



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ASMA *BRONKIAL* PADA  
NY. M DAN NY. T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS  
DI RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Marisa Lina Mahrita  
NIM 152303101003**

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

## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien *Asma Bronkial* Pada Ny. M Dan Ny. T Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” telah disetujui pada:

Hari, tanggal : Rabu, 30 Mei 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus  
Lumajang



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ASMA BRONKIAL PADA  
NY. M DAN NY. T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFANBERSIHAN JALAN NAPAS  
DI RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Marisa Lina Mahrita  
NIM 152303101003**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ASMA BRONKIAL PADA  
NY. M DAN NY. T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFANBERSIHAN 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 Ilmu Keperawatan (D3)  
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

**Marisa Lina Mahrita  
NIM 152303101003**

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

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku (Sugianto dan Sumini) yang saya cintai selalu memberikan kasih sayang, dukungan, motivasi dan doa serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kakakku (Feri Andik Sepvidianto, Ferina Leni Lindarwati, dan Jerry Andi Anggara Fianto) yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
3. Bapak Eko Prasetya W., S. Kep., Ners, M. Kep selaku pembimbing dan inspirasi saya dalam menyelesaikan tugas akhir dengan segala motivasi dan dukungan yang telah di berikan.
4. Ibu Sri Wahyuningsih, S. ST., M. Keb. selaku dosen pembimbing akademik saya yang selalu memberikan semangat, motivasi dan selalu mengingatkan untuk selalu berbakti kepada orangtua dan selalu beribadah.
5. Teman-teman bimbingan KTI (Rico, Bayu Aji, Bayu Anggara, Bagus Yoga, Inike Sulviana, Wahyuni Meidayanti, Nova Vinca Fransisca, Anisah Bella) yang selalu memberi semangat dan berjuang bersama.
6. Sahabat tercintaku (Rosalia Bella, Anjani Mega Sintia, Novi Arinda, Erin Dini Pertiwi, Iin sri Wahyuni, dan Diendra Fadillalani) dan kelompok PKK (Nurul Aliyah, Umi Masruroh, Wahyu Mulyati, Siti Khumairoh, Aris Firdausiyah, Fitri Fibria, dan Esti Warih) yang selalu membantu dan memberikan semangat.
7. Seluruh teman-teman Mahasiswa D3 keperawatan Unej Kampus Lumajang yang telah bersama-sama saling membantu selama 3 tahun dalam menyelesaikan semua tugas yang di berikan.
8. Serta seluruh dosen dan staff yang telah memberikan dukungan serta fasilitas yang ada, serta kepada petugas ruang baca yang telah menyediakan referensi untuk menyelesaikan tugas akhir

## MOTO

“Mereka tidak (menjadi) lemah karena bencana yang menimpanya di jalan Allah, tidak patah semangat dan tidak (pula) menyerah (kepada musuh). Dan Allah mencintai orang-orang yang sabar.”

(Ali `Imrân [3]: 146)<sup>\*)</sup>

“Tuntutlah ilmu dan belajarlah (untuk ilmu) ketenangan dan kehormatan diri, dan bersikaplah rendah hati kepada orang yang mengajar kamu”

(HR. Athabrani)<sup>\*\*)</sup>

“Dan tiadalah seseorang yang alim keluar untuk mencari ilmu karena takut lenyapnya ilmu, atau takut hilangnya pengaruh ilmu, melainkan dia seperti seorang prajurit yang sedang berperang di jalan Allah. Dan barang siapa yang memperlambat pekerjaannya, maka akan terlambat nasabnya ”

(HR. al-Baihaqi)<sup>\*\*\*)</sup>

---

<sup>\*)</sup> Al-Umar, Nasir bin Sulaiman. (2007). *Melejitkan Semangat Ibadah! (Energi untuk Kembali Bangkit dari Kefuturan)*. Solo: Pustaka Arafah.

<sup>\*\*)</sup> Almath, Muhammad Faiz. (1991). *1100 Hadits Terpilih: Sinar Ajaran Muhammad*. Jakarta: Gema Press.

<sup>\*\*\*)</sup> Suraiya, Lely. (2004). *Secangkir Kopi Segunung Pahala*. Jakarta: Qultum Media.



**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Marisa Lina Mahrita

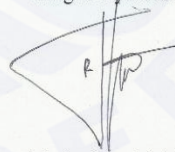
NIM : 152303101003

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pasien *Asma Bronkial* pada Ny. M dan Ny. T Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Mclati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 09 Juli 2018

Yang menyatakan,



Marisa Lina Mahrita  
NIM 152303101003

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ASMA BRONKIAL PADA  
NY. M DAN NY. T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKEFEKTIFANBERSIHAN JALAN NAPAS  
DI RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO  
LUMAJANG TAHUN 2018**

Oleh

Marisa Lina Mahrita  
NIM 152303101003

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Eko Prasetya W., S.Kep., Ners., M.Kep



**PENGESAHAN**

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien *Asma Bronkial* Pada Ny. M dan Ny. T Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang pada:

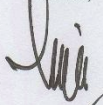
Hari : Senin

Tanggal : 09 Juli 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

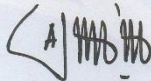
Tim Penguji:

Ketua,



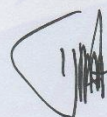
Ns. Laili Nur Azizah, S. Kep., M. Kep.  
NIP. 19751004 200801 2 016

Anggota I,



Anggia Astuti, S. Kp., M. Kep.  
NIDN 3426018401

Anggota II,



Eko Prasetya W., S.Kep., Ners., M.Kep.  
NRP 3430088601

Mengesahkan,

Koordinator Prodi

D3 Keperawatan Universitas Jember

Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S. Kep., Ners., MM.  
NIP 19650629 198703 2 008

## RINGKASAN

**“Asuhan Keperawatan Pasien *Asma Bronkial* Pada Ny. M dan Ny. T Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”**. Marisa Lina Mahrita, 152303101003; 2018: 125 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyakit asma masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di hampir semua negara di dunia, diderita oleh anak-anak sampai dewasa dengan derajat penyakit dari ringan sampai berat. Alergen asma akan menimbulkan reaksi antigen dan antibodi. Reaksi tersebut mengeluarkan substansi vasoaktif yang menyebabkan sekresi mukus meningkat dan terjadi obstruksi jalan napas. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien *Asma Bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Penelitian ini menggunakan metode laporan kasus terhadap 2 pasien *asma bronkial* dengan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedua partisipan memiliki masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas dengan batasan karakteristik yaitu batuk tidak efektif, adanya dispnea, gelisah, perubahan pola napas, adanya suara tambahan pernapasan dan tidak ada batuk. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen jalan napas, peningkatan batuk, pengaturan posisi, pemantauan pernapasan, dan bantuan ventilasi. Dimana pada manajemen jalan napas dilakukan terapi uap menggunakan minyak kayu putih.. Pada tahap implementasi tidak terdapat perbedaan pada kedua pasien terkait dengan tindakan akan tetapi pada cara mengolah informasi partisipan 2 lebih cepat mengerti. Pada tahap evaluasi keperawatan yaitu dari 4 kriteria hasil yang muncul pada pasien terkait dengan jalan napas yang efektif. Perawatan pada pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas perlu dilakukan tindakan keperawatan lebih dari 3 kali tindakan asuhan keperawatan untuk mencapai kriteria hasil sesuai yang di rencanakan.

## SUMMARY

**Nursing Care of Member of Bronchial Asthma on Patient M and Patient T with Nursing Problems of Ineffective Airways Clearance at RSUD Dr. Haryoto Lumajang 2018".** Marisa Lina Mahrita, 152303101003; 2018: 125 pages; Nursing D3 Study Program Faculty of Nursing University of Jember.

Asthma disease has still become the main health problem among people all over the world, it is suffered by children and adults from mild to severe one. Asthma sufferer will tend to show antigen and antibody reaction. That kind of reaction produces vasoactive substance which causes mucus secretion increases and airways blockage. This research aims to explore a case report of nursing care on bronchial asthma patients with nursing problem of ineffective airways clearance.

This research uses a case report method on 2 bronchial asthma patients with diagnosis of ineffective airways clearance. The data collection was done by conducting interviews, physical examination, and observation.

The result shows that the two patients have the problem of ineffective airways clearance with characteristics limit that are ineffective cough, dyspnea, anxiety, breath changing, abnormal breath sounds, and no cough. The planned nursing interventions includes airways management, the increase of coughing, bed positioning, breathing monitoring, and ventilation system. Meanwhile, on airways management needs to perform steam therapy using jojoba oil and giving information about sputum management. There is no difference about the actions performed to two patients on the execution process, but on the information processing the patient 2 can understand more quickly. On the nursing evaluation stage there are 4 criteria outcomes on patients related to the effective airways. The treatment performed on two bronchial asthma patients with nursing problem of ineffective airways clearance requires to perform more than 3 nursing actions to achieve the good result which has been planned.



## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan *Asma Bronkial* pada Ny. M dan Ny. T dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

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 dan sekaligus selaku penguji yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Ns. Laili Nur Azizah, S. Kep., M. Kep. selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
5. Ibu Anggia Astuti, S. Kp., M. Kep. Selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Dengan terselesaikannya laporan tugas akhir ini, diharapkan dapat memberikan manfaat. Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dibutuhkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 30 Mei 2018

Penulis

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul .....	i
Halaman Pembimbingan .....	ii
Persembahan .....	v
Moto .....	vi
Pernyataan .....	vii
Halaman Pengesahan .....	ix
Ringkasan .....	x
Summary .....	xi
Prakata .....	xii
Daftar Isi .....	xii
Daftar Tabel .....	xvii
Daftar Lampiran .....	xx
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Tujuan Penulisan</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4 Manfaat Penulisan</b> .....	<b>4</b>
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Konsep Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1.1 Definisi .....	5
2.1.2 Klasifikasi .....	5
2.1.3 Etiologi .....	7
2.1.4 Patofisiologi .....	10
2.1.5 Manifestasi .....	14
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik .....	14
2.1.7 Penatalaksanaan .....	19
2.1.8 Komplikasi .....	20
2.1.9 Prognosis .....	20
<b>2.2 Konsep Asuhan Keperawatan</b> .....	<b>20</b>
2.2.1 Pengkajian .....	20
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	24
2.2.3 Toksonomi Diagnosa Keperawatan .....	25
2.2.4 NOC .....	27
2.2.5 Tujuan/Kriteria Evaluasi .....	27
2.2.6 Intervensi Keperawatan .....	27
2.2.7 Aktivitas Keperawatan .....	28
2.2.8 Intervensi Keperawatan Menurut (Lemone, 2015) .....	30
2.2.9 Impelementasi Keperawatan .....	31
2.2.10 Evaluasi Keperawatan .....	32
<b>BAB 3 METODE KEPERAWATAN</b> .....	<b>33</b>
<b>3.1 Desain Penulisan</b> .....	<b>33</b>

<b>3.2 Batasan Istilah</b> .....	33
<b>3.3 Partisipan</b> .....	34
<b>3.4 Lokasi dan Waktu</b> .....	34
<b>3.5 Pengumpulan Data</b> .....	34
<b>3.6 Uji Keabsahan Data</b> .....	37
<b>3.7 Analisa Data</b> .....	39
<b>3.8 Etika Penulisan</b> .....	39
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	41
<b>4.1 Gambaran Lokasi Penulisan</b> .....	41
<b>4.2 Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan</b> .....	41
4.2.1 Pengkajian .....	41
4.3.2 Analisa Data .....	59
4.3.3 Diagnosa Keperawatan .....	61
4.3.4 Intervensi Keperawatan .....	62
4.3.4 Implementasi Keperawatan .....	64
4.3.6 Evaluasi Keperawatan .....	68
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	74
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	74
5.1.1 Pengkajian Keperawatan .....	74
5.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	74
5.1.3 Intervensi Keperawatan .....	74
5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	75
5.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	75
<b>5.2 Saran</b> .....	75
5.2.1 Bagi Perawat.....	75
5.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga.....	75
5.2.3 Bagi Rumah Sakit.....	75
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya.....	75
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	76
<b>LAMPIRAN</b>	

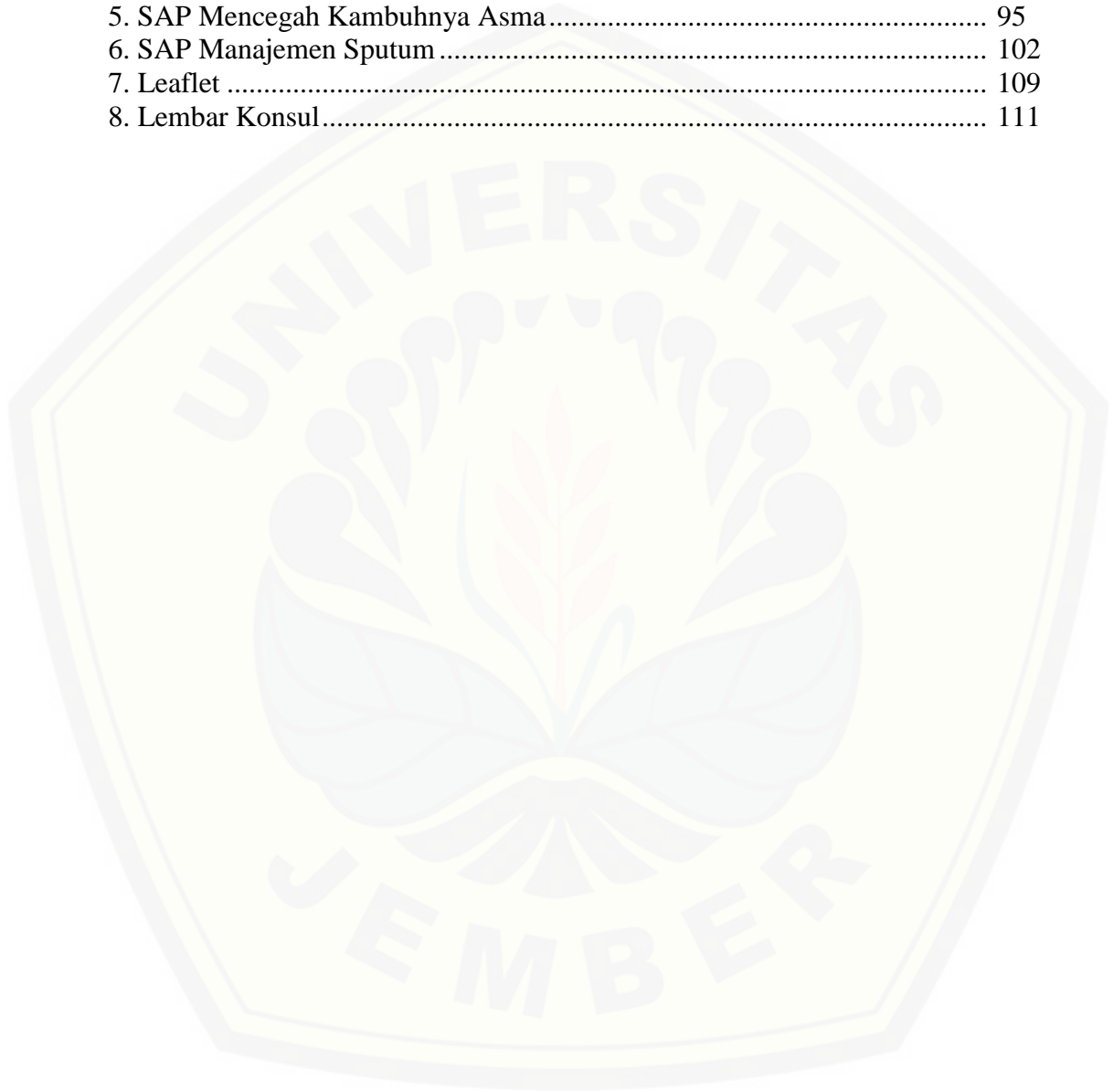


**DAFTAR TABEL**

2.1 Derajat Asma.....	6
2.2 Batasan Karakteristik Diagnosis .....	26
4.1 Identitas Pasien.....	41
4.2 Riwayat Pasien .....	43
4.3 Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan .....	46
4.4 Pola Nutrisi dan Metabolik dan Pola Eliminasi .....	46
4.5 Pola Tidur dan Istirahat.....	48
4.6 Pola Aktivitas dan Istirahat .....	49
4.7 Pola Sensori dan Pengetahuan .....	50
4.8 Pola Hubungan Interpersonal dan Peran .....	51
4.9 Keadaan/Kesan/Penampilan/Umum Pasien dan TTV .....	52
4.10 Pemeriksaan Fisik Sistem .....	54
4.11 Pemeriksaan Diagnostik.....	57
4.12 Terapi .....	58
4.13 Analisa Data .....	59
4.14 Batasan Karakteristik .....	60
4.15 Diagnosa Keperawatan.....	61
4.16 Intervensi Keperawatan.....	62
4.17 Implementasi Keperawatan .....	64
4.18 Evaluasi Keperawatan.....	68

**DAFTAR LAMPIRAN**

1. Jadwal Penyelenggaran KTI .....	78
2. Informed Consent.....	81
3. Lembar Wawancara .....	84
4. Surat Permohonan Ijin.....	92
5. SAP Mencegah Kambuhnya Asma.....	95
6. SAP Manajemen Sputum .....	102
7. Leaflet .....	109
8. Lembar Konsul.....	111



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit asma masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di hampir semua negara di dunia, diderita oleh anak-anak sampai dewasa dengan derajat penyakit dari ringan sampai berat (Kemenkes). Ini diawali dari alergen asma akan mengakibatkan timbulnya reaksi antigen dan antibodi. Reaksi tersebut mengeluarkan substansi vasoaktif yang menyebabkan sekresi mukus meningkat dan terjadi obstruksi jalan napas (Somantri, 2012). Jika sekresi mucus yang meningkat tersebut tidak ditangani dengan tepat dan cepat akan dapat menimbulkan komplikasi salah satunya adalah gagal napas (Wahid, 2013). Dari reaksi di atas gejala yang timbul yaitu rasa sesak, napas berbunyi (wheezing), dan batuk yang produktif (Muttaqin, 2008). Gejala tersebut masuk dalam batasan karakteristik diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas (Wilkinson, 2016).

