di apeks dan hilus)
- 7) Penurunan berat badan secara bermakna

2.10.4 Masalah Keperawatan

Menurut Herdman & Kamitsuru (2015) masalah keperawatan yang muncul dari asma yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas (domain : 11.Keamanan atau perlindungan, Kelas : 2,00031).

a. Definisi

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas (Herdman & Kamitsuru, 2015)

b. Batasan Karakteristik

Batasan karakteristik dari ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu batuk yang tidak efektif, *dispnea*, gelisah, kesulitan verbalisasi, mata terbuka lebar, *ortopnea*, penurunan bunyi napas, perubahan frekuensi napas, perubahan pola napas, sianosis, sputum dalam jumlah yang berlebihan, suara napas tambahan, tidak ada batuk. (Herdman & Kamitsuru, 2015)

c. Faktor yang berhubungan

Faktor yang berhubungan dalam ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu lingkungan yang terdiri dari perokok, perokok pasif, terpajan asap, obstruksi jalan nafas yang terdiri dari adanya napas buatan, benda asing dalam jalan nafas, eksudat dalam alveoli, hiperplasia pada dinding bronkus, mukus berlebihan, penyakit paru obstruksi kronis, sekret yang tertahan, spasme jalan nafas, fisiologi yang terdiri dari asma, disfungsi neuromuskular, infeksi dan jalan nafas alergik. (Herdman & Kamitsuru, 2015)

#### d. Saran Penggunaan

Gunakan kunci batasan karakteristik pada Tabel 2.4 untuk membedakan secara hati-hati diantara diagnosis ini dan dua diagnosis pernafasan alternatif. Jika batuk dan reflek muntah tidak efektif atau tidak ada sekunder akibat anestesi, gunakan *resiko aspirasi* bukan *ketidakefektifan bersihan jalan nafas* agar berfokus pada pencegahan aspirasi, bukan mengajarkan batuk efektif.

Tabel 2.4 Saran Penggunaan

Diagnosis Keperawatan	Ada	Tidak Ada
Gangguan pertukaran gas	Gas darah yang tidak normal	Batuk tidak efektif
	Hipoksia	Batuk
	Perubahan status mental	
Ketidakefektifan pola nafas	”penampilan” usaha nafas pasien : nafas cuping hidung, penggunaan otot aksesorius, pernafasan bibir mencucu	Tidak takikardia, gelisah
	Gas darah abnormal	Batuk tidak efektif
		Obstruksi atau aspirasi
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	Batuk, batuk tidak efektif	Gas darah abnormal
	Perubahan dalam frekuensi atau kedalaman pernafasan	
	Biasanya disebabkan peningkatan atau membandelnya sekret atau obstruksi (mis., aspirasi)	

Sumber : Herdman & Kamitsuru ( 2015)

### 2.10.5 Intervensi Keperawatan

Menurut (Elsevier, 2016) intervensi keperawatan pada pasien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu :

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

Hasil yang Dicapai (NOC)	Intervensi (NIC)
Status Pernapasan : Patensi Jalan Nafas	Manajemen Jalan Nafas :
1) Kemampuan untuk mengeluarkan sekret (skala :5) 2) Suara napas tambahan tidak ada (skala : 5) 3) Pernafasan cuping hidung tidak ada (skala:5) 4) Dispnea saat istirahat tidak ada (skala : 5) 5) Dispnea dengan aktivitas ringan tidak ada (skala : 5) 6) Penggunaan otot bantu napas (skala: 5) 7) Batuk tidak ada (skala :5) 8) Akumulasi sputum tidak ada (skala:5)	Independen 1) Posisikan pasien dengan posisi semi fowler 2) Auskultasi suara nafas. Catat suara nafas tambahan seperti mengi, <i>cracles</i> , atau ronki 3) Monitor status pernafasan dan oksigenasi 4) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk 5) Dorong dan bantu latihan pernapasan diafragma
Status Pernafasan: Pertukaran Gas	Kolaborasi
1) Dispnea saat istirahat tidak ada (skala : 5) 2) Dispnea dengan aktivitas ringan tidak ada (skala : 5) 3) Sianosis tidak ada (skala:5) 4) Mengantuk tidak ada (skala:5)	Kolaborasi dengan ahli medis dalam pemberian terapi bronkodilator, pengobatan aerosol, nebulizer ultrasonik Peningkatan (Manajemen) Batuk
Status Pernapasan : Ventilasi	
1) Otot bantu napas tidak ada ( skala:5) 2) Suara napas tambahan tidak ada (skala:5) 3) Retraksi dinding dada tidak ada (skala:5) 4) Dispnea saat istirahat tidak ada (skala:5) 5) Dispnea saat aktivitas tidak ada (skala:5) 6) Akumulasi sputum tidak ada (skala:5) 7) Gangguan suara saat auskultasi tidak ada (skala :5)	1) Dampingi pasien untuk bisa duduk pada posisi dengan kepala sedikit lurus, bahu relaks, lutut ditekuk atau posisi fleksi 2) Dukung pasien untuk menarik napas dalam beberapa kali 3) Dukung pasien untuk napas dalam, tahan selama 2 detik, bungkukkan kedepan, tahan 2 detik, dan batukkan 2-3 kali 4) Minta pasien untuk batuk dilanjutkan dengan beberapa periode nafas dalam 5) Dukung hidrasi cairan sistemik, sesuai dengan kebutuhan 6) Dampingi pasien menggunakan bantal atau selimut yang dilipat untuk menahan perut saat batuk.
	Monitor Pernafasan
	1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas 2) Catat pergerakan dada, catat ketidaksemetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas, dan retraksi pada otot supraclavicular dan interkosta 3) Monitor pola nafas (misalnya bradipnea,



- 
- takipneu)
- 4) Auskultasi suara nafas setelah melakukan tindakan
  - 5) Monitor kemampuan batuk efektif pasien
  - 6) Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas
- 

Sumber : Moorhead (2016)

#### 2.10.7. Implementasi Keperawatan

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

Implementasi yang dilakukan oleh (Juhariyah, 2012) dalam meningkatkan efektifitas fungsi paru pada pasien asma yaitu dengan pemberian latihan fisis dan pernafasan yang dilakukan 5 hari dalam seminggu selama 8 minggu, setiap latihan dilakukan selama 30 menit bersamaan dengan terapi medikamentosa.