Ketidakefektifan bersihan jalan napas pada seseorang terjadi karena adanya stimulus berbahaya dari bronkokonstriksi dengan produksi lendir yang berlebihan dan batuk menyebabkan hiperinflasi ringan sampai sedang, dengan  $PCO_2$  berkurang. Ketidakcocokan V/Q terjadi dengan cepat pada asma, dan hipoksia sering terjadi selama ekserbasi atau gejala persisten tidak terkontrol (Ringel, 2012). Terdapat tanda dan gejala umum yang bisa terjadi pada pasien asma dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu adanya dispnea, bunyi napas tambahan (Wheezing), serta perubahan pola napas (Wilkinson, 2016).

Asma dijumpai di seluruh dunia, menyerang laki-laki maupun perempuan, dewasa maupun anak, kaya maupun miskin. Berdasarkan data WHO (2002) dan GINA (2011), diseluruh dunia diperkirakan terdapat 300 juta orang menderita asma dan tahun 2025 diperkirakan jumlah pasien asma mencapai 400 juta. Jumlah ini dapat saja lebih besar mengingat asma merupakan penyakit yang *underdiagnosed*. Buruknya kualitas udara dan berubahnya pola hidup masyarakat diperkirakan menjadi penyebab meningkatnya penderita asma. Data dari berbagai

Negara menunjukkan bahwa prevalensi penyakit asma berkisar antara 1-18%(Kemenkes).

Secara nasional prevalensi penyakit asma berdasarkan Riskesdas 2013 mengalami peningkatan 1% dibandingkan Riskesdas 2007(Kemenkes). Pada Riskesdas 2013, umur 25-34 tahun prevalensi tertinggi yaitu sebesar 5,7 % dan umur <1 tahun prevalensi terendah yaitu sebesar 1,5 %. Pada provinsi Jawa Timur prevalensi asma terbesar 5,1 %(RI, 2013). Sedangkan di kabupaten Lumajang khususnya di RSUD Dr. Haryoto Lumajang pada tahun 2014 didapatkan 78 pasien asma, dan terjadipeningkatanpada bulan Januari-Juni tahun 2015 ada 49 pasien asma(Nisa`, 2015). Dan terjadi peningkatan jumlah pasien asma pada bulan Januari-April 2018 di RSUD Dr. Haryoto sebanyak29 pasien.

Pencetus yang paling sering memunculkan gejala asma dan eksaserbasi mencakup iritan jalan napas (misalnya, polutan, suhu dingin, panas, bau menyengat, asap, parfum), latihan fisik, stres atau perasaan marah, rhinosinuitis dengan postnatal drip, obat-obatan, infeksi virus pada jalan napas, dan refluks gastroesofageal. Sehingga muncul gejala asma yang paling umum adalah batuk (dengan atau tanpa disertai produksi mucus), dispnea, dan mengi (pertama-tama pada ekspirasi, bisa juga terjadi selama inspirasi(Smeltzer, 2013).

Faktor penyebab asma tersebut akan menimbulkan reaksi antigen dan antibody. Reaksi tersebut mengakibatkan dikeluarkannya substansi pereda alergi yang sebetulnya merupakan mekanisme tubuh dalam menghadapi serangan, yaitu dikeluarkannya histamine, bradikinin, dan anafilatoksin. Sekresi zat-zat tersebut menimbulkan gejala meningkatnya permeabilitas kapiler(Somantri, 2007).

Peningkatan permeabilitas dan sensitivitas terhadap alergen yang terhirup, iritan, dan mediator inflamasi merupakan konsekuensi dari adanya cedera pada epitel. Inflamasi kronis pada saluran pernapasan dapat menyebabkan penebalan membrane dasar dan deposisi kolagen pada dinding bronchial. Perubahan ini dapat menyebabkan sumbatan pada saluran napas secara kronis seperti yang dijumpai pada penderita asma. Pelepasan sebagai mediator inflamasi menyebabkan bronkokonstriksi, sumbatan vaskuler, permeabilitas vaskuler, edema, produksi dahak yang kental, dan gangguan fungsi mukosiliar(Ikawati, 2016).Produksi

dahak yang kental dapat menyebabkan seseorang mengalami ketidakefektifan bersihan jalan napas (Wilkinson, 2016).

Untuk mengatasi masalah tersebut perawat bisa melakukan terapi dengan tujuan terapi asma termasuk memperbaiki kualitas hidup, termasuk juga mengontrol gejala, mengurangi resiko eksaserbasi, dan mencegah kematian karena asma (Juhariyah, dkk, 2015). Perawatan yang berupa intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah kaji status pernapasan secara sering, monitor warna kulit dan suhu serta tingkat kesadaran, kaji hasil gas darah arteri dan pembacaan oksimetri nadi, kaji usaha batuk dan sputum, letakkan pada posisi fowler, fowler tinggi, atau ortopenik, beri oksigen sesuai instruksi, berikan terapi nebulizer dan berikan humidifikasi sesuai intruksi, awali atau bantu dengan fisioterapi dada, termasuk perkusi dan drainase postural, tingkatkan asupan cairan, lakukan suctioning endotrakea jika diperlukan (Lemone, 2015).

Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk mengambil judul penelitian “Asuhan Keperawatan Pasien *Asma Bronkial* Pada Ny. M dan Ny. T Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimana asuhan keperawatan pasien *asma bronkial* pada Ny. M dan Ny. T dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di RSUD dr. Haryoto Lumajang?

## **1.3 Tujuan penelitian**

Mampu memberikan asuhan keperawatan pasien *asma bronkial* pada Ny. M dan Ny. T dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di RSUD dr. Haryoto Lumajang.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Bagi Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas guna meningkatkan mutu pelayanan pada pasien.

### 1.4.2 Bagi pasien dan keluarga

Penelitian ini dapat meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam melakukan perawatan pada pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

### 1.4.3 Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan perawatan pada pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.



## BAB 2. KONSEP TEORI

### 2.1 Konsep Teori

#### 2.1.1 Definisi

Asma adalah obstruksi jalan napas yang bersifat reversible. Asma adalah penyakit yang ditandai oleh serangan intermitten bronkus yang disebabkan oleh rangsang alergi atau iritatif (Manurung, 2016).

Asma adalah penyakit inflamasi kronik pada jalan napas yang dikarakteristikan dengan hiperresponsifitas, edema mukosa, produksi mukus (Smeltzer, 2013).

Asma adalah penyakit obstruksi saluran pernapasan akibat penyempitan saluran napas yang sifatnya reversible (penyempitan dapat hilang dengan sendirinya) yang ditandai oleh episode obstruksi pernapasan diantara dua interval asimtomatik (Djojodibroto, 2014).

Asma didefinisikan sebagai suatu penyakit inflamasi kronis disaluran pernapasan, dimana terdapat sel-sel induk, eosinofil, T-limfosit, neutrofil, dan sel-sel epitel (Syamsudin, 2013).

#### 2.1.2 Klasifikasi

a. Tipe asma berdasarkan penyebabnya menurut (Somantri, 2012) terbagi menjadi alergi, idiopatik, dan non alergi/campuran (mixed).

1) Asma alergi/Ekstrensik, merupakan suatu bentuk asma dengan alergen seperti bulu binatang, debu, ketombe, tepung sari, makanan dan lain-lain. Alergen terbanyak adalah *airborne* dan musiman (*seasonal*). Pasien dengan asma alergi biasanya mempunyai riwayat penyakit alergi pada keluarga dan riwayat pengobatan eksim/*rhinitis* alergi. Paparan terhadap alergi akan mencetuskan serangan asma. Bentuk asma ini biasanya dimulai sejak kanak-kanak.

2) Idiopatik atau Nonalergik Asma/Instrinsik, tidak berhubungan secara langsung dengan alergen spesifik. Faktor-faktor seperti *common cold*, infeksi saluran napas atas, aktivitas, emosi/stres, dan polusi lingkungan akan mencetuskan serangan. Beberapa agen farmakologi seperti antagonis  $\beta$ -adrenergik

dan bahan sulfat (penyebab makanan) juga dapat menjadi faktor penyebab. Serangan dari asma idiopatik atau non alergi menjadi lebih berat dan sering kali dengan berjalannya waktu dapat berkembang menjadi bronkitis dan emfisema. Pada beberapa kasus berkembang menjadi asma campuran. Bentuk asma ini biasanya dimulai ketika dewasa (> 35 tahun).

3) Asma Campuran (*Mixed Asthma*), merupakan bentuk asma yang paling sering dikarakteristikan dengan bentuk kedua jenis asma alergi dan idiopatik atau non alergi.

b. Menurut (Djojodibroto, 2014) klasifikasi asma berdasarkan derajatnya:

Tabel 2.1 Derajat Asma (Djojodibroto, 2014)

Klasifikasi	Gejala	Gejala Malam Hari	Fungsi Paru
Intermitten Ringan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala <math>\leq 2</math> kali/minggu</li> <li>• Asintomatik dan PEF normal di antara eksaserbasi</li> <li>• Serangan singkat (beberapa jam sampai beberapa hari) intensitas mungkin bervariasi</li> </ul>	$\leq 2$ kali/bulan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV<sub>1</sub> atau PEF <math>\geq 80\%</math> perkiraan</li> <li>• Variabilitas PEF 20%</li> </ul>
Persisten Ringan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala <math>&gt; 2</math> kali/minggu namun <math>&lt; 1</math> kali/hari</li> <li>• Serangan mungkin memengaruhi aktivitas</li> </ul>	$> 2$ kali/minggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV<sub>1</sub> atau PEF <math>\geq 80\%</math> perkiraan</li> <li>• Variabilitas PEF 20-30%</li> </ul>
Persisten Sedang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala muncul setiap hari</li> <li>• Penggunaan harian inhalasi agonis-<math>\beta_2</math> kerja singkat</li> <li>• Serangan memengaruhi aktivitas</li> <li>• Serangan <math>\geq 2</math> kali/minggu</li> </ul>	$> 1$ kali/minggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV<sub>1</sub> atau PEF <math>&gt; 60-80\%</math> perkiraan</li> <li>• Variabilitas PEF <math>&gt; 30\%</math></li> </ul>
Persisten Berat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala muncul terus menerus</li> <li>• Aktivitas fisik terbatas</li> <li>• Sering serangan</li> </ul>	Sering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV<sub>1</sub> atau PEF <math>\leq 60\%</math> perkiraan</li> <li>• Variabilitas PEF <math>&gt; 30\%</math></li> </ul>

c. Indikasi Pasien MRS

Menurut (Djojodibroto, 2014) untuk menentukan apakah perlu perawatan di rumah sakit, digunakan indeks penilaian derajat serangan asma sebagai berikut:

1) Detak jantung  $> 120$ /menit

- 2) Takipnea dengan frekuensi  $> 30$ /menit
- 3) Pulsus paradoksus  $\geq 18$  mmHg
- 4) PEF  $\leq 120$  L/menit

Jika keempat hal ini terdapat pada pasien, diperkirakan 95% akan terjadi relaps dan perlu perawatan di rumah sakit. Namun demikian, ternyata yang dapat digunakan sebagai petunjuk lebih tepat adalah keberhasilan pada terapi inisial. Fotorontgen hanya berguna untuk menyingkirkan kemungkinan adanya pneumonia atau pneumotoraks, bukan untuk menilai derajat asma, walaupun hiperinflasi paru dapat menunjukkan kemungkinan adanya serangan asma akut.

### 2.1.3 Etiologi

a. Menurut (Education, 2015) pada pasien asma, beberapa ransangan memicu penyempitan saluran napas, mengi, dispneu, adalah sebagai berikut :

#### 1) Alergen

Alergen tersering yang memicu asma species *Dermatophagoides*, dan pajanan dilingkungan menyebabkan gejala kronis derajat rendah yang berlangsung sepanjang tahun. Alergen tersering lainnya berasal dari kucing dan hewan peliharaan lain, serta kecoak. Alergen lain termasuk serbuk sari rerumputan dan tanaman, *ragweed*, serta spora jamur bersifat musiman.

#### 2) Infeksi virus

Infeksi saluran napas atas oleh virus misalnya rinovirus, *respiratory syncytial virus*, dan korona virus merupakan pemicu tersering kekambuhan asma berat dengan virus.

#### 3) Obat-obatan

Penyekat adrenergik beta sering memperburuk asma secara akut, dan pemakaian obat golongan ini dapat mematikan. Semua golongan obat penyekat beta harus dihindari dan bahkan penyekat  $\beta_2$  selektif atau topikal (misal obat tetes mata timolol) dapat membahayakan.

#### 4) Olahraga

Asma imbas olahraga (*exercise-induced asthma, EIA*) biasanya dimulai setelah olahraga selesai dan pulih spontan dalam waktu sekitar 30 menit. EIA lebih parah

dari pada kondisi panas lembab. Karena itu serangan ini lebih sering pada jenis olahraga seperti lari lintas alam dalam cuaca dingin, bermain ski, dan hoki es dari pada berenang.

#### 5) Faktor fisis

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

#### 6) Makanan

Sebagian makanan misalnya kerang dan kacang-kacangan mungkin memicu reaksi anafilatik yang dapat mencakup mengi. Bahkan makanan tambahan tertentu mungkin memicu asma. Metabisulfit, yang digunakan sebagai pengawet makanan, dapat memicu asma melalui pelepasan gas sulfur dioksida di lambung. Tertrazin, suatu bahan pewarna kuning untuk makanan, dipercayai dapat menjadi pemicu asma tetapi bukti yang meyakinkan masih terbatas.

#### 7) Polusi udara

Meningkatnya kadar sulfur dioksida, ozon, dan nitrogen oksida di udara juga berkaitan dengan peningkatan gejala asma.

#### 8) Faktor pekerjaan

Beberapa bahan yang ditemukan di tempat kerja mungkin berfungsi sebagai *sensitizer* juga dapat memicu gejala asma. Asma akibat kerja ditandai oleh timbulnya gejala ketika bekerja yang mereda pada akhir pekan dan liburan.

#### 9) Faktor hormon

Beberapa wanita memperlihatkan perburukan asma pra-haid 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 *gonadotropin-releasing factor*. Tirotoksikosis dan hipotiroidisme dapat memperburuk asma meskipun mekanismenya belum dipastikan.

#### 10) Refluks Gastroesofagus

Refluk gastroesofagus sering terjadi pada pasien asma karena ditingkatkan oleh bronkodilator. Meskipun refluk asam dapat memicu reflek bronkokonstriksi, hal ini jarang menyebabkan gejala asma dan tetapi antirefluks tidak dapat mengurangi gejala asma pada pasien.

#### 11) Stres

Banyak pengidap asma melaporkan perburukan gejala jika mereka mengalami stres. Faktor psikologis dapat memicu bronkokonstriksi melalui jalur-jalur refleks kolinergik.

b. Sedangkan beberapa faktor resiko menurut (Education, 2015) diperkirakan yang mempengaruhi penyakit ini :

##### 1) Atopi

Atopi adalah faktor resiko utama untuk asma, dan orang nonatopik memiliki resiko sangat kecil untuk mengidap asma. Pasien dengan asma sering menderita penyakit atopik lain, terutama rinitis alergi, yang mungkin ditemukan pada 80 % pasien asma, dan dermatitis atopik. Alergen yang menyebabkan sensitisisasi biasanya adalah protein yang memiliki aktivitas protease, dan alergen tersering berasal dari tungau debu rumah, bulu kucing dan anjing, kecoa (di perkotaan), serbuk sari rumput dan tanaman, dan hewan pengerat (pada petugas laboratorium). Atopik disebabkan oleh kecenderungan genetik membentuk antibody IgE spesifik, dengan banyak pasien memperlihatkan riwayat penyakit alergi dalam keluarga.

##### 2) Faktor genetik

Adanya riwayat asma dalam keluarga serta tingginya angka kejadian asma pada kembar identik menunjukkan adanya predisposisi genetik pada penyakit ini, tetapi masih belum jelas apakah gen-gen yang mempermudah terjadinya asma serupa atau juga berperan dalam terjadinya atopi. Kini ada kemungkinan bahwa gen-gen yang berbeda mungkin juga berperan dalam asma secara spesifik, dan semakin banyak bukti menunjukkan bahwa beratnya asma juga ditentukan secara genetik.



### 3) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan pada masa awal kehidupan dapat menentukan apakah pengidap atopi kemudian mengalami asma. Meningkatnya prevalensi asma, terutama dinegara berkembang, dalam beberapa dekade terakhir juga menunjukkan pentingnya mekanisme lingkungan yang berikterasi dengan predisposisi genetik.

### 4) Faktor lain

Beberapa faktor lain juga diduga berperan dalam etiologi asma termasuk usia ibu yang lebih muda, durasi menyusui, prematuritas dan berat lahir rendah, dan inaktivitas, tetapi kecil kemungkinan berkontribusi dalam peningkatan globalprevalensi asma baru-baru ini juga terdapat keterkaitan dengan konsumsi asetaminofen (parasetamol)mpada masa anak, yang masih belum dapat dijelaskan.

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Patogenesis asma tidak sepenuhnya dipahami, dan sindrom klinis asma mungkin merupakan jalur akhir yang umum dari beberapa mekanisme yang berbeda. Paparan alergen, infeksi virus, faktor tuan rumah, predisposisi genetik, dan kemungkinan faktor lain yang belum teridentifikasi tergabung dalam beberapa cara untuk memicu terjadinya sindrom klinis. Di masa lalu, penekanan ditempatkan pada respon imun alergi tipe I dengan eosinofil dan IgE terasa mendominasi patogenesis. Penyelidikan terakhir menunjukkan bahwa proses yang lebih kompleks dengan neutrofil, limfosit, dan berbagai mediator peradangan berperan penting. Respon inflamasi, terlepas dari etiologinya, bertanggungjawab atas sindrom klinis. NAEPP mendefinisikan empat karakteristik asma klinis. Pertama, ada gejala, tetrad klinik adalah batuk, bersin, dahak, dan sesak napas (dispnea). Tidak semua penderita asma memiliki komponen sepanjang waktu, dan ini merupakan salah satu kesulitan pada diagnosis. Kedua, ada obstruksi jalan napas. Kontruksi otot polos bronkus menyebabkan pengungaran kaliber saluran pernapasan, seperti halnya hipersekresi lendir dan edema dinding saluran pernapasan. Obstruksi bersifat reversiber (atau setidaknya sebagian demikian)

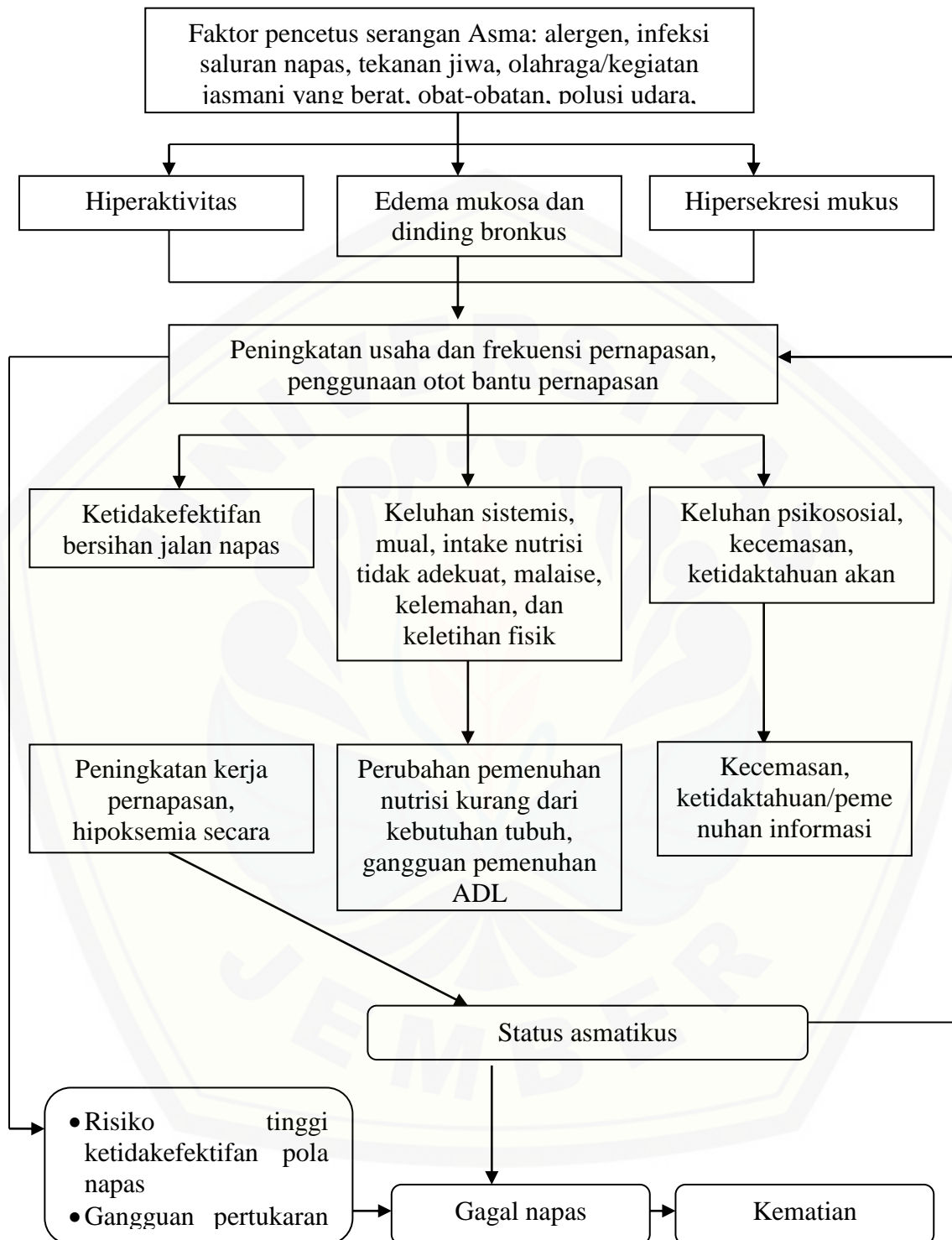


dengan pengobatan. Ketiga, ada peradangan. Saluran udara hipremi, ada sel-sel radang dalam dahak dan cucian bronkus, dan pemakaian obat anti inflamasi seperti kortikosteroid mengatasi gejala. Akhirnya, ada bronkus yang hiper responsif. Iritan, udara dingin, dan pencetus lainnya akan menyebabkan bentuk-bentuk, dahak lebih, dan lebih pada bronkokonstriksi pasien dengan asma dibandingkan individu normal. Pengujian untuk respons yang berlebih terkadang merupakan komponen diagnosis. Beberapa pasien dengan asma akan mengalami renovasi saluran udara, menyebabkan obstruksi ireversibel. Pasien dengan asma cenderung kehilangan fungsi paru-paru pada tingkat yang lebih cepat dari pada normal karena bertambahnya usia mereka. Paparan pada pekerjaan menjadi perhatian juga. Beberapa pajanan (misalnya, isosianat) dapat memicu asma *denovo*. Iritan umum mungkin tidak memicu asma, tetapi dapat menimbulkan eksaserbasi dan membuat penyakit lebih sulit untuk dikontrol. Salah satu pertanyaan yang dihadapi peneliti adalah apakah intervensi dini dapat mencegah remodeling saluran pernapasan dan percepatan hilangnya fungsi paru. Masalah ini belum diselesaikan.

Pasien dengan asma yang sepenuhnya reversibel akan mengalami periode sakit panjang yang bebas dari gejala di sela oleh eksaserbas. Penyebab eksaserbasi ini dapat atau tidak dapat diidentifikasi. Respons inflamasi menyebabkan bronkokonstriksi, edema saluran pernapasan, hipersekresi lendir, dan meningkatkan kerentanan terhadap peradangan dan gejala lebih lanjut. Pasien dengan asma tidak sepenuhnya reversibel, memiliki peradangan persisten dengan berbagai derajat dan secara kronis sistematis kecuali mendapat pengobatan. Mereka juga rentan terhadap episode eksaserbasi yang dipicu oleh faktor lingkungan dan infeksi. Pemicu khas untuk asma intermitten dan persisten meliputi infeksi pernapasan karena virus, infeksi pernapasan karena bakteri, polusi udara dan iritan lingkungan lainnya, paparan alergen, asap rokok, udara dingin, refluks gastroesofagus, dan olahraga. Pasien dengan asma kerja, akan bereaksi terhadap zat yang dihadapi di tempat kerja, namun juga akan bereaksi terhadap faktor-faktor eksaserbasi nonspesifik. Kebanyakan pasien memiliki mula timbul asma

pada masa anak-anak atau remaja, namun sejumlah tertentu pasien mengalami mula timbul di usia lanjut juga.

Selama eksaserbasi, kaliber saluran penapasan berkurang karena bronkokonstriksi, lendir, dan edema. Pasien akan batuk karena iritasi saluran pernapasan, dan dahak dapat berisi gumpalan dan eosinofil. Karena obstruksi saluran pernapasan selama ekspirasi lebih besar dari inspirasi, terjadi jebakan udara, dan paru-paru menjadi hiperinflasi. Keadaan ini, sama dengan peningkatan resistansi saluran pernapasan, merupakan salah satu mekanisme utama sesak napas. Selain itu, ada bukti bahwa ada partisipasi aktif dari otot-otot pernapasan dalam membantu hiperinflasi. Inflasi dada yang berlebihan menempatkan sistem pernapasan pada titik yang berbeda pada kurva kepatuhan, dan dapat membantu ekshalasi (menghembuskan napas). Karena aktifitas otot selama inhalasi dan aktif, ekshalasi di bantu otot (sebagai lawan berakhirnya pasif normal), ada beban elastis yang di tempatkan pada sistem pernapasan seperti juga beban resistif. Biasanya, setimulus berbahaya dari bronkokonstriksi dengan produksi lendir yang berlebihan dan batuk menyebabkan hiperinflasi ringan sampai sedang, dengan  $PCO_2$  berkurang. Ketidakcocokan  $V/Q$  terjadi dengan cepat pada asma, dan poksia sering terjadi selama eksaserbasi atau gejala persisten tidak terkontrol. Mengi disebabkan oleh kecepatan aliran udara tinggi melalui saluran pernapasan yang tidak teratur. Tidak adanya mengi pada pasien dengan serangan yang berat merupakan tanda prognostik buruk yang menyiratkan aliran udara sedikit atau tidak ada, dan kembali mengalami mengi sebenarnya menunjukkan bahwa pasien sudah membaik. Pada eksaserbasi yang parah, yang mengancam jiwa, bronkokonstriksi progresif dan hiperinflasi menyebabkan otot pernapasan lelah dan tidak ada pertukaran gas; kematian terjadi karena gagal pernapasan. Dorongan untuk hiperfentilasi pada eksaserbasi berat sangat kuat;  $paCO_2$  normal (sedikit meningkat) pada pasien dengan penyakit klinis yang parah merupakan tanda ketidak beruntungan (Ringel, 2012).



### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Smeltzer, 2013) manifestasi asma adalah:

- a. Gejala asma paling umum adalah batuk (dengan atau tanpa disertai produksi mukus), dispnea dan mengi (pertama-tama pada ekspirasi, kemudian bisa juga terjadi selama inspirasi).
- b. Serangan asma paling sering terjadi pada malam atau pagi hari.
- c. Eksaserbasi asma sering kali didahului oleh peningkatan selama sehari-hari, namun dapat pula terjadi secara mendadak.
- d. Sesak dada dan dispnea.
- e. Diperlukan usaha untuk melakukan ekspirasi dan ekspirasi memanjang.
- f. Seiring proses eksaserbasi, sianosis sentral sekunder akibat hipoksia berat dapat terjadi.
- g. Gejala tambahan seperti diaforesis, takikardia, dan pelebaran tekanan nadi mungkin dijumpai pada pasien asma.
- h. Asma yang disebabkan oleh latihan fisik: gejala maksimal selama menjalani latihan fisik, tidak terdapat gejala pada malam hari, dan terkadang hanya muncul gambaran sensasi seperti “tercekik” selama menjalani latihan fisik.
- i. Reaksi yang parah dan berlangsung terus menerus, yakni status asmatikus, bisa terjadi. Kondisi ini dapat mengancam kehidupan.
- j. Eksema, ruam, dan edema temporer merupakan reaksi alergi yang biasanya menyertai asma.

### 2.1.6 Pemeriksaan diagnostik

- a. Pengukuran Fungsi Paru (spirometri)

Pengukuran ini dilakukan sebelumnya dan sesudah pemberian bronkodilator aerosol golongan adrenergik. Peningkatan FEV atau FVC sebanyak lebih dari 20% menunjukkan diagnosis asma (Muttaqin, 2008).

- b. Tes Provokasi Bronkus

Tes ini dilakukan pada spirometri Internal. Penurunan FEV sebesar 20 % atau lebih setelah tes provokasi atau denyut jantung 80-90% dari maksimum

dianggap bermakna bila menimbulkan penurunan PEFr 10% atau lebih (Muttaqin, 2008).

#### c. Uji Kulit

Uji tusuk kulit (skin prick test) terhadap alergen inhalan 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 (Education, 2015).

#### d. Pemeriksaan Laboratorium

##### 1) Analisa Gas Darah (AGD/Astrup)

Hanya dilakukan pada serangan asma berat karena terdapat hipoksemia, hiperkapnea, dan asidosis respiratorik (Muttaqin, 2008).

##### 2) Sputum

Adanya badan kreola adalah karakteristik untuk serangan asma yang berat, karena terdapat hipoksemia, hiperkapnea, dan asidosis respiratorik (Muttaqin, 2008).

##### 3) Sel eosinofil

Leukosit terdiri dari neutrophil, eosinophil, Basophil, monosit, dan limfosit (Nugraha, 2015). Sel eosinofil pada pasien dengan status asmatikus dapat mencapai  $1000-1500/\text{mm}^3$  baik asma intrinsik atau ekterinsik, sedangkan hitung sel eosinofil normal antara  $100-200/\text{mm}^3$ . Perbaikan fungsi paru disertai penurunan hitung jenis sel eosinofil menunjukkan pengobatan telah tepat (Muttaqin, 2008).

##### 4) Pemeriksaan Darah Rutin dan Kimia

SGOT dan SGPT meningkat disebabkan kerusakan hati akibat hipoksia atau hiperkapnea (Muttaqin, 2008).

##### 5) Pemeriksaan Radiologi

Hasil pemeriksaan radiologi pada pasien dengan *asma bronkial* biasanya normal, tetapi prosedur ini harus tetap dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya proses patologi di paru atau komplikasi asma (Muttaqin, 2008).



## 6) Ekshalasi Nitrat Oksida

Ekshalasi NO kini tengah digunakan sebagai tes noninvasif untuk mengukur peradangan eosinofilik disaluran naosm kadarnya yang biasanya 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 (Education, 2015).

### 2.1.7 Penatalaksanaan

#### a. Farmakologis

Asma merupakan penyakit kronis, sehingga membutuhkan pengobatan yang perlu dilakukan untuk mencegah kekambuhan berdasarkan penggunaannya, maka (Ikawati, 2016) obat asma terbagi menjadi tiga golongan yaitu :

1) Obat pengontrol: digunakan secara rutin untuk terapi pemeliharaan/pencegahan kekambuhan. golongan obat ini dapat mengurangi inflamasi saluran napas. mengontrol gejala dan mengurangi resiko 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*, *modifer leukotrien*, dan golongan *metilksantin*.

2) Obat pelega (reliever): digunakan untuk meredakan gejala pada saat eksaserbasi/kekambuhan asma, termasuk pada saat terjadi perburukan gejala asma. Golongan obat ini direkomendasikan juga untuk mencegah bronokonstriksi akibat olahraga pengurangan kebutuhan pengguna obat pelega merupakan tujuan penatalaksanaan asma yang menjadi ukuran keberhasilan terapi asma, karena berarti pasien semakin jarang kambuh. Obat yang sering digunakan untuk terapi pelega suatu *bronkodilator* ( $\beta_2$  agonis aksi cepat, antikolerjik, metilksantin) dan *kortikosteroid oral* (sistemik).

3) Obat tambahan (*add-on therapies*) untuk pasien dengan asma berat : digunakan jika pasien mengalami gejala yang menetap (persisten) dan atau 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).

b. Non farmakologi

1) Penyuluhan

Untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit asma sehingga pasien secara sadar menghindari faktor-faktor pencetus, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi kepada tim medis (Muttaqin, 2008).

2) Menghindari Faktor Pencetus

Pasien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan asma yang ada pada lingkungannya, diajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pencetus, termasuk intake cairan yang cukup bagi pasien (Muttaqin, 2008).

3) Fisioterapi

Dapat digunakan untuk mempermudah pengeluaran mukus. Ini dapat dilakukan dengan postural drainase, perkusi, dan fibrasi dada (Muttaqin, 2008).

4) Terapi komplementer

Terapi diet, obat lingkungan, dan suplemen nutrisi adalah terapi komplementer yang paling luas direkomendasikan oleh profesional asuhan kesehatan untuk asma. Terapi nutrisi dan diet dapat berupa menghilangkan/meniadakan makanan tertentu atau aditif makanan (mis., sulfite) dari diet, sering kali tidak adanya alergi makanan yang terdokumentasi atau kaitan antara konsumsi dan awitan gejala asma. Meskipun bukti tidak konsisten, beberapa penelitian menyatakan bahwa meningkatkan asupan asam askorbat, antioksidan, zink, dan magnesium dapat membantu meredakan manifestasi asma. Orang penderita asma ringan dapat memperoleh manfaat dari penambahan asam lemak tak jenuh omega 3 ke dalam diet, mengalami serangan yang kurang berat dan sedikit serangan akut.