#### 2.10.8. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur & Walid, 2009).

Keberhasilan penatalaksanaan keperawatan tercermin pada pencapaian hasil yang diharapkan dan tujuan klien. Bandingkan perilaku klien dengan hasil yang diharapkan dan tujuan klien telah ditetapkan sebelumnya (Asih, 2004).

Menurut Asih (2004) keberhasilan penatalaksanaan keperawatan pada klien dengan asma diindikasikan oleh :

a. Keberhasilan jalan napas yang efektif, tingkat ansietas klien menurun, pola pernapasan efektif, ventilasi dan perfusi mengalami perbaikan (pH, PaCO<sub>2</sub>, kembali pada tingkat dasar klien)

b. Klien menyebutkan atau mengetahui faktor-faktor yang paling mungkin sebagai pencetus serangan asma; misalnya serangan sering kali dicetuskan oleh olah raga berlebih atau lebih mungkin untuk terjadi selama saat stres meningkat

c.Klien mengetahui nama, dosis, dan efek samping medikasi yang diresepkan

d.Klien mengetahui langkah-langkah yang harus dilakukan ketika terjadi serangan akut dan menghubungi dokter ketika gejala tidak hilang setelah tindakan yang biasa dilakukan.



### **BAB 3. METODOLOGI PENULISAN**

Pada bab ini akan dijabarkan terkait dengan metode penulisan laporan kasus, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, pengumpulan data, dan etika penulisan sebagaimana seperti berikut:

#### **3.1 Metode Penulisan Laporan Kasus**

Desain yang digunakan dalam karya tulis ini adalah laporan kasus, yaitu Asuhan Keperawatan pada pasien Asma pada Ny.M dan Ny.S dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas diruang Melati Rumah Sakit Daerah dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

#### **3.2. Batasan Istilah**

Batasan istilah dalam laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien Asma dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas meliputi:

##### **3.2.1. Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan pada pasien Asma yaitu dengan melakukan penerapan proses keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi pada Ny.M dan Ny.S yang didiagnosa Asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018

##### **3.2.2. Pasien Dengan Asma**

Asma merupakan suatu penyakit gangguan jalan napas yang obstruktif yang dapat berulang dan bersifat dapat kembali normal ditandai dengan sesak nafas (dispnea) karena adanya rangsangan seperti alergen, polusi udara, infeksi maupun stres emosional yang dapat menyebabkan penyempitan jalan nafas yang ditegakkan berdasarkan diagnosis medis yang telah tercantum dalam rekam medis pasien.

##### **3.2.3. Pasien Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas**

Pasien Asma dalam laporan kasus ini adalah 2 orang dengan diagnosa Asma pada rekam medik pasien dan memenuhi dua atau lebih dari batasan karakteristik berikut: pasien mengeluh sesak nafas, batuk yang tidak efektif dan diteemukan

suara nafas tambahan seperti wheezing dan ronchii, gelisah, orthopnea, perubahan frekuensi pernafasan

### **3.3. Partisipan**

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah 2 pasien dengan diagnosa medis Asma yang mengalami masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas. Kriteria dalam pengambilan partisipan meliputi :

- 3.3.1 Pasien sadar dengan produksi sputum yang berlebih dan batuk yang tidak efektif
- 3.3.3 Pasien baru yang menjalani rawat inap di kelas 2 dan 3 Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang
- 3.3.2 Pasien menyatakan bahwa bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani Informed Consent

### **3.3 Lokasi dan Waktu**

#### **3.4.1. Lokasi**

Laporan kasus yang telah dilakukan di Ruang Melati RSUD dr Haryoto Lumajang tahun 2018. Pada klien 1 di ruang melati kamar 6 dan klien 2 berada di ruang melati kamar 8.

#### **3.4.2. Waktu**

Pengambilan data pada klien 1 dilakukan mulai tanggal 29 Januari 2018 sampai 1 Februari 2018, sedangkan pada klien 2 di lakukan mulai tanggal 2 Februari 2018 sampai 5 Februari 2018.

### **3.5. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data berawal dari mengirikan surat perijinan ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik, Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, setelah surat mendapat balasan, maka surat dikirim ke rumah sakit tujuan penelitian yaitu RSUD dr Haryoto Lumajang, setelah surat mendapat persetujuan dan perijinan pengambilan pasien di rumah sakit tujuan maka surat dikirim ke ruangan serta kelas yang telah disepakati sebelumnya sehingga surat disetujui oleh kepala

ruangan dalam pengambilan pasien yang telah direncanakan sebelumnya yaitu pasien asma, penelitian dilaksanakan sesuai dengan metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan laporan kasus ini diantaranya yaitu:

#### 3.5.1. Wawancara

Peneliti menggunakan teknik wawancara untuk mendapatkan data : hasil anamnesa berisi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pola-pola kesehatan yang meliputi; perubahan pola kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola eliminasi, polatidur dan aktivitas/istirahat, pola sensori dan pengetahuan, pola hubungan interpersonal dan peran, persepsi dan konsep diri, reproduksi dan seksual, penanggulangan stress, dan tata nilai dan kepercayaan.

#### 3.5.2. Pemeriksaan fisik dan observasi

Observasi kepada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang akan dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan KTI, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien pada bagian mulut sampai abdomen atau mulai jalan sampai jalannya pencernaan dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi. Dalam melakukan pemeriksaan fisik peneliti menggunakan instrumen seperti stetoskop, tensi meter, termometer, stetoskop, bengkok, kom kecil, handuk kecil, baki beserta alas,

#### 3.5.3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi yang telah dilakukan oleh penulis terkait pengumpulan data pada kedua klien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah menggunakan studi dokumentasi pada rekam medis klien

### 3.6. Etika Penulisan

Penelitian apapun, khususnya yang menggunakan manusia sebagai subjek tidak boleh bertentangan dengan etika. Beberapa prinsip dalam pertimbangan etika meliputi; bebas dari eksploitasi, bebas dari penderitaan, kerahasiaan, bebas menolak menjadi responden, perlu surat persetujuan (*informed consent*) dan

mempunyai hak untuk mendapatkan pengobatan yang sama jika klien telah menolak menjadi responden (Nursalam, 2008).