Sediaan herbal dapat mencakup belanoda atropa (bentuk atropin alami) atau efreda (juga dikenal mahuang), herbal yang mengandung efedrin. Herbal ini memiliki efek serupa dengan obat yang digunakan untuk menangani asma dan tidak boleh digunakan bersama dengan sediaan stimulan simpatetik atau antikolinergik. Karena bahaya terkait penggunaannya, penjualan produk herbal

yang mengandung efredatelah dilarang. Sarankan pasien untuk menanyakan mengenai cara penggunaan obat herbal cina untuk mengatasi asma, untuk bertanya mengenai produk yang mengandung ma hung atau efreda, dan untuk menghindari produk tersebut. Capsaicin juga dapat meredakan gejala asma akut. Sediaan herbal lain, antara lain quercetin dan ekstrak biji anggur. Rujuk pasien yang tertarik dalam penggunaan sediaan alami ke herbalis berkualifikasi, dan menekankan pentingnya berbicara ke dokter sebelum menggunakan sediaan ini bersama dengan terapi konvensional.

5) Aktivitas fisik(GINA, 2017)

- a) Memberikan nasehat tentang pencegahan dan penanganan bronkokonstriksi akibat olahraga.
- b) Aktivitas fisik teratur meningkatkan kebugaran kardiopulmoner, namun tidak memberikan manfaat khusus lainnya fungsi paru atau gejala asma, kecuali berenang pada orang muda dengan asma.
- c) Dorong penderita asma untuk melakukan aktivitas fisik secara teratur untuk mendapatkan manfaat kesehatan secara umum.
- d) Ada sedikit bukti untuk merekomendasikan salah satu bentuk aktivitas fisik di atas yang lain.

6) Pengurangan berat badan(GINA, 2017)

Termasuk pengurangan berat badan dalam rencana perawatan obesitas pasien dengan asma.

7) Latihan pernapasan(GINA, 2017)

Latihan pernapasan mungkin berguna sebagai terapi tambahan dari pemberian farmakoterapi asma.

8) Berurusan dengan stres Emosional(GINA, 2017)

- a) Mendorong pasien mengidentifikasi tujuan dan strategi untuk berurusan dengan stres emosional jika itu membuat asma mereka lebih buruk.
- b) Strategi relaksi dan latihan pernapasan mungkin membantu.
- c) Mengatur rencana penilaian kesehatan mental untuk pasien dengan gejala kecemasan atau depresi.

### 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin timbul(Wahid, 2013)adalah :

- a. Status asmatikus : suatu keadaan darurat medis berupa serangan asma akut yang berat bersifat refrator terhadap pengobatan yang lazim dipakai.
- b. Atelektasis : ketidakmampuan paru mengembang dan mengempis.
- c. Hipoksemia: rendahnya kadar oksigen pada darah khususnya arteri
- d. Pneumothoraks: tertimbunnya udara pada rongga pleura
- e. Emfisema: kerusakan kantung udara (alveoli)
- f. Deformitas thoraks: perubahan bentuk dada mis., barel chest
- g. Gagal napas.

### 2.1.9 Prognosis

Pemicu asma sering bisa di ketahui dan di hindari. Pasien dapat belajar untuk memeriksa level arus puncakdan mengelola gejala bersama dengan perawat mereka. Asma dikontrol dengan baik secara khas mempunyai gejala serangan yang bisa dibalik, yang dapat dikendalikan dengan pengobatan, sering pada pasien rawat jalan. Dengan serangan yang sering, suatu eksposur ringan pada pemicu yang telah dikenal sering kali cukup untuk memperburuk suatu serangan. Pasien yang tidak bereaksi terhadap pengobatan atau yang menggunakan pengobatan yang tidak sesuai bisa meninggal selama serangan asma(DiGiulio, 2014).

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

- a. Biodata

Sering timbul pada usia kurang dari 40 tahun(Somantri, 2012). Perempuan lebih rentan untuk menderita penyakit asma dibanding laki-laki (Bahari Putri, Mita, & Rijai, 2015).

- b. Riwayat Penyakit Saat Ini

Pasien dengan serangan asma datang mencari pertolongan terutama dengan keluhan sesak napas yang hebat dan mendadak, kemudian diikuti dengan gejala-gejala lain seperti wheezing, penggunaan otot bantu pernapasan, kelelahan,

gangguan kesadaran, sianosi, dan perubahan tekanan darah. Perawat perlu mengkaji obat-obatan yang biasa diminum pasien dan memeriksa kembali setiap jenis obat apakah masih relevan untuk digunakan kembali (Muttaqin, 2008).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya infeksi saluran pernapasan atas, sakit tenggorokan, amandel, sinusitis, dan polip hidung. Riwayat serangan asma, frekuensi, waktu, dan alergen-alergen yang dicurigai sebagai pencetus serangan, serta riwayat pengobatan yang dilakukan untuk meringankan gejala asma (Muttaqin, 2008). Kondisi lingkungan fisik juga dapat mempengaruhi terjadinya kekambuhan *asma bronkial* (Rustiani, Damayanti, & Pratama, 2017).

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Pada pasien dengan serangan asma perlu dikaji tentang riwayat penyakit asma atau penyakit alergi yang lain pada anggota keluarganya karena hipersensitivitas pada penyakit asma ini lebih ditentukan oleh faktor genetik dan lingkungan (Muttaqin, 2008).

e. Pengkajian Psiko-sosio-kultural

Kecemasan dalam coping yang tidak efektif sering didapatkan pada pasien dengan *asma bronkial*. Status ekonomi berdampak pada asuransi kesehatan dan perubahan mekanisme peran dalam keluarga. Gangguan emosional sering dipandang sebagai salah satu pencetus bagi serangan asma baik gangguan itu berasal dari rumah tangga, lingkungan sekitar, sampai lingkungan kerja. Seorang dengan beban hidup yang berat lebih berpotensi mengalami serangan asma. Berada dalam keadaan yatim piatu, mengalami ketidakharmonisan hubungan dengan orang lain, sampai mengalami ketakutan yang tidak dapat menjalankan peranan seperti semula (Muttaqin, 2008).

f. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Gejala asma dapat membatasi manusia untuk berperilaku hidup normal sehingga pasien dengan asma harus merubah gaya hidupnya sesuai kondisi yang tidak akan menimbulkan serangan asma (Muttaqin, 2008).



g. Pola Hubungan dan Peran

Gejala asma sangat membatasi pasien untuk menjalani kehidupannya secara normal. Pasien perlu menyesuaikan kondisinya dengan hubungan dan peran pasien, baik dilingkungan rumah tangga, masyarakat, ataupun lingkungan kerja serta perubahan peran yang menjadi setelah pasien mengalami serangan asma (Muttaqin, 2008).

h. Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

i. Pola Penanggulangan Stres

Stres pada ketegangan emosional merupakan faktor instrinsik pencetus serangan asma. Oleh karena itu perlu dikaji penyebab terjadinya stres. Frekuensi dan pengaruh stres dalam kehidupan pasien serta cara penanggulangan terhadap stresor (Muttaqin, 2008). Penderita asma dengan stress tinggi biasanya memiliki beban pikiran, yang terkadang tidak dapat dilimpahkan pada orang lain dan sering memunculkan manifestasi asma (Nursalam, Hidayati, & Sari, 2009).

j. Pola Sensorik dan Kognitif

Kelainan pada persepsi dan kognitif akan mempengaruhi konsep diri pasien dan akhirnya mempengaruhi jumlah stresor yang dialami pasien sehingga kemungkinan terjadi serangan asma berulangpun akan semakin tinggi (Muttaqin, 2008).

k. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

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

## 1. Pola aktivitas dan Istirahat

Aktivitas yang sering dapat menyebabkan muncul gejala asma, sehingga tubuh tidak dapat mentolerir rasa lelah maka tubuh akan mengkompensasi dengan bernapas lebih cepat untuk memperoleh oksigen yang lebih banyak (Sari, 2013).

### 2.2.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik berguna menemukan tanda-tanda fisik yang mendukung diagnosis asma dan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain, serta berguna untuk mengetahui penyakit yang mungkin menyertai asma.

#### a. Keadaan Umum

Kaji kesadaran pasien, kecemasan, kegelisahan, kelemahan suara bicara, denyut nadi, frekuensi pernapasan yang meningkat, penggunaan otot-otot bantu pernapasan, sianosis, batuk dengan lendir lengket, dan posisi istirahat pasien (Muttaqin, 2008). Asma timbul bila berinteraksi dengan pencetus terjadinya asma. Sehingga dikhawatirkan dapat menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan depresi (Lorensia, Wahjuningsih, & Sungkono, 2015). Obesitas menyebabkan penekanan dan infiltrasi jaringan lemak dinding dada yang berdampak pada peningkatan hiperreaktivitas dan obstruksi saluran napas (Bustam, 2015).

#### b. Objektif (Somantri, 2012)

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

c. BI (Breathing)

1) Inspeksi

Terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernapasan, serta penggunaan otot-otot bantu pernapasan. Inspeksi dada untuk melihat postur bentuk dan kesimentrisan, adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot interkolastis, sifat dan irama pernapasan, dan frekuensi pernapasan (Muttaqin, 2008).

2) Palpasi

Kesimentrisan, ekspansi, dan taktil fremitus normal (Muttaqin, 2008).

3) Perkusi

Didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah (Muttaqin, 2008).

4) Auskultasi

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

d. B2 (Blood)

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

e. B3 (Brain)

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

f. B4 (Bladder)

Pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor ada tidaknya oliguria, karena hal tersebut merupakan tanda awal syok (Muttaqin, 2008).

g. B7 (Bowel)

Perlu dikaji dengan bentuk, turgor, nyeri, dan tanda-tanda infeksi, mengingat hal-hal tersebut juga dapat merangsang serangan asma. Pengkajian tentang status nutrisipatient meliputi jumlah, frekuensi, dan kesulitan-kesulitan dalam memenuhi

kebutuhannya. Pada pasien dengan sesak napas, sangat potensial terjadi kekurangan pemenuhan kebutuhan nutrisi, hal ini karena terjadi dispnea saat makan, laju metabolisme, serta kecemasan yang dialami pasien (Muttaqin, 2008).

#### h. B8 (Bone)

Dikaji adanya edema ekstremitas, tremor, dan tanda-tanda infeksi pada ekstremitas karena dapat merangsang serangan asma. Pada integumen perlu dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, mengelupas atau bersisik, perdarahan, pruritus, elsim, dan adanya bekas atau tanda urtikaria atau dermatitis. Pada rambut, dikaji warna rambut, kelembapan dan kusam. Perlu dikaji juga tentang bagaimana tidur dan istirahat pasien yang meliputi berapa lama tidur dan istirahat pasien, serta berapa besar akibat kelelahan yang dialami pasien. Adanya wheezing, sesak, dan ortopnea dapat mempengaruhi pola tidur dan istirahat pasien. Perlu dikaji pula tentang aktivitas keseharian pasien seperti olahraga, bekerja, dan aktivitas lainnya. Aktivitas fisik juga dapat menjadi faktor pencetus asma yang disebut juga *exercise induced asma* (Muttaqin, 2008).

### 2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul menurut (Muttaqin, 2008) adalah berikut ini :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan adanya bronkokonstriksi, bronkhospasme, edema mukosa dan dinding bronkus, serta sekresi mukus yang kental.
- b. Resiko tinggi ketidakefektifan pola napas yang berhubungan dengan peningkatan kerja pernapasan, hipoksemia, dan ancaman gagal napas.
- c. Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan serangan asma menetap.
- d. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan penurunan nafsu makan.
- e. Gangguan ADL yang berhubungan dengan kelemahan fisik umum, kelelahan.

- f. Cemas yang berhubungan dengan adanya ancaman kematian yang dibayangkan (ketidakmampuan untuk bernapas ).
- g. Kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan informasi yang tidak adekuat mengenai proses penyakit dan pengobatan.

#### **2.2.4 Toksonomi Diagnosa Keperawatan (Domain 11, Kelas 2, Kode 00031)**

- a. Definisi ketidak efektifan bersihan jalan napas  
Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk membersihkan bersihan jalan napas(Heather, 2015).
- b. Batasan karakteristik
  - 1) Batuk yang tidak efektif
  - 2) Dipsnea
  - 3) Gelisah
  - 4) Kesulitan Verbalisasi
  - 5) Mata terbuka lebar
  - 6) Ortopnea
  - 7) Penurunan bunyi napas
  - 8) Perubahan pola napas
  - 9) Sianosis
  - 10) Sputum dalam jumlah yang berlebihan
  - 11) Suara napas tambahan
  - 12) Tidak ada batuk(Heather, 2015)
- c. Faktor yang berhubungan
  - 1) Lingkungan
    - a) Perokok
    - b) Perokok pasif
    - c) Terpajan asap
  - 2) Obstruksi jalan napas
    - a) Adanya jalan napas buatan
    - b) Benda asing dalam jalan napas



- c) Eksudat dalam alveoli
  - d) Hyperplasia pada dinding bronkus
  - e) Mucus berlebihan
  - f) Penyakit paru obstruksi kronis
  - g) Sekresi yang tertahan
  - h) Spasme jalan napas
- 3) Fisiologis
- a) Asma
  - b) Disfungsi neuromuscular
  - c) Infeksi
  - d) Jalan napas alergik(Heather, 2015)
- d. Saran penggunaan

Gunakan batasan karakteristik untuk membedakan secara hati-hati diantara diagnosis ini dan dua diagnosis pernapasan alternatif. Jika batuk dan refleks muntahtidak efektif atau tidak ada sekunder akibat anestesi, gunakan *risiko aspirasi*, bukan *ketidakefektifan bersihan jalan napas* agar berfokus pada pencegahan aspirasi, bukan mengajarkan batuk efektif(Wilkinson, 2016).

Tabel 2.2 Batasan Karakteristik Diagnosis (Wilkinson J. , 2016)

Diagnosis Keperawatan	Ada	Tidak Ada
Gangguan Pertukaran Gas	Gas darah yang tidak normal Hipoksia	Batuk tidak efektif Batuk
Ketidakefektifan pola napas	Perubahan status mental "Penampilan" usaha napas pasien; napas cuping hidung, penggunaan otot aksesorius, pernapasan bibir mecucu	Takikardia, gelisah Batuk tidak efektif Obstruksi atau aspirasi
Ketidakefektifan jalan napas	Gas darah abnormal Batuk, batuk tidak efektif Perubahan dalam frekuensi /kedalaman pernapasan Biasanya disebabkan peningkatan / membandelnya sekret/obstruksi (mis., aspirasi)	Gas darah abnormal

### 2.2.5 NOC (Wilkinson J. M., 2013)

- a. Pencegahan Aspirasi: Tindakan personal untuk mencegah masuknya cairan dan partikel padat ke dalam paru.
- b. Respons Ventilasi Mekanik Orang Dewasa: Perubahan alveolar dan perfusi jaringan disokong secara efektif oleh ventilasi mekanik.
- c. Status Pernapasan, Kepatenan Jalan Napas: Jalan napas trakeobronkial terbuka dan bersih untuk pertukaran gas.
- d. Status Pernapasan Ventilasi : Pergerakan udara masuk dan keluar paru.

### 2.2.6 Tujuan / Kriteria Evaluasi (Wilkinson J. M., 2013)

- a. Menunjukkan bersihan jalan napas yang efektif, yang dibuktikan oleh Pencegahan Aspirasi; Status Pernapasan: Kepatenan Jalan Napas; dan Status Pernapasan: Ventilasi tidak terganggu.
- b. Menunjukkan status pernapasan: Kepatenan Jalan Napas, yang dibuktikan oleh indikator gangguan sebagai berikut (sebutkan 1-5; gangguan ekstrem, berat sedang ringan, atau tidak ada gangguan):
  - 1) Frekuensi dan irama pernapasan
  - 2) Kedalaman inspirasi
  - 3) Kemampuan untuk membersihkan sekresi

### 2.2.7 Intervensi NIC (Wilkinson J. M., 2013)

- a. Manajemen Jalan Napas: Memfasilitasi kepatenan jalan udara
- b. Pengisapan Jalan Napas: Mengeluarkan sekret dari jalan napas dengan memasukkan sebuah kateter pengisap ke dalam jalan napas oral dan/ atau trakea.
- c. Kewaspadaan Aspirasi: Mencegah atau meminimalkan faktor resiko pada pasien yang beresiko mengalami aspirasi.
- d. Manajemen Asma: Mengidentifikasi, menangani, dan mencegah reaksi inflamasi/konstriksi di dalam jalan napas.

- e. Peningkatan Batuk: Meningkatkan inhalasi dalam pada pasien yang memiliki riwayat keturunan mengalami tekanan intratorasik dan kompresi parenkim paru yang mendasari untuk pengerahan tenaga dalam menghembuskan udara.
- f. Pengaturan Posisi: Mengubah posisi pasien atau bagian tubuh pasien secara sengaja untuk memfasilitasi kesejahteraan fisiologis dan psikologis.
- g. Pemantauan Pernapasan: Mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk memastikan kepatenan jalan napas dan pertukaran gas yang adekuat.
- h. Bantuan Ventilasi: Meningkatkan pola napas spontan yang optimal, yang memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbondioksida pada paru.