Yang perlu dituliskan pada penyusunan studi kasus meliputi:

### 3.6.1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

*Informed Consent* seperti yang biasanya digunakan pada penelitian laporan kasus akan menjadi masalah karena sifat penelitian laporan kasus yang tidak menekankan tujuan yang spesifik di awal. Penelitian laporan kasus bersifat fleksibel, dan mengakomodasi berbagai ide yang tidak direncanakan sebelumnya yang timbul selama proses penelitian. Peneliti tidak mungkin menjelaskan keseluruhan studi yang akan dilakukan di awal, maka perlu adanya Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) dari manusia sebagai subjek atau partisipan yang dipelajari. Persetujuan partisipan merupakan wujud dari penghargaan atas harkat dan martabat dirinya sebagai manusia. PSP merupakan proses memperoleh persetujuan dari subjek/partisipan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian yang dilakukan Surat persetujuan (*Informed consent*) (Afiyanti & Imami, 2014)

#### a. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Penulis tidak mencantumkan nama responden atau hanya menuliskan kode responden pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan. Data tersebut disimpan di file yang khusus dengan kode responden yang sama (Hidayat, 2012).

#### b. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan data dan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya, untuk menjamin kerahasiaan data, penulis wajib menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh penulis (Afiyanti & Imami, 2014).

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1. Kesimpulan

#### 5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada klien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pembersihan jalan nafas didapatkan data berjenis kelamin perempuan, dengan usian klien pertama Ny M 68 tahun dan klien kedua Ny S 45 tahun yang menjadi keluhan utama klien yaitu batuk berdahak atau produktif tetapi tidak dapat dikeluarkan, sesak nafas, ditandai dengan adanya ronchii dan wheezing serta memiliki pekerjaan yang dapat memicu terjadinya asma yaitu petani dan penjual gorengan di sekolah

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien asma memiliki masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan pembersihan jalan napas. Terdapat 7 batasan karakteristik yang muncul pada klien asma dari 13 batasan karakteristik menurut NANDA (2015). Batasan karakteristik yang sama muncul pada klien yaitu batuk yang tidak efektif, dispnea, gelisah, orthopnea, perubahan frekuensi napas, perubahan pola napas, suara napas tambahan

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pembersihan jalan napas memiliki 3 intervensi keperawatan berdasarkan NIC (2016), dan yang digunakan 3 intervensi keperawatan tersebut yaitu manajemen jalan napas, peningkatan (manajemen) batuk, monitor pernafasan

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien asma dengan masalah keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu pengaturan posisi, terapi latihan mobilitas sendi, dan perawatan tirah baring.

### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pembersihan jalan nafas yang berhasil dilakukan yaitu dari 7 kriteria hasil menurut NOC (2016), pada klien asma terdapat 4 kriteria hasil yang berhasil dilakukan. Tercapainya suatu kriteria hasil tersebut dapat dicapai pada hari ke tiga setelah dilakukan tindakan pada hari pertama.

## 5.2. Saran

### 5.2.1 Saran Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada klien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pembersihan jalan nafas di ruang Melati 6 dan 8 RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018 sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan.

### 5.2.2. Saran Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan pada pasien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pembersihan jalan nafas sesuai standart asuhan keperawatan dan standart operasional prosedur (SOP) sehingga dapat meminimalkan komplisiasi pada pasien asma seperti henti nafas, status asmatikus

### 5.3.2. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga mampu dan tanggap dalam mengatasi kekambuhan serta pencegahan, mengatasi kekambuhan dari asma yaitu dengan cara mengatur pernafasan dengan pernafasan pursed lip rebrething dan batuk efektif, pencegahan asma yaitu dengan menjauhi pemicu terjadinya asma seperti tempat keramaian, banyak asap kelelahan, stres, kehujanan, pergantian suhu yang ekstrem dan dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan rutin pelayanan terdekat dalam penggunaan obat pencegahan serangan pada penyakit asma



**DAFTAR PUSTAKA**

- Afiyanti, Y. dan Imami .2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Asih, N. E .2004. *Keperawatan Medikal Bedah Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: EGC.
- Asmadi .2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Bernes, P. J.2015. *Horrison Pulmonologi dan Penyakit Kritis, Ed 2*. Jakarta: EGC
- Moorhead., Johnson., Maas., dan Swanson .2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Singapore: Elvisier Global Rights
- Chang, E., Daly, J., dan Elliot, D.2010.*Patofisiologi Aplikasi pada Praktik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Clark, M .2013. *Asma Panduan Penatalaksanaan Klinis*. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Danusantoso, D. 2014. *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru Ed.2*.Jakarta: EGC.
- Deswani.2009.*Proses Keperawatan Dan Berfikir Kritis*.Jakarta : Salemba Medika.
- Dinaryanti dan Megawati.2017.*Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah:Diagnosis Nanda-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*.Jakarta: EGC.

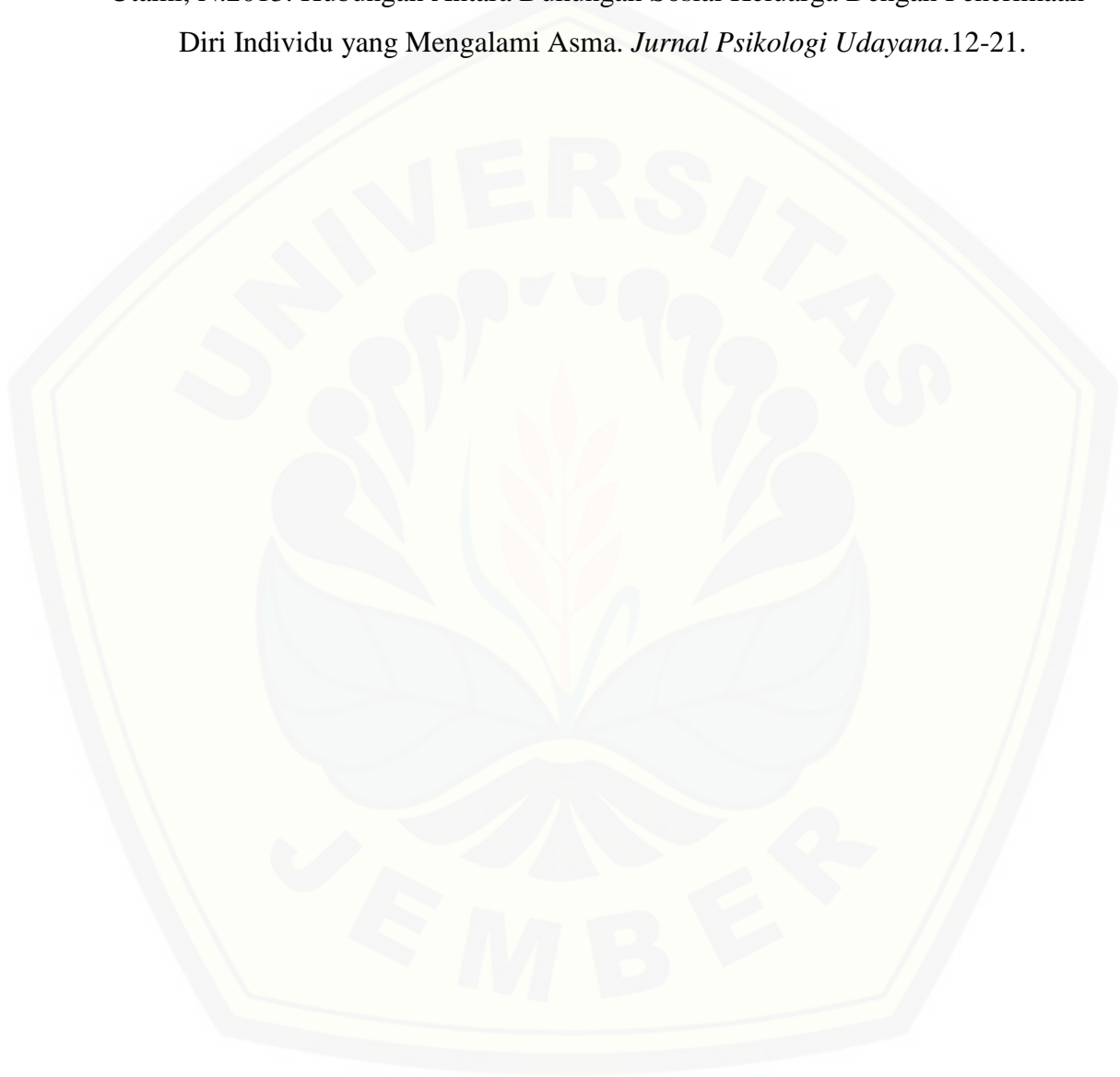
- Djojodibroto.2016. *Respirologi (Respiratory Medicine)*. Jakarta: EGC.
- Doenges.2000. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC.
- Moorhead, Johnson, Maas, dan Swanson .2013. *Nursing Oustcomes Classification (NOC)*. Singapore: Elvisier Global Rights
- Hartanto, A. 2014. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Hartono, A. 2015. *Harrison Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam Vol. 2. E/13*. Jakarta : EGC.
- Hasianna, S. T. 2008. *Respiratory Care*. Jakarta: PT Gelora Aksara Pratama.
- Herdman dan Kamitsuru.2015. *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Hidayat.2012.*Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*.Surabaya: Selemba Medika.
- Ikawati.2008.*Farmakoterapi Penyakit Sistem Pernafasan*.Yogyakarta: Pustaka Adipura.
- Ikawati.2016. *Penatalaksanaan Terapi Penyakit Saluran Pernafasan*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Isselbacher., Braunwald., dan Kasper.2015. *Harison Prinsip Prinsip Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: EGC.

- Juhariyah, S. 2012. Efektifitas Latihan Fisis dan Latihan Pernapasan pada Asma Persisten Sedang-Berat. *Jurnal Respir Indo*. 17-23.
- Loscanzo, J. M.2016. *Pulmonologi dan Penyakit Kritis*. Jakarta: EGC.
- M.Black, J., dan Hawks, J. H.2014.*Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- McFadden, E. R.2015.*Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam Vol. 3 ed. 13*. Jakarta: EGC.
- Mutaqin, A .2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Naga, S .2014. *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: Diva Press.
- Nikmatur., dan Walid, S.2009. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Nugraha, A., Yudha, E. K., dan Pangastuti, H. S.2016. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- Nugroho .2011. Batuk Efektif Dalam Pengeluaran Dahak Pada Pasien Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Baptis Kediri. *Jurnal Stikes RS Baptis Kediri* , 135-142.
- Nursalam.2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.

- Soemantri, I.2012. *Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Soemantri, I.2008. *Keperawata Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suprpto, dan Wahid.2013.*Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Wilkinson, J., dan Nancy, A .2015. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Yasmara, Nursiswati, dan Arafat, R.2017. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah : Diagnosa NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Brashers .2008. *Aplikasi Klinis Patofisiologi:Pemeriksaan & Manajemen Ed 2*. Jakarta : EGC.
- Hasanah.2016.Hubungan Keluhan Pernafasan dan Faktor Psikologis dengan Kualitas Tidur Penyakit Paru. *Jurnal Ners Indonesia*. 45-50.
- Mayuni,A .2015. Pengaruh Diaphragmatic Breathing Exercise Terhadap Kapasitas Paru Pada Pasien Asma Di Wilayah Kerja PUSKESMAS III Denpasar Utara. *Jurnal Ners*. 31-36.
- Resti, I.2014. Teknik Relaksai Otot Progresif Untuk Mengurangi Stres Pada Penderita Asma. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*. 1-20.

Safitri, R.2011. Kefektifan Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Nafas Pada Pasien Asma Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Dr Moewardi Surakarta. *Jurnal Gaster*.783-792.

Utami, N.2013. Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga Dengan Penerimaan Diri Individu yang Mengalami Asma. *Jurnal Psikologi Udayana*.12-21.