### **2.2.8 Aktifitas Keperawatan**(Wilkinson J. M., 2013)

#### a. Pengkajian

- 1) Kaji dan dokumentasikan hal-hal berikut ini
  - a) Keefektifan pemberian oksigen dan terapi lain
  - b) Keefektifan obat yang diprogramkan
  - c) Hasil oksimetri nadi
  - d) Kecenderungan pada gas darah arteri, jika tersedia
  - e) Frekuensi, kedalaman, dan upaya pernapasan
  - f) Faktor yang berhubungan, seperti nyeri, batuk tidak efektif mukus kental, dan kelelahan
- 2) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan
- 3) Pengisapan jalan napas (NIC)
  - a) Tentukan kebutuhan pengisapan oral atau trakea
  - b) Pantau status oksigen pasien (Tingkat  $SaO_2$  dan  $SvO_2$ ) dan status hemodinamik (tingkat MAP (Mean Arterial Pressure) dan irama jantung) segera sebelum, selama, dan setelah pengisapan
  - c) Catat jenis dan jumlah sekret yang dikumpulkan

b. Penyuluhan untuk Pasien/Keluarga

- 1) Jelaskan penggunaan yang benar peralatan pendukung (Mis,Oksigen,Mesin Pengisapan, Spirometer, Inhaler, dan *Intermittent Positive Pressure Breathing* (IPPB))
- 2) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang larangan merokok di dalam ruang perawatan : beri penyuluhan tentang pentingnya berhenti merokok
- 3) Instruksikan kepada pasien tentang batuk dan teknik napas dalam untuk memudahkan pengeluaran sekret
- 4) Ajarkan pasien untuk membebat/mengganjal luka insisi pada saat batuk
- 5) Ajarkan pasien dan keluarga tentang makna perubahan pada sputum, seperti warna, karakter, jumlah, dan bau
- 6) Pengisapan Jalan Napas (NIC): Instruksikan kepada pasien dan/ atau keluarga tentang cara pengisapan jalan napas, jika perlu

c. Aktivitas Kolaboratif

- 1) Rundingkan dengan ahli terapi pernapasan, jika perlu
- 2) Konsultasikan dengan dokter tentang kebutuhan untuk perkusi atau peralatan pendukung
- 3) Berikan udara/oksigen yang telah dihumidifikasi (dilembapkan) sesuai dengan kebijakan institusi
- 4) Lakukan atau bantu dalam terapi aerosol, nebulizer ultrasonik, dan perawatan paru lainnya sesuai dengan kebijakan dan protokol institusi
- 5) Beri tahu dokter tentang hasil gas darah yang normal

d. Aktivitas Lain

- 1) Anjurkan aktivitas fisik untuk memfasilitasi pengeluaran sekret
- 2) Anjurkan penggunaan spirometer insentif
- 3) Jika pasien tidak mampu ambulasi, pindahkan pasien dari satu sisi tempat tidur ke sisi tempat tidur yang lain sekurangnya setiap dua jam sekali
- 4) Informasikan kepada pasien sebelum memulai prosedur, untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kontrol diri
- 5) Berikan pasien dukungan emosim (mis., meyakinkan pasien bahwa batuk tidak akan menyebabkan robekan atau “kerusakan” jahitan)

- 6) Atur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada (mis., bagian kepala ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi)
- 7) Pengisapan nasofaring atau orofaring untuk mengeluarkan sekret (sebutka frekuensinya)
- 8) Lakukan pengisapan endotrakea atau nasotrakea, jika perlu. (Hiperoksigenasi dengan Ambu bag sebelum dan setelah pengisapan slang endotrakeal atau trakeostomi)
- 9) Pertahankan keadekuatan hidasi untuk mengencerkan sekret
- 10) Singkirkan atau tangani faktor penyebab, seperti nyeri, kelelahan, dan sekret yang kental

#### **2.2.9 Intervensi Keperawatan Menurut(Lemone, 2015)**

- a. Kaji status pernapasan secara sering (minimal setiap 1 sampai 2 jam); kecepatan dan kedalaman pernapasan, pergerakan dada atau ekskursi, suara napas, dan kecepatan ekspirasi puncak. Rasional: status pernapasan dapat berubah secara cepat selama serangan asma akut dan terapi. Penurunan PEFr mengindikasikan perburukan restriksi aliran udara. Respirasi lambat dan dangkal dengan penurunan mengi dapat mengindikasikan kelelahan dan kemudian gagal napas.
- b. Monitor warna kulit dan suhu serta tingkat kesadaran. Rasional: sianosis, kulit lembab dan dingin, dan perubahan tingkat kesadaran (agitasi, letargi, atau konfusi) mengindikasikan perubahan hipoksia.
- c. Kaji hasil gas darah arteri dan pembacaan oksimetri nadi; beri tahu dokter mengenai nilai yang tidak normal atau perubahan pada status. Rasional: nilai ini memberi informasi mengenai pertukaran gas dan keadekuatan ventilasi alveolar. Kadar saturasi oksigen yang turun merupakan indikator dini gangguan pertukaran gas.
- d. Kaji usaha batuk dan sputum untuk warna, konsistensi, dan jumlah. Rasional: batuk tidak efektif dapat memberi tanda gagal napas yang akan datang.
- e. Letakkan pada posisi fowler, fowler tinggi, atau ortopenik (dengan kepala dan lengan disokong pada meja overbed) untuk memfasilitasi napas dan ekspansi



paru. Rasional: posisi ini mengurangi kerja napas dan meningkatkan ekspansi paru, khususnya area basilar.

f. Beri oksigen sesuai instruksi. Jika masker digunakan, pantau secara ketat untuk perasaan klaustrofobia atau sufokasi. Rasional: oksigen tambahan mengurangi hipoksemia. Meskipun masker merupakan pemberian oksigen yang sangat efektif, dapat meningkatkan ansietas.

g. Berikan terapi nebulizer dan berikan humidifikasi sesuai intruksi. Rasional: terapi nebulizer digunakan untuk memberikan bronkodilator dan medikasi lain, kelembapan membantu mengencerkan sekresi.

h. Awali atau bantu dengan fisioterapi dada, termasuk perkusi dan drainase postural. Rasional: perkusi dan drainase postural memfasilitasi gerakan sekresi dan bersihan jalan napas.

i. Tingkatkan asupan cairan. Rasional: meningkatkan cairan membantu menjaga sekresi tetap encer.

j. Lakukan suctioning endotrakea jika diperlukan. Rasional: suctioning endotrakea dapat meningkatkan ventilasi jika pasien tidak mampu membersihkan sekresi dengan batuk.

### **2.2.10 Implementasi**

Menurut (Wilkinson J. M., 2013), antara lain:

- a. Melakukan auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui adanya suara napas tambahan.
- b. Mengkaji dan dokumentasikan frekuensi, kedalaman, dan upaya pernapasan serta batuk tidak efektif
- c. Menganjurkan aktivitas fisik untuk memfasilitasi pengeluaran sekret (batuk efektif)
- d. mengatur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada (misalnya, bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45°)
- e. Mempertahankan keadekuatan hidrasi untuk mengencerkan dahak

- f. Melakukan kolaborasi: berikan oksigen yang telah dihumidifikasi dan lakukan/bantu dalam terapi nebulizer

#### Modifikasi

1. Melakukan terapi uap menggunakan minyak kayu putih untuk mengencerkan dahak (Agustina & Suharmiati, 2017)
2. Memberikan informasi pada pasien tentang manajemen sputum

#### 2.2.11 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang perawat buat pada perencanaan (Budiono dan Pertami, 2015).

Adapun evaluasi yang berorientasi dari hasil NOC (Wilkinson, 2016) untuk ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu :

- a. Batuk efektif
- b. Mengeluarkan sekret secara efektif
- c. Mempunyai jalan napas yang paten
- d. Pada pemeriksaan auskultasi, memiliki suara napas yang jernih
- e. Mempunyai irama dan frekuensi pernapasan dalam rentang normal
- f. Mempunyai fungsi paru dalam batas normal
- g. Mampu mendeskripsikan rencana untuk perawatan di rumah

### BAB 3. METODOLOGI PENULISAN

Pada bab 3 ini penulis akan membahas tentang pendekatan yang akan digunakan dalam penulisan ini.

#### 3.1 Desain Penulisan

Laporan kasus adalah tulisan ilmiah yang berisi laporan terperinci tentang gejala dan tanda, cara penegak diagnosis, pengobatan dan *follow-up* seorang pasien secara individual.

Laporan kasus dalam penulisan ini adalah untuk mengeksplorasi proses keperawatan pasien *asma bronkial* pada Ny. M dan Ny. T dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

#### 3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah penerapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada Ny. M dan Ny. T yang didiagnosa *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

##### 3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses/rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien di berbagai tatanan kesehatan.

##### 3.2.2 Pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas

Pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifanbersihanjalannapasadalahpasien yang mengalami obstruksi jalan napas bersifat reversible dan menimbulkan reaksi antigen dan antibodi dimana reaksi tersebut mengeluarkan substansi vasoaktif yang menyebabkan sekresi mukus meningkat sehingga pasien tidak mampu membersihkan sekresi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas.

### 3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah Ny. M dan Ny. T pasien yang menjalani rawat inap dengan diagnosis medis *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yang memenuhi batasan karakteristik dari masalah keperawatan tersebut antara lain:

- 3.3.1 Batuk yang tidak efektif
- 3.3.2 Dipsnea
- 3.3.3 Gelisah
- 3.3.4 Perubahan pola napas
- 3.3.5 Suara napas tambahan (ronkhi dan wheezing)
- 3.3.6 Tidak ada batuk
- 3.3.7 Dirawat hari ke 1 atau 2
- 3.3.8 Menyetujui inform consent

### 3.4 Lokasi dan Waktu

#### 3.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tepatnya di ruang M 13 dan M 2.

#### 3.4.2 Waktu

Waktu yang digunakan untuk pengambilan data adalah pasien 1 16 Februari – 19 Februari 2018 dan pasien 2 17 Februari 2018 – 19 Februari 2018

### 3.5 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data pada penelitian kualitatif terdiri dari macam - macam data, sumber data, serta beberapa metode pengumpulan data terdiri dari wawancara, observasi, dan studi dokumen (Afiyanti, 2014).

#### 3.5.1 Macam-Macam Data

Perawat mengumpulkan dan mendokumentasikan dua jenis data yang berhubungan dengan pasien: data subjektif dan objektif.

a. Data Subjektif

Data subjektif merupakan data yang berasal dari persepsi pasien terhadap kesehatannya, mengenai bagaimana kehidupan sehari-harinya, kenyamanan, hubungan, dan sebagainya.

Data yang merupakan ungkapan keluhan pasien secara langsung dari pasien maupun tidak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan pasien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi pada perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada pasien (Afiyanti, 2014).

Batasan Karakteristik termasuk dalam data subjektif terdiri dari :

- 1) Dispnea
- 2) Batuk tidak efektif

b. Data Objektif

Data objektif adalah data yang diperoleh oleh perawat selama pengkajian dalam pengamatannya. Data objektif yang dikumpulkan melalui pemeriksaan fisik dan hasil tes diagnostik. Disini, "mengamati" tidak hanya berarti penggunaan penglihatan: memerlukan penggunaan semua indra. Akan tetapi, perawat juga menggunakan berbagai instrument dan alat-alat pada pasien untuk mengumpulkan data yang berhubungan dengan keluhan pasien untuk mendapatkan hasil yang sesuai dengan kondisi pasien. Untuk mendapatkan data yang objektif yang dapat diandalkan dan akurat perawat harus memiliki pengetahuan atau keterampilan yang sesuai untuk melakukan pengkajian fisik dan menggunakan alat-alat standar atau perangkat pemantauan (Wilkinson, 2016).

Batasan karakteristik merupakan salah satu dari data objektif yaitu, terdiri dari :

- 1) Batuk yang tidak efektif
- 2) Dispnea
- 3) gelisah
- 4) Perubahan pola napas
- 5) Suara napas tambahan
- 6) Tidak ada batuk



### 3.5.2 Sumber Data

#### 3.5.2.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari sumber primer, yaitu si peneliti (penulis) secara langsung melakukan observasi atau penyaksian kejadian-kejadian yang dituliskan. Sumber primer dipandang sebagai memiliki otoritas sebagai bukti tangan pertama, dan diberi prioritas dalam pengumpulan data (Suryabrata, 2010)

#### 3.5.2.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari sumber sekunder, yaitu peneliti melaporkan hasil observasi orang lain yang satu kali atau lebih telah lepas dari kejadian aslinya. Data sekunder itu biasanya telah tersusun dalam bentuk dokumen - dokumen, misalnya data mengenai keadaan demografis suatu daerah, data mengenai produktivitas suatu perguruan tinggi, data mengenai persediaan pangan di suatu daerah, dan sebagainya (Suryabrata, 2010).

#### 3.5.3 Wawancara

Anamnesa yang mulai dari usia, jenis kelamin, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola persepsi, pola nutrisi, pola aktivitas dan istirahat, sensori dan pengetahuan, pola penanggulangan stress, serta pola tata nilai dan kepercayaan.

#### 3.5.4 Observasi

Data - data yang perlu diobservasi pada pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas salah satunya yaitu :

- a. Batuk yang tidak efektif
- b. Dispnea
- c. Gelisah
- d. Suaranapastambahan
- e. Perubahan pola napas
- f. Tidak ada batuk

Alat-alat yang digunakan selama observasi:

- a. Stetoskop
- b. Tensimeter
- c. Jam tangan

- d. Baki dan alas baki
- e. Timbangan
- f. Bengkok
- g. Handuk
- h. Baskom
- i. Desinfektan
- j. Minyak kayu putih

### 3.6.3 Dokumentasi

Data dokumentasi yang digunakan antara lain:

- a. List pasien
- b. Hasil Foto Thorax
- c. Hasil Laboratorium

## 3.6 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan, dan kebenaran terhadap data, informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan (Afiyanti, 2008; Robson, 2011 dalam (Afiyanti, 2014). Masalah yang perlu dipertimbangkan untuk menilai kualitas hasil penelitian kualitatif adalah subjektivitas peneliti merupakan isu yang banyak didiskusikan (Afiyanti, 2014). Dalam penelitian kualitatif dikenal dengan realitas subjektif (berasal dari ranah pribadi) dan realitas objektif (berasal dari luar yang bisa diobservasi). Dalam memandang peneliti kualitatif, pengalaman subjektif itu bukan hanya berasal dari dalam dirinya tetapi juga ikatan eratnya dengan realitas objektif dan bentuk mendasar dari tempat munculnya pengetahuan (Afiyanti, 2014).

Terdapat macam - macam keabsahan data pada penelitian kualitatif, yaitu:

### 3.6.1 Kredibilitas (Keterpercayaan) Data

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang

dilakukan. Suatu hasil penelitian dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi atau baik ketika hasil - hasil temuan pada penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka.

Beberapa cara yang dapat dilakukan peneliti untuk memperoleh kredibilitas yang tinggi terhadap hasil temuannya, antara lain dengan melakukan cara : memperbanyak waktu bersama partisipan

### 3.6.2 Dependabilitas (Ketergantungan)

Pertanyaan dasar untuk memperoleh nilai dependabilitas atau reliabilitas dari studi kualitatif adalah bagaimana studi yang sama dapat diulang atau direplikasi pada saat yang berbeda dengan menggunakan metode yang sama, partisipan yang sama, dan dalam konteks yang sama. Dengan kata lain, dependabilitas mempertanyakan tentang konsistensi dan reliabilitas suatu instrumen yang digunakan lebih dari sekali penggunaan. Masalah yang ada pada studi kualitatif adalah instrumen penelitian dan peneliti sendiri sebagai manusia memiliki sifat-sifat manusia yang sepenuhnya tidak pernah dapat konsisten dan dapat diulang walaupun dengan kondisi dan keadaan yang sama dan sangat dipengaruhi oleh latar belakang peneliti terutama berkaitan dengan apa saja yang diinterpretasikan dan disimpulkan oleh peneliti tersebut(Afiyanti, 2014).

Cara yang dapat dilakukan peneliti untuk memperoleh hasil penelitian atau data yang konsisten melakukan suatu analisis data yang terstruktur dan mengupayakan untuk menginterpretasikan hasil studinya dengan benar(Afiyanti, 2014).

### 3.6.3 Konfirmabilitas

Konfirmabilitas menggunakan aspek objektivitas pada penelitian kuantitatif, namun tidak persis sama arti keduanya, yaitu kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses dan elemen - elemen penelitiannya. Cara peneliti menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan konfirmabilitas temuannya dapat melalui audit trial dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal(Afiyanti, 2014).

### **3.7 Analisa Data**

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki lima tahap penting (Creswell, 2013 dalam (Afiyanti, 2014)) yang perlu dilakukan peneliti, yaitu :

3.7.1 Mempersiapkan data

3.7.2 Mengorganisasikan data (misal: teks data dalam bentuk transkrip atau data dalam bentuk foto, lukisan atau bentuk fotografi)

3.7.3 Mereduksi data ke dalam bentuk tema-tema yang saling berhubungan melalui proses koding

3.7.4 Membuat ringkasan/kondensasi kode-kode yang telah dihasilkan

3.7.5 Mempresentasikan data tersebut dalam bentuk gambar, tabel, atau mated diskusi.

### **3.8 Etika Penulisan**

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek pada penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian selama melakukan penelitian (Afiyanti, 2014).

Beberapa prinsip etik pada pendekatan kualitatif menurut (Afiyanti, 2014), yaitu:

3.8.1 Prinsip Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan

Penerapan prinsip ini dapat dilakukan peneliti untuk memenuhi hak - hak partisipan dengan cara menjaga kerahasiaan identitas partisipan (anonymiti), kerahasiaan data (confidentiality), menghargai privacy dan dignity dan menghormati otonomi (respect for autonomy).

3.8.2 Prinsip Memerhatikan Kesejahteraan Partisipan

Penerapan prinsip ini dilakukan peneliti dengan memenuhi hak-hak partisipan dengan cara memerhatikan kemanfaatan (beneficience) dan meminimalkan risiko (nonmaleflicience) dari kejadian penelitian yang dilakukan

dengan memerhatikan kebebasan dari bahaya (free from harm), eksploitasi (free from exploitation), dan ketidaknyamanan (free from discomfort).

Prinsip memerhatikan kesejahteraan partisipan menyatakan bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan dapat memberikan kemanfaatan yang lebih besar daripada risiko/bahaya yang dapat ditimbulkan dari kegiatan riset yang dilakukan. Setiap peneliti harus meyakinkan dan memastikan bahwa kegiatan riset yang dilakukan tidak hanya untuk kepentingan peneliti, tetapi memastikan juga tidak menimbulkan risiko bahaya apapun terhadap partisipan penelitian. Selanjutnya hak partisipan untuk mendapat risiko yang minimal dari penelitian yang dilakukan (nonmaleficence).

### 3.8.3 Prinsip Keadilan (Justice) untuk Semua Partisipan

Hak ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi. Semua partisipan memperoleh perlakuan dan kesempatan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap partisipan penelitian memiliki hak untuk diperlakukan adil dan tidak dibeda-bedakan di antara mereka selama kegiatan riset dilakukan. Setiap peneliti memberi perlakuan dan penghargaan yang sama dalam hal apapun selama kegiatan riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan kelas sosial.

### 3.8.4 Persetujuan Setelah Partisipan (Informed Consent)

Pendekatan kualitatif pada umumnya menggunakan manusia sebagai subjek penelitian yang diteliti. Integritas manusia sebagai subjek yang dipelajari harus dihormati dan dihargai hak-haknya. Akan tetapi, informed consent seperti yang biasanya digunakan pada penelitian kualitatif akan menjadi masalah karena sifat penelitian kualitatif yang tidak menekankan tujuan yang spesifik di awal.

Pernyataan persetujuan diberikan pada partisipan setelah memperoleh berbagai informasi berupa tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan dan bentuk partisipannya dalam penelitian yang dilakukan dari peneliti.



## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Simpulan

#### 5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian keperawatan didapatkan pada pasien 1 dan 2 berjenis kelamin wanita, mengeluh sesak napas, terdengar suara napas tambahan (ronkhi dan wheezing), terdapat pernapasan perut. Pasien 1 dan 2 juga memiliki riwayat penyakit dahulu *asma bronkial* dan riwayat penyakit keluarga *asma bronkial*. Setiap hari pasien 1 dan 2 juga melakukan aktivitas fisik yang terpapar alergen sehingga dapat memunculkan kekambuhan gejala asma.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang didapatkan dari kedua pasien memiliki persamaan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas. Dari 12 karakteristik yang telah ditetapkan ditemukan 6 batasan karakteristik yang muncul pada pasien yaitu batuk yang tidak efektif, dyspnea, gelisah, berubah pola napas, suara napas tambahan dan tidak ada batuk.

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas ada 6 intervensi yang dipilih yaitu manajemen jalan napas, manajemen asma, peningkatan batuk, pengaturan posisi, pemantauan pernapasan, dan bantuan ventilasi. Dimana pada manajemen jalan napas dilakukan modifikasi yaitu terapi uap menggunakan minyak kayu putih dan informasi tentang manajemen sputum.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah melakukan observasi

TTV, mengajarkan terapi uap menggunakan minyak kayu putih, mengajarkan batuk efektif, menganjurkan minum air hangat, mengatur posisi semifowler, kolaborasi pemberian terapi, dan memberikan penyuluhan tentang manajemen sputum.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada hari ketiga dan keempat kriteria hasil yang dapat dicapai pada asuhan keperawatan dengan *asma bronkial* masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas antara lain dapat mengeluarkan sekret secara efektif, tidak terdapat pernapasan perut, tanda-tanda vital dalam batas normal. Namun, pada auskultasi masih terdengar suara wheezing dan ronkhi.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi perawat

Tindakan keperawatan pada pasien *asma bronkial* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas membutuhkan lebih dari 3 hari tindakan asuhan keperawatan untuk mencapai 5 kriteria hasil. Sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat serta memberikan lingkungan yang aman dan nyaman.

### 5.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

Penulis mengharapkan pasien dan keluarga mampu mengaplikasikan wawasan yang sudah diajarkan untuk di rumah.

### 5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Dapat menjadi referensi untuk waktu dan durasi perawatan pada pasien *asma bronkial* masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Dan dapat meningkatkan kebersihan di lingkungan Rumah Sakit.

### 5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya bisa lebih spesifik lagi dalam menentukan kriteria hasil, intervensi dan waktu yang diperlukan untuk dapat mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas pada pasien *asma bronkial*.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Afiyanti, Y. &. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Agustina, Z. A., & Suharmiati. (2017). Pemanfaatan Minyak Kayu Putih (*Melaleuca leucadendra* Linn) sebagai Alternatif Pencegahan ISPA: Studi Etnografi di Pulau Buru. *Jurnal Kefarmasian Indonesia Vol. 7 No. 2* , 120-126.
- Asmadi. (2008). *Tehnik Prosedural Keperawatan Konsep Aplikasi Kebutuhan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bahari Putri, A. E., Mita, N., & Rijai, L. (2015). Analisis Karakteristik dan Penggunaan Obat Pada Pasien Asma Di Puskesmas Remaja Kota Samarinda. *Prosiding Seminar Nasional Kefarmasian Ke-2*, 66-74.
- Budiono dan Pertami, S. B. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Bustam, F. P. (2015). Hubungan Antara Obesitas Dengan Asma Bronkial. *J Agromed Volume 2 Nomor 2*, 140-144.
- DiGiulio, M. J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Djojodibroto, R. D. (2014). *Respirologi (Respiratory Medicine)*. Jakarta: EGC.
- Education, M. G. (2015). *Harrison Pulmonologi dan Penyakit Kritis*. Jakarta: EGC.
- GINA. (2017). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Global Initiative for Asthma.
- Habibillah, I. Y., & Bahri, T. S. (2016). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Tidur Pada Pasien Asma Di RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.
- Haryanto, R. H. (2000). *Metode Penulisan dan Penyajian Karya Ilmiah*. Jakarta: EGC.
- Heather, H. (2015). *NANDA International Inc. Nursing Diagnose: Definitions & Classification 2015-2017, 10th Edition*. Jakarta: EGC.
- Ikawati, Z. (2016). *Penatalaksanaan Terapi Penyakit Sistem Pernapasan*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Kemenkes. (n.d.). *Infodatin: Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI*. Kementrian Kesehatan RI.

- Lemone, P. B. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Lorensia, A., Wahjuningsih, E., & Sungkono, E. P. (2015). Hubungan Pengaruh Tingkat Keparahan Asma Dengan Kualitas Hidup Dalam Memicu Timbulnya Depresi Pada Asma Kronis. *Jurnal Ilmiah Sains dan Teknologi, Vol. 8 No. 2*, 21-30.
- M. Sofro, A. (2012). *Darah*. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- Manurung, N. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nisa`, K. (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Asma Bronkhial Di Ruang Interna RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2015*.
- Nugraha, G. (2015). *Panduan Pemeriksaan Laboratorium Hematologi Dasar*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Nursalam, Hidayati, L., & Sari, N. P. (2009). Faktor Risiko Asma dan Perilaku Pencegahan Berhubungan Dengan Tingkat Kontrol Penyakit Asma. *Jurnal Ners Vol. 4 No. 1*, 9-18.
- Rahagia, Rasi., dkk. (2017). Analisis Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Pengendalian Faktor-Faktor Pemicu Asma Dengan Tingkat Keparahan Penyakit Asma Pada Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal STIKES Vol. 10, No. 1*, 24-36
- RI, B. (2013). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2013*. Jakarta: Bakti husada.
- Ringel, E. (2012). *Buku Saku Hitam Kedokteran Paru*. Jakarta: PT. Indeks.
- Roselin, D., Darwin, E., & Medicon, I. (2017). Hubungan Eosinofil dan Neutrofil Darah Tepi Terhadap Derajat Keparahan Asma Pada Pasien Asma Di Bagian Rawat Inap Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode 2010-2013. *Jurnal Kesehatan Andalas, 2017. 6 (1)*, 175-176.
- Rustiani, Damayanti, R., & Pratama, R. Y. (2017). Hubungan Perilaku Dengan Kekambuhan Penyakit Asma. *Wawasan Kesehatan-ISSN 2087-4995 Volume 4, Nomer 1*, 29-35.
- Sari, N. P. (2013). Asma: Hubungan Antara Faktor Risiko, Perilaku Pencegahan, dan Tingkat Pengendalian Penyakit. *Jurnal Ners LENTERA*, 30-41.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Ed. 12*. Jakarta: EGC.

- Somantri, I. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suryabrata, S. (2010). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Syamsudin, & S. (2013). *Buku Ajar Farmakoterapi Gangguan Saluran Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahid, A. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Respirasi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Wilkinson, J. (2016). *Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA-I, Intervensi NIC, Hasil NOC, Ed. 9*. Jakarta: EGC.
- Wilkinson, J. M. (2013). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosa Nanda, Intervensi Nic, Kriteria Hasil Noc, Ed. 9*. Jakarta: EGC.
- Yusuf, dkk. (2017). *Kebutuhan Spiritual: Konsep dan Aplikasi Dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Medi



Lampiran1

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

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																			
	FEB				MAR				APR				MEI				JUNI				JULI				AGU				SEP				OKT			
	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	1	2	3	4
Informasi Penelitian																																				
Konfirmasi Penelitian																																				
Konfirmasi Judul																																				
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																				
Sidang Proposal																																				
Revisi																																				

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																											
	SEP				OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR				MEI				JUNI				JULI			
	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	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian																																												
Konfirmasi Penelitian																																												
Konfirmasi Judul	■																																											
Penyusunan Proposal Studi Kasus	■	■	■	■	■	■	■	■																																				
Sidang Proposal								■	■																																			
Revisi								■	■																																			
Pengumpulan Data										■	■	■	■	■	■	■																												
Analisa Data										■	■	■	■	■	■	■																												
Konsul Penyusunan Data																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Ujian Sidang																																						■						
Revisi																																						■	■					
Pengumpulan Studi Kasus																																							■					

Lampiran 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Progam Studi D3 Keperawatan Universitas Negeri Jember  
Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Inisial Pasien : Ny. M  
Umur : 45 tahun  
Jeniskelamin : Perempuan  
Alamat : Sumber Baru - Jember  
Pekerjaan : Pedagang Nasi Pnggir Jalan

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

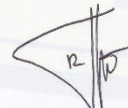
“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Bronkhial dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang, 16 Februari 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian



Marisa Lina Mahrita  
NPM. 152303101003



(.....)  
Misyani

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Progam Studi D3 Keperawatan Universitas Negeri Jember  
Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Inisial Pasien : Ny. T  
Umur : 52 tahun  
Jeniskelamin : Perempuan  
Alamat : Wonosari - Tekung  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

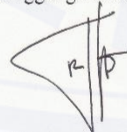
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Bronkhial dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

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


Lumajang, 17 Februari 2018.....

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian



Marisa Lina Mahrita  
NPM. 152303101003

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian



(.....Yuni Maulina.....)

Lampiran 3

**LEMBAR WAWANCARA**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ASMA BRONKIAL DENGAN**  
**MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN**  
**JALAN NAPAS DI RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO**  
**LUMAJANG TAHUN 2018**

Kode  
 Responden:

**1. Pengkajian Keperawatan****1.1 Pengumpulan Data: Identitas Pasien**

Tabel 1. Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama		
Umur Sering timbul pada usia kurang dari 40 tahun(Somantri, 2012)		
Jenis Kelamin Cenderung terjadi pada laki -laki dari pada perempuan karena sering merokok dan dimungkinkan juga karena factor non-aktopik(Muttaqin, 2008).		
Alamat		
Agama		
Pendidikan		
Pekerjaan Beberapa bahan yang ditemukan di tempat kerja mungkin berfungsi sebagai <i>sentizer</i> juga dapat memicu gejala asma. Asma akibat kerja		



ditandai oleh timbulnya gejala ketika bekerja yang mereda pada akhir pekan dan liburan(Loscalzo, 2015).		
Status		
Golongan Darah		
Tanggal MRS		
Tanggal Pengkajian		
Dx Medis		

## 2. Riwayat Keperawatan dan Riwayat Penyakit

### 2.1 Keluhan Utama

Tabel 2. Tabel Keluhan Utama

Riwayat Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
<p>Keluhan Utama</p> <p>Sesak napas hebat dan mendadak, diikuti dengan gejala wheezing, penggunaan otot bantu pernapasan, kelelahan, gangguan kesadaran, sianosis, perubahan tekanan darah(Muttaqin, 2008).</p>		

### 2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Tabel 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
<p>Riwayat Penyakit Sekarang</p> <p>Pasien dengan serangan asma datang mencari pertolongan terutama dengan keluhan sesak napas yang hebat dan mendadak, kemudian diikuti dengan gejala-gejala lain seperti wheezing, penggunaan otot bantu pernapasan, kelelahan, gangguan kesadaran, sianosi, dan perubahan tekanan darah.</p>		

Perawat perlu mengkaji obat-obatan yang biasa diminum pasien dan memeriksa kembali setiap jenis obat apakah masih relevan untuk digunakan kembali(Muttaqin, 2008).		
--	--	--

### 2.3 Riwayat Penyakit Masa Lalu

Tabel 4. Riwayat Penyakit Masa Lalu

Riwayat Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
<p>Riwayat Penyakit Masa Lalu</p> <p>Penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya infeksi saluran pernapasan atas, sakit tenggorokan, amandel, sinusitis, dan polip hidung. Riwayat serangan asma, frekuensi, waktu, dan alergen-alergen yang dicurigai sebagai pencetus serangan, serta riwayat pengobatan yang dilakukan untuk meringankan gejala asma(Muttaqin, 2008).</p>		

### 2.4 Riwayat Keluarga

Tabel 5. Riwayat Keluarga

Riwayat Keluarga	Pasien 1	Pasien 2
<p>Pada pasien dengan serangan asma perlu dikaji tentang riwayat penyakit asma atau penyakit alergi yang lain pada anggota keluarganya karena hipersensitivitas pada penyakit asma ini lebih ditentukan oleh faktor genetik dan lingkungan(Muttaqin, 2008).</p>		

## 2.5 Pola Fungsi Kesehatan

### 2.5.1 Pola Sensori dan Kognitif

Tabel 6. Pola Sensori dan Kognitif

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Kelainan pada persepsi dan kognitif akan mempengaruhi konsep diri pasien dan akhirnya mempengaruhi jumlah stresor yang dialami pasien sehingga kemungkinan terjadi serangan asma berulangpun akan semakin tinggi(Muttaqin, 2008).		

### 2.5.2 Pola Hubungan dan Peran

Tabel 7. Pola Hubungan dan Peran

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Gejala asma sangat membatasi pasien untuk menjalani kehidupannya secara normal. Pasien perlu menyesuaikan kondisinya dengan hubungan dan peran pasien, baik dilingkungan rumah tangga, masyarakat, ataupun lingkungan kerja serta perubahan peran yang menjadi setelah pasien mengalami serangan asma(Muttaqin, 2008).		

### 2.5.3 Pola Persepsi dan Konsep Diri

Tabel 8. Pola Persepsi dan Konsep diri

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Perlu dikaji tentang persepsi pasien terhadap penyakitnya. Persepsi yang salah dapat menghambat respons kooperatif pada diri pasien. Cara memandang diri yang salah juga akan menjadi stresor dalam kehidupan pasien. Semakin banyak stresor yang ada pada kehidupan pasien dengan asma dapat meningkatkan kemungkinan serangan asma berulang(Muttaqin, 2008).		

## 2.5.4 Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Tabel 9. Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Kedekatan pasien pada sesuatu yang diyakininya di dunia dipercaya dapat meningkatkan jiwa pasien. Keyakinan pasien terhadap Tuhan dan mendekati diri kepada-Nya merupakan metode penanggulangan stres yang konstruktif (Muttaqin, 2008).		

## 2.5.5 Pola Pernafasan

Tabel 10. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
<p><i>Inspeksi</i></p> <p>Terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernapasan, serta penggunaan otot-otot bantu pernapasan. Inspeksi dada untuk melihat postur bentuk dan kesimentrisan, adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot interkolastis, sifat dan irama pernapasan, dan frekuensi pernapasan (Muttaqin, 2008).</p> <p><i>Palpasi</i></p> <p>Kesimentrisan, ekspansi, dan taktil fremitus normal (Muttaqin, 2008).</p> <p><i>Perkusi</i></p> <p>Didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah (Muttaqin, 2008).</p>		

<p><i>Auskultasi</i></p> <p>Terdapat suara vasikuler yang meningkat disertai dengan ekspirasi lebih dari 4 detik atau lebih dari 3 kali inspirasi, dengan bunyi napas tambahan utama wheezing pada akhir ekspirasi(Muttaqin, 2008).</p>		
---	--	--

### 2.5.6 Pola Nutrisi dan Metabolik

Tabel 11. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
<p>Perlu dikaji dengan bentuk, turgor, nyeri, dan tanda-tanda infeksi, mengingat hal-hal tersebut juga dapat merangsang serangan asma. Pengkajian tentang status nutri pasien meliputi jumlah, frekuensi, dan kesulitan-kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya. Pada pasien dengan sesak napas, sangat potensial terjadi kekurangan pemenuhan kebutuhan nutrisi, hal ini karena terjadi dispnea saat makan, laju metabolisme, serta kecemasan yang dialami pasien(Muttaqin, 2008).</p>		



## 2.5.7 Pola Eliminasi

Tabel 12. Pola Eliminasi

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor ada tidaknya oliguria, karena hal tersebut merupakan tanda awal syok(Muttaqin, 2008).		