Lampiran 1

## JADWAL PENYELENGGARAAN+ PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH :LAPORAN KASUS

KETERANGAN																																
	OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MARET				APRIL				MEI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penulisan																																
Konfirmasi Penulisan																																
Konfirmasi Judul																																
Penyusunan Proposal Laporan Kasus																																
Sidang Proposal																																
Revisi																																
Pengumpulan Data																																
Penyusunan Laporan																																



## Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Mujannah

Umur : 68 th

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Desa Sumonoto RT 1/4 Kecamatan Tempurani Kabupaten Lumajang

Pekerjaan : Petani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya sertamenya dari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

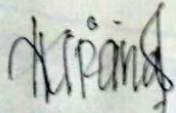
“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Yang dengan Masalah Keperawatan Pembersihan Jalan Nafas Diruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang ”

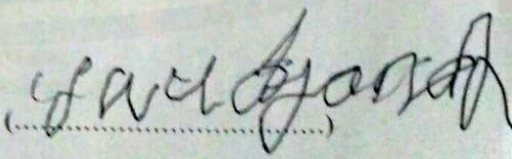
Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 29 - 1 - 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

  
**Ika Kirana Puspitasari**  
NIM. 15.050





**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Solikhah  
Umur : 45 th  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Jln Sukantyo 2A Gang 4, Kelurahan Tompokersan kabupaten Lumajang  
Pekerjaan : Wirasaha

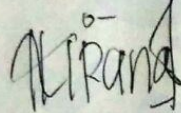
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya sertamenya dari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Yang dengan Masalah Keperawatan Pembersihan Jalan Nafas Diruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang ”

Dengan sukarela menyetujui keikut sertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

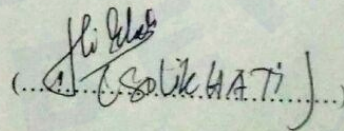
Lumajang, 2 - 2 - 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian




**Ika Kirana Puspitasari**  
NIM. 15.050

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian



(...SOLIKHATI...)

## Lampiran 3



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO**  
 JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383  
 Email : rsdharyoto@yahoo.co.id  
**LUMAJANG – 67311**

---

Lumajang, 22 Nopember 2017


<p>Nomor : 445/1456/427.77/2017          Sifat : Biasa          Lampiran : -          Perihal : <u>Pengambilan Data</u></p>	<p>Kepada          Yth. <u>Ka. Ruang Melati</u>.....          RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang          di  <u>LUMAJANG</u></p>
---	---

Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 13 Nopember 2017 Nomor : 422/847/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 16 Nopember 2017 Nomor : 072/2183/427.75/2017 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Akper Pemkab Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : IKA KIRANA PUSPITASARI  
 NIM : 15.050  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pembersihan Jalan Nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO  
 KABUPATEN LUMAJANG  
 Kabag. Renbang  
 U.b.  
 Kasubag. Diklat dan Penelitian



Ns. RUDIAH ANGGRAENI  
 Penata Tk. I  
 NIP. 19671209 199203 2 004

## Lampiran 4

**LEMBAR WAWANCARA****RIWAYAT KEPERAWATAN**

1. Keluhan Utama:  
Apa yang dikeluhkan anda saat ini?
  2. Riwayat Penyakit Sekarang  
Apa yang menjadikan anda dibawa kerumah sakit ini?
  3. Riwayat Penyakit Masa Lalu dan Keluarga
    - 1) Apakah anda pernah masuk rumah sakit atau dirawat di rumah sakit?
    - 2) Apakah anda pernah mengalami sakit seperti yang sekarang anda derita?
    - 3) Apakah ada keluarga yang menderita penyakit seperti yang anda derita ini sebelumnya?
  4. Pola Fungsi Kesehatan:
    - 1) Pola Persepsi dan Tatalaksana Kesehatan:  
Pada saat apa penyakit sesak anda kambuh?  
Apa yang anda lakukan dalam pencegahan penyakit sesak nafas yang anda derita?  
Apa yang anda lakukan saat anda sakit untuk mengobati sakit tersebut?
    - 2) Pola Nutrisi dan Metabolik:  
Saat di rumah biasanya berapa kali anda makan dan minum, dan menu makanan apa yang sehari-hari anda konsumsi?  
Saat di rumah sakit berapa kali anda makan dan minum, apakah per porsi yang diberikan oleh rumah sakit anda habiskan?
    - 3) Pola Emiminasi  
Saat di rumah berapa kali anda BAB dan BAK , apa warna dan kira-kira seberapa banyak saat anda BAB dan BAK?  
Saat di rumah sakit berapa kali anda BAB dan BAK , apa warna
-

dan kira-kira seberapa banyak saat anda BAB dan BAK?

4) Pola tidur dan istirahat

Saat di rumah biasanya jam berapa anda mulai tidur? Kira-kira berapa jam anda kalau tidur?

Saat di rumah sakit apakah sama pola tidurnya dengan dirumah? Lebih banyak di rumah apa di rumah sakit?

5) Pola aktivitas dan istirahat

Saat di rumah apa saja kegiatan anda sehari-hari, dan apakah anda beristirahat sesudah beraktifitas?

Saat di rumah sakit apakah ada aktivitas selain anda berbaring di tempat tidur?

6) Pola Sensori dan Pengetahuan

Apakah anda mengetahui tentang penyakit yang anda derita saat ini atau apakah anda mengetahui apa penyakit yang anda derita saat ini?

Apa yang pertama kali anda lakukan dalam menangani sesak nafas yang anda derita kambuh?

7) Pola Hubungan Interpersonal dan Peran

Saat di rumah apakah hubungan dengan keluarga ada masalah atau tidak?

Saat di rumah sakit anda ditunggu siapa dan apakah anda tau nama orang yang satu kamar dengan anda?

8) Pola Persepsi dan Konsep Diri (gambaran diri, ideal diri, identitas, harga diri, dan peran)

Apakah anda merasa tidak nyaman dengan penampilan anda saat ini?

Apakah anda ingin cepat sembuh, jika ingin apa yang ingin anda lakukan saat pulang?

Apakah anda masih ingat nama lengkap, usia, tempat tinggal/alamat anda?

Apakah anda merasa ada perubahan atau penurunan tentang

---

percaya diri anda?

Apa peran anda di keluarga?

9) Pola Reproduksi dan Seksual

Berapa pasangan hidup saat ini, dan berapa keturunan yang saat ini dimiliki, yang hidup maupun meninggal?

10) Pola Penanggulangan Stress

Apa yang biasanya anda lakukan saat banyak masalah menurut keyakinan anda?

Apa yang bisa anda lakukan dalam menghadapi setiap permasalahan yang muncul?

Bagaimana perasaan anda ketika permasalahan yang anda hadapi telah dimusyawarahkan bersama keluarga terdekat anda?

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Menurut anda apakah semua ini adalah cobaan atau anda mempunyai kepercayaan tentang penyakit yang anda derita saat ini?

Apa yang anda lakukan dalam mendekati diri kepadaNya sehingga membuat anda lebih tenang?

---

## Lembar 5

## Standart Operational Prosedur (SOP)

## Latihan Pernapasan

Standar Operasional Prosedur (SOP) Latihan Pernapasan
<p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buku Catatan</li> <li>2. Alat tulis</li> </ol>
<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah terjadinya kolaps alveolar (pernapasan <i>pursed-lip</i>)</li> <li>2. Meningkatkan efisiensi pernapasan dengan mengurangi udara yang terperangkap dan mengurangi kerja pernapasan (pernapasan diafragma)</li> </ol>
<p>Persiapan pasien, perawat, dan lingkungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perkenalkan diri pada klien dan menjelaskan maksud dan tujuan yang akan dilakukan</li> <li>2. Pastikan identitas pasien</li> <li>3. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan dalam istilah yang dapat dipahami pasien</li> <li>4. Persiapan perawat : Cuci tangan sebelum kontak kepada pasien</li> <li>5. Tutup sketsel untuk menjaga privasi pasien</li> <li>6. Sesuaikan tempat tidur atau kursi pada tinggi yang tepat (fowler)</li> <li>7. Yakinkan bahwa klien nyaman</li> <li>8. Bila pasien di tempat tidur, turunkan pagar tempat tidur ppada sisi paling dekat perawat</li> </ol>
<p>Prosedur :</p> <p>Pernapasan <i>Pursed-Lip</i></p> <p>Pengertian : Inspirasi dalam dan ekspirasi yang lama melalui bibir yang membentuk huruf O untuk mencegah kolaps pada alveolar</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi pasien dalam posisi duduk</li> <li>2. Instruksikan mengambil napas dalam dan kemudian mengeluarkannya dengan perlahan-lahan melalui bibir yang membentuk huruf O</li> <li>3. Ajarkan bahwa pasien perlu mengontrol fase ekshalasi lebih lama dari fase inhalasi</li> <li>4. Sempurnakan prosedur dengan menghitung waktu inhalasi dan secara bertahap menghitung waktu ekshalasi</li> <li>5. Selama prosedur, tingkatkan keterlibatan dan kenyamanan pasien</li> </ol>

<p>6. Kaji toleransi pasien selama prosedur</p> <p>Pernapasan diafragma</p> <p>Pengertian : Pernapasan dengan menggunakan pengembangan diafragma selama inspirasi terkontrol</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Latihan ini mula-mula diajarkan dalam posisi terlentang, dan kemudian dipraktekkan saat pasien duduk</li><li>2. Atur posisi pasien pada posisi terlentang</li><li>3. Minta pasien untuk merelaksasikan otot-otot interkosta dan otot bantu pernapasan saat melakukan inspirasi dalam</li><li>4. Anjurkan pasien untuk berkonsentrasi mengembangkan diafragma selama melakukan inspirasi terkontrol</li><li>5. Ajarkan pasien untuk menempatkan satu tangan datar dibawah payudara diatas pinggang dan tangan yang lain 2/3 cm di bawah tangan pertama</li><li>6. Minta pasien untuk menghirup udara sementara tangan bawah bergerak ke arah luar selama inspirasi</li><li>7. Observasi klien untuk melihat adanya gerakan ke arah dalam seiring penurunan diafragma pada ekshalasi</li><li>8. Latihan ini seringkali digunakan disertai dengan pelaksanaan teknik pernapasan <i>pursed-lip</i></li><li>9. Selama prosedur, tingkatkan keterlibatan dan kenyamanan pasien</li><li>10. Kaji toleransi pasien selama prosedur</li></ol>
<p>Terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ucapkan terima kasih atas kerjasama pasien</li><li>2. Atur kembali posisi pasien dalam posisi nyaman mungkin</li><li>3. Kembalikan tempat tidur pada posisi tepat</li><li>4. Dokumentasi hasil prosedur dan toleransi pasien</li></ol>

Sumber : Juhariyah, (2012)

Lembar 5

### Satuan Acara Pengajaran (SAP)

Judul : Latihan Pernafasan *Pursed-Lip* Pada Pasien Asma  
Sasaran : Pasien Asma  
Penyuluh : Ika Kirana Puspitasari  
Waktu : 15 menit

#### I. Analisa Situasi

##### 1.1 Peserta Penyuluhan

1.1.1 Jumlah : 2 orang

1.1.2 Dihadiri oleh pasien asma dengan

1.1.3 Pendidikan : rata – rata lulusan SMA dan SMP

1.1.4 Perkerjaan : Swasta, wiraswasta, TNI/POLRI, ibu rumah tangga

##### 1.2 Penyuluh

1.2.1. Mampu berkomunikasi dengan baik

1.2.2. Memiliki pengetahuan tentang teknik pernafasan *pursed-lip*

1.2.3. Jumlah : 1 orang

1.2.4. Berpenampilan rapi

##### 1.3 Ruangan

1.3.1 Fasilitas memadai : papan lembar balik, kipas angin

1.3.2 Penerangan jelas

1.3.3 Ventilasi cukup

1.3.4 Penyuluhan di ruang Interna

#### II. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendemonstrasikan latihan *Pursed-Lip* pada pasien asma diharapkan pasien asma dapat melakukannya dirumah.



### III. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan pemberian teknik latihan pernafasan *Pursed-Lip*, diharapkan pasien asma dapat :

1. Menyebutkan definisi latihan pernafasan *pursed-lip*
2. Menyebutkan tujuan latihan pernafasan *pursed-lip*
3. Menyebutkan indikasi latihan pernafasan *pursed-lip*
4. Menyebutkan prosedur *pursed-lip*

### IV. Pokok Materi

1. Definisi latihan pernafasan *pursed-lip*
2. Tujuan latihan pernafasan *pursed-lip*
3. Indikasi latihan pernafasan *pursed-lip*
4. Prosedur latihan pernafasan *pursed-lip*

### V. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

### VI. Media

1. Leaflet

### VII. Kegiatan Belajar Mengajar

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam</li> <li>2. Perkenalan</li> <li>3. Menjelaskan tujuan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Menjawab salam</li> <li>2 Merespon dengan baik</li> <li>3 Mendengarkan dengan baik</li> </ol>	ceramah	2 menit
Penyajian	Menjelaskan materi tentang latihan pernafasan <i>pursed-lip</i>	Mendengarkan dan memperhatikan	ceramah	8 menit

Penutup	1. Memberi pertanyaan 2. Menjawab pertanyaan 3. Memberikan kesimpulan 4. Evaluasi	1. Menjawab pertanyaan 2. Mengajukan pertanyaan	Tanya jawab	5 menit
---------	--	--	-------------	---------

## VIII. Materi

### Definisi Latihan Pernafasan *Pursed-Lip*

Asma adalah penyakit saluran nafas ditandai oleh peningkatan daya responsif percabangan trakeobronkial terhadap berbagai jenis stimulus yang meliputi faktor genetik yang meliputi predisposisi genetik, atopi, serta hipersensitivitas saluran napas dan faktor lingkungan yang meliputi alergen dalam rumah, alergen luar rumah, pajanan di tempat kerja, perokok pasif, infeksi saluran napas (Loscanzo, 2016).