## 2.5.8 Pola Aktivitas

Tabel 13. Pola Aktivitas

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Dikaji adanya edema ekstremitas, tremor, dan tanda-tanda infeksi pada ekstremitas karena dapat merangsang serangan asma. Pada integumen perlu dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, mengelupas atau bersisik, perdarahan, pruritus, elsim, dan adanya bekas atau tanda urtikaria atau dermatitis. Pada rambut, dikaji warna rambut, kelembapan dan kusam. (Muttaqin, 2008)		

## 2.5.9 Pola Tidur dan Istirahat

Tabel 14. Pola Tidur dan Istirahat

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Perlu dikaji juga tentang bagaimana tidur dan istirahat pasien yang meliputi berapa lama tidur dan istirahat pasien, serta berapa besar akibat kelelahan yang dialami pasien. Adanya wheezing, sesak, dan ortopnea dapat mempengaruhi pola tidur dan istirahat pasien. Perlu dikaji pula tentang aktivitas keseharian pasien seperti olahraga, bekerja, dan aktivitas lainnya. Aktivitas fisik juga dapat menjadi faktor pencetus asma yang disebut juga <i>exercise induced asma</i> (Muttaqin, 2008).		

## 2.5.10 Pola Reproduksi Seksual

Tabel 15. Pola Reproduksi Seksual

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Dampak pada pasien asmabronkhial yaitu, pasien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami pasien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.		

## 2.5.11 Pola Penanggulangan Stress

Tabel 16. Pola Penanggulangan Stress

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Stres pada ketegangan emosional merupakan faktor instrinsik pencetus serangan asma. Oleh karena itu perlu		

dikaji penyebab terjadinya stres. Frekuensi dan pengaruh stres dalam kehidupan pasien serta cara penanggulangan terhadap stresor(Muttaqin, 2008).		
---	--	--

#### 2.5.12 Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Tabel 17. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pola Fungsi Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Gejala asma dapat membatasi manusia untuk berperilaku hidup normal sehingga pasien dengan asma harus merubah gaya hidupnya sesuai kondisi yang tidak akan menimbulkan serangan asma(Muttaqin, 2008).		

## Lampiran 4

**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id  
**LUMAJANG - 67313**

---

**SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN**  
 Nomor : 072/220/427.75/2018

**Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;  
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

**Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Nomor: 48/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 25 Januari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama MARISA LINA MAHRITA.

**Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :**

1. Nama : MARISA LINA MAHRITA
2. Alamat : Dsn. Tulus Rejo 1 No. 104 Rt 4 Rw 2 Tempeh Lor Kec. Tempeh
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Univeritas Jember Kampus Lumajang / 152303101003
5. Kebangsaan : Indonesia

**Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan :**


1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Bronkial Dengan Masalah KEperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggung jawab: Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 01 Februari 2018 s/d 30 April 2018
7. Lokasi Penelitian : RSUD dr. Haryoto Lumajang

**Dengan ketentuan** : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;  
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;  
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;  
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 31 Januari 2018

**Tembusan Yth. :**

1. Bpk. Bupati Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
6. Sdr. Koor. D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang bersangkutan.

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN LUMAJANG  
 Sekretaris,  
  
**HERI SUSANTO, SH.**  
 Pembina  
 NIP. 19630712 198503 1 012





**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, 08 Februari 2018

Nomor : 445/ 620 /427.77/2018  
 Sifat : Biasa  
 Lampiran : -  
 Perihal : Pengambilan Data

Kepada  
 Yth. Ns. Ruang Melati  
 RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang  
 di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 25 Januari 2018 Nomor : 48/UN25.1.14.2//LT/2018 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 31 Januari 2018 Nomor : 072/220/427.75/2018 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

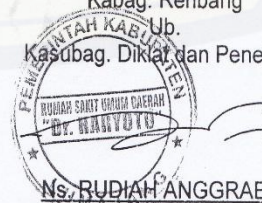
Nama : MARISA LINA MAHRITA

NIM : 152303101003

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Bronkhial Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

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



Ns. RUDIAH ANGGRAENI  
 Penata Tk. I

NIP. 19671209 199203 2 004





**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  
 L U M A J A N G – 6 7 3 1 1

Lumajang, 08 Februari 2018

Nomor : 445/ 620 1427.77/2018  
 Sifat : Biasa  
 Lampiran : -  
 Perihal : Pengambilan Data

Kepada  
 Yth. Rs. Ruang Melati  
 RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang  
 di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 25 Januari 2018 Nomor : 48/UN25.1.14.2//LT/2018 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 31 Januari 2018 Nomor : 072/220/427.75/2018 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : MARISA LINA MAHRITA

NIM : 152303101003

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Bronkhial Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

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



Ns. RUDIAH ANGGRAENI  
 Penata Tk. I

NIP. 19671209 199203 2 004

**SATUAN ACARA PENYULUHAN  
CARA MENCEGAH KAMBUHNYA ASMA  
MAKALAH**



**Disusun Oleh:**

Marisa Lina Mahrita

152303101003

**KEMENTERIAN RISET DAN TEKNOLOGI**

**PRODI D3 KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS JEMBER**

**KAMPUS LUMAJANG**

**2018**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

Materi Penyuluhan	: Cara Mencegah Kambuhnya Asma
Sasaran	: Pasien dan Keluarga
Tempat	: di RSUD Dr. Haryoto
Hari/Tanggal	: -
Waktu	: ±15 menit
Penyuluh	: Mahasiswa D3 Keperawatan Unej

---

---

**I. Analisa Situasional****1.1 Pasien dan keluarga**

- Jumlah : 4 orang
- Jenis Kelamin : Laki-laki dan Perempuan
- Mampu mengikuti kegiatan dengan baik
- Mampu mengikuti kegiatan sampai selesai

**1.2 Mahasiswa D3 Keperawatan Unej**

- Mampu berkomunikasi dengan baik
- Mempunyai keberanian dalam menghadapi audiens
- Penyuluh mengerti dan memahami materi penyuluhan

**1.3 Tempat**

- Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto
- Terbuka, tanpa disertai AC
- Penerangan secara alami

**II. TIU/TPU**

Setelah dilakukannya penyuluhan selama ±15 menit, diharapkan pasien dan keluarga mengetahui tentang cara mencegah kambuhnya asma

**III. TIK/TPK**

Setelah dilakukannya penyuluhan selama ±15 menit, diharapkan pasien dan keluarga mengerti apa yang telah disampaikan, dengan kriteria hasil:

1. Menyebutkan pengertian asma
2. Menyebutkan penyebab asma
3. Menyebutkan tanda dan gejala asma
4. Menyebutkan cara mencegah kambuhnya asma

**IV. Pokok Materi**

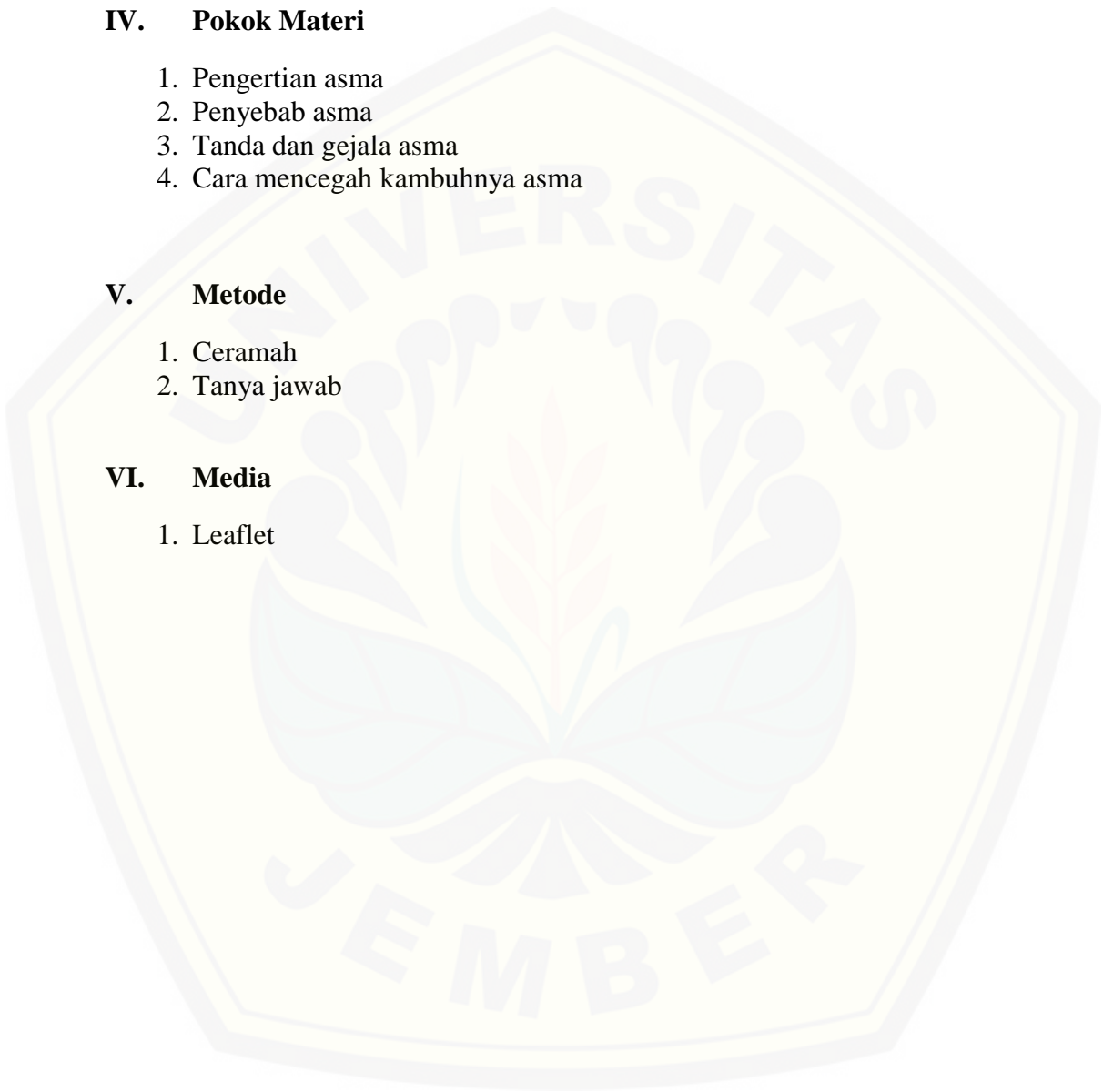
1. Pengertian asma
2. Penyebab asma
3. Tanda dan gejala asma
4. Cara mencegah kambuhnya asma

**V. Metode**

1. Ceramah
2. Tanya jawab

**VI. Media**

1. Leaflet



**VII. Kegiatan Penyuluhan**

Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam pembukaan</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menjelaskan tujuan penyuluhan</li> <li>4. Apersepsi</li> <li>5. Relevansi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab salam</li> <li>2. Mendengarkan</li> <li>3. Mendengarkan</li> <li>4. Menjawab</li> <li>5. Menjawab</li> </ol>	Ceramah	5 menit
Penyajian	<p>Menjelaskan tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian asma</li> <li>2. Penyebab asma</li> <li>3. Tanda dan gejala asma</li> <li>4. Cara mencegah kambuhnya asma</li> </ol> <p>➤ Memberikan kesempatan peserta untuk bertanya</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperhatikan</li> <li>2. Memperhatikan</li> <li>3. Memperhatikan</li> <li>4. Memperhatikan</li> </ol> <p>Bertanya</p>	Ceramah  Ceramah	12 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi sederhana</li> <li>2. Menyampaikan kesimpulan</li> <li>3. Salam penutup</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab pertanyaan</li> <li>2. Memperhatikan</li> <li>3. Menjawab salam</li> </ol>	Tanya jawab Ceramah  Ceramah	8 menit



## VIII. Materi

### 1. Definisi Asma

Asma adalah suatu peradangan pada bronkus akibat reaksi hipersensitif mukosa bronkus terhadap bahan alergen. Reaksi hipersensitif pada bronkus dapat mengakibatkan pembengkakan pada mukosa bronkus (Riyadi, 2009).

### 2. Penyebab Asma

Penyakit asma bisa disebabkan oleh dua faktor, yaitu faktor instrinsik dan faktor ekstrinsik.

1. Faktor instrinsik
  - a. Infeksi : misalnya infeksi virus influenza, pneumonia, mycoplasma.
  - b. Fisik : cuaca dingin, perubahan suhu
  - c. Iritan : kimia
  - d. Polusi udara : asap rokok, parfum, karbondioksida
  - e. Emosional : takut, cemas, tegang
  - f. Aktivitas yang berlebihan/ kelelahan.
2. Faktor ekstrinsik : reaksi antigen antibodi : inhalasi alergen (debu, serbuk, bulu binatang). Alergi terhadap makanan. Beberapa jenis makanan tertentu juga bisa menjadi faktor pencetus terjadinya serangan asma, misalnya ikan laut, kacang, telur dan susu sapi (Herdi, 2011).

Penyebab hipersensitifitas saluran pernafasan pada kasus asma banyak diakibatkan oleh factor genetic (keturunan). Sedangkan factor pemicu timbulnya reaksi hipersensitifitas saluran pernafasan dapat berupa :

1. Hirupan debu yang didapatkan di jalan raya maupun debu rumah tangga.
  2. Hirupan asap kendaraan, asap rokok, asap pembakaran.
  3. Hirupan aerosol (asap pabrik yang bercampur gas buangan seperti nitrogen).
  4. Pajanan hawa dingin.
  5. Bulu binatang.
  6. Stress yang berlebihan.
- (Riyadi, 2009)

### 3. Tanda dan gejala Asma

Penderita asma biasanya keluhan bisa dirasakan pada saat serangan. Tanda dan gejala yang jelas terlihat pada saat serangan adalah sesak nafas. (Marni, 2014)

Gejala klinis yang muncul pada penderita Asma antara lain :

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

2. Batuk

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

3. Suara pernafasan wheezing

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

4. Pucat

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

5. Lemah

Oksigen di dalam tubuh difungsikan untuk respirasi sel yang akan digunakan untuk proses metabolisme sel termasuk pembentukan energy yang bersifat aerobik seperti glikolisis. Jika jumlah oksigen berkurang maka proses pembentukan energy secara metabolik juga menurun sehingga penderita mengeluh lemah.

(Riyadi, 2009)

#### **4. Cara Mencegah Kambuhnya Asma**

1. Rajin Membersihkan Lingkungan

Terapi non farmakologi penyakit asma yang pertama adalah dengan rajin membersihkan lingkungan seperti tempat tidur, ruang santai, kamar tamu dan masih banyak lagi, usahakan selalu membersihkan tempat yang anda kunjungi tersebut, hal ini berguna agar zat pemicu kambuhnya asma seperti debu dan zat lain tidak menempel pada benda dan terhirup oleh anda. Sehingga tidak menimbulkan kambuhnya penyakit asma.

2. Membuat Ventilasi Udara

Agar udara segar dapat masuk kerumah kita, buatlah sebuah ventilasi udara seperti jendela, lubang dinding dan masih banyak lagi. Hal ini berguna agar saluran pernapasan kita menjadi lancar dan akan sangat baik untuk penderita penyakit asma. Karena udara segar dapat memicu saluran pernapasan dan otot pada saluran tersebut menjadi rileks atau tidak menegang.

3. Menggunakan Masker

Akan sangat penting bila penderita penyakit asma menggunakan masker ketika dia berada diluar ruangan. Karena diluar ruangan terdapat banyak sekali pemicu kambuhnya asma seperti asap rokok, polusi, debu dan masih

banyak lagi zat yang bisa memicu kambuhnya asma. Dengan menggunakan masker diluar ruangan maka Anda akan terhindar dari berbagai zat yang memicu asma Anda kambuh.

#### 4. Menghindari Stres

Terapi non farmakologi penyakit asma yang terakhir adalah menghindari stres secara berlebihan. Stres sangat buruk bagi kesehatan manusia terutama bagi penderita asma. Karena stres mampu memicu kontraksi otot pada saluran pernapasan sehingga otot tersebut sempit dan mengakibatkan sesak napas. Maka dari itu sering-seringlah refreking ketempat yang berudara sejuk seperti pegunungan dan tempat wisata lainnya. Apabila tidak segera diatasi maka penyakit asma akan mengakibatkan munculnya penyakit berbahaya lainnya seperti paru-paru basah, jantung, stroke dan masih banyak lagi, maka dari itu dengan melakukan terapi non farmakologi penyakit asma diatas diharapkan para penderita penyakit asma dapat lekas sembuh dan dapat beraktivitas sebagai mana mestinya tanpa diganggu penyakit sesak napas ini. Penyembuhan asma tanpa obat atau terapi non farmakologi sangat banyak diminati oleh berbagai kalangan karena tidak akan menimbulkan efek samping dan ketergantungan. Lakukan terapi non farmakologi penyakit asma diatas secara konsisten agar mendapatkan hasil yang maksimal.

#### 5. Menghindari faktor pencetus

Klien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan asma yang ada pada lingkungannya, serta diajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pencetus, termasuk pemasukan cairan yang cukup bagi klien. Misal faktor pencetus tersebut faktor alergi, dsb)

### IX. Evaluasi

1. Sebutkan pengertian asma
2. Sebutkan penyebab asma
3. Sebutkan tanda dan gejala asma
4. Sebutkan cara mencegah kambuhnya asma

### X. Referensi

Marni. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Gangguan Pernafasan*. Yogyakarta: Gosyen Publising.