Pernafasan pursed-lip merupakan inspirasi dalam dan ekspirasi yang lama melalui bibir yang membentuk huruf O untuk mencegah kolaps pada alveolar (Natalia 2007)

### Tujuan Latihan Pernafasan *Pursed-Lip*

Mengatur pola pernafasan dan kecepatan pernafasan sehingga mengurangi *air trapping*, memperbaiki kemampuan pergerakan dinding dada, memperbaiki ventilasi tanpa meningkatkan energi pernafasan, melatih pernafasan agar sesak berkurang, meningkatkan rasa percaya diri penderita sehingga lebih tenang (Natalia 2007).

### Indikasi Latihan Pernafasan *Pursed-Lip*

Pasien asma dengan sesak saat beraktivitas, terpapar alergen (Novarin 2015).

### Prosedur Pernafasan *Pursed-Lip*

Menurut (Natalia 2007) prosedur pernafasan pursed-lip sebagai berikut

1. Atur posisi pasien dalam posisi duduk
2. Instruksikan mengambil napas dalam dan kemudian mengeluarkannya dengan perlahan-lahan melalui bibir yang membentuk huruf O
3. Ajarkan bahwa pasien perlu mengontrol fase ekshalasi lebih lama dari fase inhalasi
4. Sempurnakan prosedur dengan menghitung waktu inhalasi dan secara bertahap menghitung waktu ekshalasi

5. Selama prosedur, tingkatkan keterlibatan dan kenyamanan pasien
6. Kaji toleransi pasien selama prosedur

#### IX Evaluasi

1. Sebutkan definisi latihan pernafasan *pursed-lip*
2. Sebutkan tujuan latihan pernafasan *pursed-lip*
3. Sebutkan indikasi latihan pernafasan *pursed-lip*
4. Sebutkan prosedur latihan pernafasan *pursed-lip*

#### IX. Literatur

Loscanzo, Joseph MD PhD. *Pulmonologi dan Penyakit Kritis*. Jakarta: EGC, 2016.

Natalia, Dewi. "Efektifitas Pursed Lips Breathing dan Tiup Balon dalam Peningkatan Arus Puncak Ekspirasi (APE) Pasien Asma Bronchiale Di RSUD Banyumas." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 2007: 52-58.

Novarin. "Pengaruh Latihan Pernafasan Pursed Lip terhadap Aliran Puncak Ekspirasi Klien dengan Asma Bronchial Di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember ." *Pustaka Kesehatan*, 2015: 51-59.

TEKNIK LATIHAN PERNAFASAN  
PURSED-LIP PADA PENDERITA  
ASMA



Oleh,

Ika Kirana Puspitasari

PROGRAM STUDI D3  
KEPERAWATAN UNEJ  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018

APA ITU ASMA ???

Asma adalah penyakit saluran nafas ditandai oleh peningkatan daya responsif percabangan trakeobronkial terhadap berbagai jenis stimulus



PENYEBAB..

Faktor genetik yang meliputi predisposisi genetik, atopi, serta hipersensitivitas saluran napas

Faktor lingkungan yang meliputi alergen dalam rumah, alergen luar rumah, pajanan di tempat kerja, perokok pasif, infeksi saluran napas

TANDA & GEJALA ASMA



**BAGAIMANA CARA  
PENANGANANNYA???**

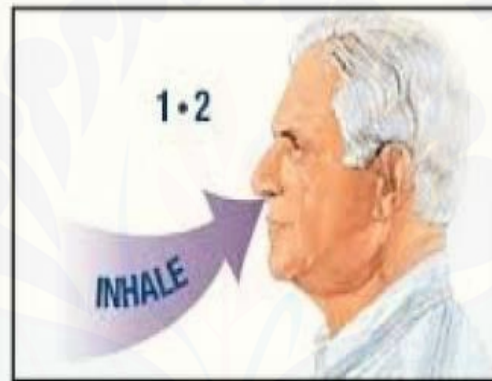
Latihan Pernafasan Pursed Lip

**LALU,,, APA ITU???**



Latihan pernafasan pursed-lip merupakan inspirasi dalam dan ekspirasi yang lama melalui bibir yang membentuk huruf O untuk mencegah kolaps pada alveolar

LATIHAN PERNAFASAN PURSED LIP




**TERAPI INI SANGAT EFEKTIF  
BAGI PASIEN ASMA DALAM  
MENINGKATKAN OTOT  
PERNAFASAN**

**SELAMAT MENCOBA..**

## Lampiran 6

Batasan karakteristik yang terjadi pada partisipan dibandingkan dengan teori, tertera pada tabel dibawah ini :

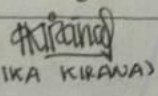
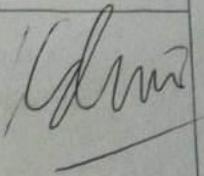
No	Data	Klien 1	Klien 2
1	Batuk yang tidak efektif	√	√
2	Dispnea	√	√
3	Gelisah	√	√
4	Kesulitan verbalisasi	-	-
5	Mata terbuka lebar	-	-
6	Ortopnea	√	√
7	Penurunan bunyi napas	-	-
8	Perubahan frekuensi napas	√	√
9	Perubahan pola napas	√	√
10	Sianosis	-	-
11	Sputum dalam jumlah berlebihan	-	-
12	Suara napas tambahan	√	√
13	Tidak batuk	-	-

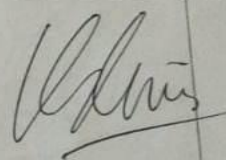
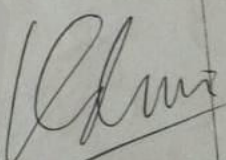
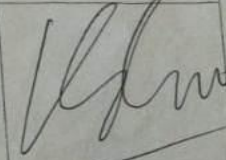
	FORMULIR	No. Dok. : Akp / F / K / 29
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	Berlaku Sejak : 2015 Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH  
MAHASISWA AKPER ~~REKAB~~ LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : IKA KIRANA RUPITASARI  
 N I M : 15 050  
 PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN  
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pembersihan Jalan Nafas di Ruang Melah RSUD dr. Haryoto Lumajang

TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR

NO	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGGAN MAHASISWA	TANDA TANGGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	8 Februari 2017	Konsultasi judul dan BAB I Proposal	Penjelasan terkait dengan penyusunan BAB I. Latar belakang yang terdiri dari paragraf Masalah, Signa, Wronologi. Selain Penetapan judul proposal dan pembedaan <del>lain</del> yaitu Judul: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pembersihan jalan nafas di Ruang Melah RSUD dr. Haryoto Lumajang	 (IKA KIRANA)	

NO	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
2	15 Februari 2017	Konsultasi latar Belakang : Masalah pada BAB 1	Dalam penyusunan Masalah, peneliti harus dapat menjawab pertanyaan mengapa Anda sangat tertarik dengan Masalah keperawatan tersebut? Ulas jawaban dengan hasil penelitian yang Ada.	Akipand (IKA KIRANA)	
3	25 Februari 2017	Konsultasi BAB 1. Latar Belakang: Masalah.	Belajar untuk merangkai kalimat yang koheren. hindari gaya penulisan koran / berita. Sumber literatur harus maksimal 10 tahun terakhir	Akipand (IKA KIRANA)	
4	28 Februari 2017	Konsultasi BAB 1. Latar belakang: Masalah.	Mencari jurnal Penelitian yang sesuai dengan batasan maksimal 7 tahun terakhir yang dapat mendukung dan memperkuat judul yang sudah diambil (yang akan diteliti).	Akipand (IKA KIRANA)	



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
11	20 Juni 2017	Konsultasi BAB 1 Latar Belakang: Solusi	Solusi disusun untuk menjawab cara mengata- tani masalah dan dampak yang muncul, solusi disusun secara ringkas, glibal dan jelas Berikan tindakan keperawatan atau keta- boran yang dapat anda susun dari buku intervensi keperawatan atau jurnal penelitian	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	25 Juni 2017	Konsultasi BAB 1 Latar Belakang: Solusi	Melengkapi penutup dalam solusi untuk menjelaskan kalimat supaya pembaca tidak punca dalam membaca solusi yang sudah dusun, ACC Solusi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
13	15 Agustus 2017	Konsultasi BAB 1	Cek kembali penulisan sumber kutipan, koherensi antar kalimat yang disusun, Pengusunan Rumusan masalah, Tujuan, dan Manfaat diharapkan menuju pada buku panduan.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
14	18 Agustus 2017	Konsultasi BAB 1	ACC BAB 1, selahkan lanjut BAB 2.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
15	25 Agustus 2017	Konsul BAB 2.	Konsep penyalut diupayakan berasal dari buku matis dan jurnal penelitian jangan serbentari sumber, upayakan manfaat teori berasal dari minimal 5 buku / jurnal	<i>[Signature]</i>	

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
16	27 Agustus 2017	Konsul BAB 2.	cara penulisan karang ilmiah diperbaiki, cara penulisan sumber diperbaiki, tambahkan <del>ada</del> klasifikasi demyot asma, perbaiki tabel harus mengacu pada ETD.		
17	30 Agustus 2017	Konsul BAB 2.	implementasi dan evaluasi disusun dengan mengacu pada evidence Based Practice Nursing terdahulu.		
18	1 September 2017	Konsul Lengkap BAB 2.	ACC BAB 2, lanjut BAB 3		
19	5 September 2017	Konsul BAB 3	Metode penelitian disusun berdasarkan rencana penelitian yang akan dilakukan atau peneliti meminimalisir penggunaan teori.		
20	10 September 2017	Konsul Revisi BAB 3.	Perbaiki Batasan istilah di BAB 3.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	08/2018 02	Konsul Pasca Utek	Documentasi terdus - Terkett sebagai BAB 4 Disusun sesuai buku panduan. Bila memungkinkan sudah diputar deyan pembahasannya.		
	2/2018 02		Proses Penyusunan Pembahasan.		
	15/2018 2		Proses Penyusunan Pembahasan.		
	14/18 2		Proses Penyusunan Pembahasan		
	20/18 2		Melanjutkan Penyusunan Pembahasan		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	5/3 18	Konsul BAB 4 Pembahasan	Pakai Rumusan F.T.O	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
	20/3		Opini harus menjelaskan kesenjangan fenomena antara F & T	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
	6/4 18	Konsul BAB 4 Pembahasan	Penyusunan Analisis data disesu- uaikan dengan batasan karakteristik di dalam BAB 5	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
	20/4 18		Penyusunan implementasi harus dihubungkan respon pasien Evaluasi → Berdasarkan kriteria hasil.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
	29/4 18	Konsul BAB 5	Kesimpulan bersifat global dan menjawab tujuan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
	3/5 18	Konsul BAB 5	ACC BAB 5 → disiapkan laporan KTI 4/ maysi ridang.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
	12/5 18	Konsul Laporan KTI	Perbaiki BAB 3 → disesuaikan dengan realita yg anda lakukan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
			Ace, Sup Meju Siday KTI		
	28/2018 5	Konsul Pasca Sidang Revisi Sidang (Bu Laili)	Ringkasan → spasi 1 dan tambahkan result. BAB I → ditambahkan manfaat bagi klien & keluarga. BAB II → Patofisiologi dibuat skema penulisan singkatan dibuat kurung pengertian BAB IV → gambaran lokasi penelitian tambahkan eoe - Pola persepsi & tatalaksana keska- tan di khususkan pd p asma. - Pola nutrisi dan metabolik. diteliti pola makan di rumah dan ditambahkan - Pola sensori & pengetahuan tambah- kan penatalaksanaan pencegahan ter- hadap asma → penatalaksanaan. smta respon setelah menyawa- rah ditambahkan pd pola penang- gulangan stres. ACC revisi pasca sidang BAB 1 & 5		
	28/5 2018	Konsul Pasca sidang (Pak Zamal)	Singkatan tidak umum dibuatkan daftar singkatan konsistensi penulisan kalimat diagnosis kelebihan utama : ya paling mengagumkan.		

Ace diberikan 2 liter  
cair pada KTI