Riyadi, S. d. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

**MANAJEMEN SPUTUM**

**TAHUN 2018**

**Di Ruang Melati RSUD Dr Haryoto Lumajang**



Disusun oleh :

Marisa Lina Mahrita

NPM. 152303101003

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS JEMBER**

**2018**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Tema	: Manajemen sputum
Sasaran	: Pasien dan Keluarga Pasien
Hari / Tanggal	: -
Waktu	: -
Tempat	: Ruang Melati RS Dr. Haryoto Lumajang
Pengajar	: Mahasiswa D3 Keperawatan UNEJ

**A. Tujuan Instruksional Umum**

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang “Manajemn Sputum” selama 1 x 20 menit keluarga pasien mengerti tentang manajemen sputum.

**B. Tujuan Instruksional Khusus**

1. Pasien dan keluarga mampu memahami tentang pengertian sputum
2. Pasien dan keluarga mampu memahami tentang klasifikasi sputum
3. Pasien dan keluarga mampu memahami tentang manajemen sputum
4. Pasien dan keluarga mampu memahami tentang pembuangan sputum

**C. Sasaran**

Adapun sasaran dari penyuluhan ini ditujukan khususnya kepada pasien dan keluarga pasien.

**D. Materi (terlampir)**

1. Pengertian sputum
2. Klasifikasi sputum
3. Manajemen sputum
4. Pembuangan sputum

**E. Media**

1. Booklet

**F. Metode**

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Evaluasi



**G. Kegiatan Penyuluhan**

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Keluarga	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam pembukaan</li> <li>2. Perkenalan</li> <li>3. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus</li> <li>4. Kontrak waktu</li> </ol>	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah	
Penyajian	Menjelaskan tentang : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian sputum</li> <li>2. Klasifikasi sputum</li> <li>3. Manajemen sputum</li> <li>4. Pembuangan sputum</li> </ol>	Mendengarkan dan mengamati	Ceramah , tanya jawab, dan evaluasi	
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan pertanyaan</li> <li>2. Mengevaluasi pengetahuan peserta/keluarga dengan tanggung jawab</li> <li>3. Menyimpulkan isi materi penyuluhan</li> <li>4. Salam penutup</li> </ol>	Bertanya dan menjawab	Ceramah dan tanya jawab	

**H. Evaluasi**

Menanyakan kembali tentang materi yang dijelaskan pada keluarga tentang :

1. Apakah pengertian sputum
2. Apa saja klasifikasi dari sputum
3. Bagaimana cara manajemen sputum
4. Dimana membuang sputum

**I. Daftar Pustaka**

Abdillah, A., & dkk. (2016). *Modul Praktik Klinik Keperawatan Medikal Bedah (KMB) I dan Logbook Capaian Pembelajaran KMB I*. Lumajang: KSU Mulia Husada (KMH).

Erb, B. A. (2009). *Audrey Berman*. Jakarta: EGC.

Gandasoebrata. (1984). *Penuntun Laboratorium Klinik*. Jakarta: Dian Rakyat.

Nurachmad, E. S. (2000). *Buku Saku Prosedur Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

Price Sylvia A, W. L. (2012). *Parofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.

Smeltzer, S. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

## MATERI TENTANG MANAJEMEN SPUTUM

### 1. Pengertian sputum

Sputum/dahak/riak adalah secret yang dikeluarkan dan berasal dari bronkus, bukan bahan yang berasal dari tenggorokan, hidung, ataupun mulut (Gandasoebrata, 1984).

Sputum adalah sekresi mucus dari paru, bronki, dan trakea (Erb, 2009).

Sputum adalah dahak. Bahan yang dikeluarkan dari jalan napas lewat mulut (Widityatama, 2010).

Sputum (dahak) adalah mucus dan bahan lain yang dibatukkan (ekspektorasi) dari saluran napas bawah (Brooker, 2008).

### 2. Klasifikasi Sputum

Klasifikasi sputum dan kemungkinan penyebabnya (Price Sylvia A, 2012):

- a. Sputum yang dihasilkan sewaktu membersihkan tenggorokan kemungkinan berasal dari sinus atau saluran hidung bukan berasal dari saluran napas bagian bawah.
- b. Sputum banyak sekali dan purulen kemungkinan proses supuratif.
- c. Sputum yang terbentuk perlahan dan terus meningkat kemungkinan tanda bronchitis/bronkhiektasis.
- d. Sputum kekuning-kuningan kemungkinan proses infeksi.
- e. Sputum hijau kemungkinan proses penimbunan nanah, warna hijau ini dikarenakan adanya verdoperoksidase, sputum hijau sering ditemukan pada penderita bronkhiektasis karena penimbunan sputum dalam brokhus yang melebar dan terinfeksi.
- f. Sputum merah muda dan berbusa kemungkinan tanda edema paru akut.
- g. Sputum berlendir, lekat, abu-abu/putih kemungkinan tanda bronchitis kronik.
- h. Sputum berbau busuk kemungkinan tanda abses paru/bronkhiektasis.
- i. Berdarah atau hemoptisis sering ditemukan pada Tuberculosis.
- j. Berwarna biasanya disebabkan oleh pneumokokus bakteri (dalam pneumonia).
- k. Bernanah mengandung nanah, warna dapat memberikan petunjuk untuk pengobatan yang efektif pada pasien bronchitis kronis.
- l. Warna (mukopurulen) berwarna kuning-kehijauan menunjukkan bahwa pengobatan dengan antibiotic dapat mengurangi gejala.
- m. Warna hijau disebabkan oleh Neutrofil myeloperoksidase.
- n. Berlendir putih susu atau buram sering berarti bahwa antibiotic tidak akan efektif dalam mengobati gejala. Informasi ini dapat berhubungan dengan adanya infeksi bakteri atau virus.
- o. Berbusa putih mungkin berasal dari obstruksi atau bahkan edema.

### 3. Manajemen Sputum

- Tanpa menggunakan alat

- a. Berkumur

Campurkan satu sendok teh garam kedalam 1 gelas air hangat. Masukkan air tersebut kedalam mulut, lalu dongakkan kepala, dan dengan tanpa menelan, berkumurlah dengan air garam tersebut dibagian pangkal tenggorokan.

- b. Minum banyak cairan

Cairan yang tepat bisa membantu mengeluarkan lender dari tenggorokan ketika cairan tersebut melewati kerongkongan. Beberapa cairan tersebut adalah:

- Teh hangat yang dicampur madu dan lemon. Asam yang terkandung dalam lemon sangat bagus untuk mengencerkan lendir, sedangkan madu memberi rasa yang nyaman di tenggorokan sesudahnya.
- Sup hangat. Sup ayam menjadi favorit karena kaldunya encer dan bisa mengurangi lendir. Usahakan untuk selalu menggunakan kaldu encer bukan sup yang kental dan menyerupai krim
- Minum banyak air putih

- c. Terapi uap

Lakukan terapi uap dan biarkan uap yang hangat memasuki sinus dan tenggorokan, sehingga bisa melunakkan lendir yang menumpuk. Beberapa hal di bawah ini untuk melegakan tenggorokan:

- Balutkan pada dengan handuk dan hiruplah uap yang keluar dari air hangat. Lebih baik lagi, rendamlah bubuk pala/berikan 2 tetes minyak kayu putih pada wadah baskom, kemudian tundukkan kepala dengan hati-hati di atas wadah dan hirup uap yang keluar.
- Mandilah dengan air hangat. Apabila mandi air hangat dalam waktu yang lama, jangan lupa mengoleskan pelembap/minyak kayu putih sesudahnya, karena air hangat menguras minyak esensial dan kelembapan dari kulit.

- d. Batuk Efektif

Batuk efektif adalah suatu metode batuk dengan benar dimana dapat energy dihemat sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal (Smeltzer, 2001) dengan tehnik:

- Tarik napas dalam 4-5 kali
- Pada tarikan napas yang terakhir, napas ditahan selama 1-2 detik
- Angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan
- Keluarkan dahak dengan bunyi “ha..ha..ha” atau “huf...huf...huf..”
- Buang dahak pada tempat dengan desinfektan
- Lakukan berulang kali sesuai kebutuhan.

- e. Fisioterapi dada

Dengan melakukan postural drainase, clapping dan vibrasi pada klien. Yang dilakukan dengan membaringkan klien kemudian menentukan letak dahak dengan mendengarkan menggunakan

stetoskop, selanjutnya menutup area dahak dengan handuk dan mulai menepuk area tersebut selama 1-2 menit dengan kedua tangan membentuk mangkok. Setelah itu lakukan vibrasi pada area tersebut dengan cara kedua tangan di tumpang tindih dengan posisi tangan terkuat berada diluar dan mulai lakukan vibrasi jika sudah minta klien duduk dan lakukan batuk efektif (Abdillah & dkk, 2016).

- Menggunakan alat

- a. Suction

Merupakan penghisapan lender dengan memasukkan selang kateter suction melalui hidung/mulut/Endotrakeal Tube (ETT) yang bertujuan untuk membebaskan jalan napas, mengurangi retensi sputum, dan mencegah infeksi paru (Nurachmad, 2000). Prosedur suction (Abdillah & dkk, 2016) sebagai berikut:

1. Cuci tangan
2. Mengukur tanda-tanda vital
3. Memeriksa fungsi mesin penghisap/suction
4. Memberikan oksigen sebelum melakukan penghisapan
5. Memakai sarung tangan bersih dan memberi pelumas/jelly
6. Mengatur posisi klien yang benar :
  - Klien sadar untuk penghisapan oral pada posisi semi fowler dengan menoleh ke satu sisi
  - Klien sadar untuk penghisapan nasal pada posisi semi fowler dengan leher hiperekstensi
  - Klien tidak sadar pada posisi berbaring miring menghadap perawat
7. Menempatkan handuk dibawah dagu klien]
8. Menghubungkan satu ujung selang penghubung dengan mesin penghisap, ujung lain dengan kateter suction. Isi kom dengan air matang/normal salin
9. Menghidupkan mesin. Menguji mesin penghisap dengan mencoba menghisap air kom
10. Buka mulut dengan tong spatel, lalu masukkan kateter penghisap dengan tangan dominan kedalam mulut sepanjang garis gusi ke faring tanpa menutup tubing
11. Lakukan penghisapan/suction dengan menutup tubing dan keluarkan dengan berputar (jangan melakukan penghisapan lendir lebih dari 10-15 detik)
12. Memberikan oksigen setelah melakukan penghisapan
13. Membilas suction kateter dengan penghisap air didalam kom sampai selang penghubung bersih dari sekresi/lendir. Bila kateter masih diperlukan, merendamnya dalam cairan desinfektan
14. Mematikan mesin penghisap
15. Melepaskan sarung tangan lalu buang ke bengkok
16. Bereskan alat dan rapihkan klien



#### 17. Cuci tangan

##### b. Nebulizer

Merupakan alat yang dapat mengubah obat berbentuk larutan menjadi aerosol/uap dengan tujuan untuk mengencerkan dahak. Prosedur nebulizer (Abdillah & dkk, 2016) sebagai berikut:

1. Cuci tangan
2. Gunakan handscone
3. Atur posisi klien
4. Hubungkan kabel power Nebulizer ke terminal listrik, pastikan bahwa mesin Nebulizer menyala
5. Masukkan obat sesuai dosis yang dibutuhkan kedalam face mask Nebulizer lalu tutup kembali dengan cara diputar
6. Monitor uap atau obat (dengan cara hidupkan mesin Nebulizer lihat apakah sudah ada uap yang keluar dari face mask Nebulizer)
7. Mengenakan face mask Nebulizer dengan benar kepada klien
8. Menanyakan kepada klien apakah sesaknya mulai berkurang
9. Bila sudah selesar, alat dirapihkan

#### 4. Pembuangan Sputum

Tidak membuang dahak sembarangan, tetapi dibuang langsung di kamar mandi yaitu lubang WC atau mempersiapkan tempat khusus dan tertutup untuk dahak. Mempersiapkan tempat untuk membuang dahak:

- a. Siapkan tempat pembuangan dahak: kaleng berisi air sabun/detergent, air bayclin, atau air lisol yang dicampur dengan air atau pasir.
- b. Isi cairan tersebut sebanyak 1/3 dari tinggi kaleng yang telah disiapkan.
- c. Buang sputum ke tempat kaleng tersebut
- d. Buang isi kaleng tersebut (jika berisi pasir dikubur dibawah tanah, sedangkan jika berisi cairan sabun/detergent/bayclin/lisol dibuang ke lubang WC lalu siram)
- e. Bersihkan kaleng setiap hari dengan sabun
- f. Simpan kaleng dengan kondisi tertutup

Jangan lupa setiap selesai membuang dahak cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.



## PENGERTIAN ASMA



Asma adalah suatu peradangan pada bronkus akibat reaksi hipersensitif mukosa bronkus terhadap bahan alergen. Reaksi hipersensitif pada bronkus dapat mengakibatkan pembengkakan pada mukosa bronkus (Riyadi, 2009).

## PENYEBAB ASMA

1. Faktor Instrinsik
  - a. Infeksi : virus influenza, pneumonia, mycoplasma
  - b. Fisik: cuaca dingin, perubahan suhu
  - c. Iritan: kimia
  - d. Polusi Udara: asap rokok, parfum, karbon dioksida
  - e. Emosional
  - f. Aktivitas berlebihan/kelelahan
2. Faktor Ekstrinsik  
Inhalasi allergen (debu, serbuk, bulu binatang), alergi terhadap makanan

## TANDA

*dan*

## GEJALA

- 1) Sesak Napas
- 2) Batuk
- 3) Suara napas  
wheezing/mengi
- 4) Pucat
- 5) Lemah/lemas



## CARA MENCEGAH KAMBUHNYA ASMA

1. Rajin Membersihkan Lingkungan



2. Membuat Ventilasi Udara



3. Menggunakan masker



4. Menghindari Stres



5. Menghindari Faktor Pencetus

## SATUAN ACARA PENYULUHAN MENCEGAH KAMBUHNYA ASMA




Oleh:

Mahasiswa D3 Keperawatan Unej

Kampus Lumajang

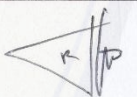
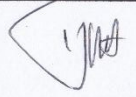
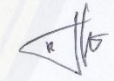
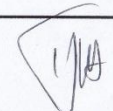
**KEMENTRIAN RISET DAN TEKNOLOGI  
PRODI D3 KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
KAMPUS LUMAJANG**



	<b>FORMULIR</b>	<b>No. Dok.</b> :
	<b>LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA</b>	<b>Berlaku Sejak</b> : <b>Revisi</b> :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI  
MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

**NAMA MAHASISWA** : MARISA LINA MAHRITA  
**N I M** : 152303101003  
**PROGRAM STUDI** : D3 KEPERAWATAN  
**JUDUL KARYA TULIS ILMIAH** : ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ASMA BRONKIAL PADA NYM DAN NYT DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS DIRUANG MELATI RSUD Dr. HARJOTO, LUMAJANG TAHUN 2018  
**TAHAP PENULISAN PROPOSAL**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	26/02 <sup>18</sup>		Pengkajian sesuai head to toe		
2	30/02 <sup>18</sup>		Lengkapi Diagnosa Keperawatan		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	01/03/18		Lengkapi intervensi, implementasi, evaluasi		
4.		Bab 1.3	- Bab I tambahkan nama px - Bab 3 - Laporan kasus pada pasien - Kriteria sesuaikan dg px		
5.		Bab 3,4	Bab 3 : Teknik wawancara dilakukan observasi, dokumentasi hasil lab Pemeriksaan diagnostik Bab 4 : Opini		
6.		Bab 4	Bab 4: Pola - pola ⊕ Pemfis ⊕ Klien diubah menjadi pasien		
7		Judul, Bab 3	- Asuhan Keperawatan Pasien Asma . . . . . - Desain penulisan Teori Laporan kasus adalah . . . . Waktu px 1 dan px 2		
8.		Bab 4	- Analisa data : opini tentang ketidakmampuan px mengeluarkan sekret		
9.		Bab 4	Opini lebih dijabarkan		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10		Bab 4	Implementasi - Lp tambahkan gambaran px diberikan terapi		
11.		Bab 4	Evaluasi - Kriteria hasil dan tujuan - Penjelasan klasifikasi asma (A)		
12.		Bab 5	Kesimpulan - Intervensi : tambahkan terapi wap - Implementasi : tambahkan gambaran px - Pengkajian : ringkas data pengkajian		
13.			- Lengkapi cover lampiran		
14.			Acc Siaty		
15		Revisi pasca sidang	- Implementasi pada BAB 2 - NOC - Evaluasi Bab 4 - Intervensi Bab 4.		
16		Revisi pasca sidang	- Manfaat pada BAB I dan IV		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17.		Revisi pasca sidang	Acc Revisian, silahkan lanjut pd pros & selanjutnya!		
18.		Revisi Pasca Sidang	Revisi Pola Nutrisi, Pola Eliminasi dan Pemeriksaan fisik.		
19.		Revisi Pasca Sidang	Revisi intervensi dan implementasi pada Bab 4		
20.		Revisi Pasca Sidang	Revisi angka tujuan jangka pendek di intervensi		
21.		Revisi Pasca sidang	ACC Revisian		
22.		Revisi Pasca sidang	Revisian		
23.		Revisi pasca sidang	Acc		