

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL :

**PENERAPAN PENGARUH BATUK EFEKTIF PADA KASUS ASMA
PADA TN.D DI RUANG IGD RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO
TAHUN 2019**

OLEH :

**DAPIT EDWAR
NIM 18149016 30**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN AJARAN 2019**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah karya sendiri dan semua sumber yang digunakan baik yang dikutip atau dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dapit Edwar, S.Kep

NIM : 1814901630

Tanda tangan :

(Dapit Edwar, S.Kep)

Tanggal : agustus 2019

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dapit Edwar, S.Kep

NIM : 1814901630

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan berlaku di STIKes Perintis. Jika dikemudian hari ternyata saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKes Perintis.

Muara Bungo, Agustus 2019

(Dapit Edwar, S.Kep)

HALAMAN PERSETUJUAN

JUDUL

**PENERAPAN PENGARUH BATUK EFEKTIF PADA KASUS ASMA
PADA TN.D DI RUANG IGD RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO
TAHUN 2019**

OLEH :

**DAPIT EDWAR
NIM 18149016 30**

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan diseminarkan
Tempat Muara Bungo, 03 Agustus 2019**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

(Ns. MUHAMMAD ARIF, M.Kep)

(Ns. AFNI FITARI. S.Kep)

Mengetahui,

Ketua Prodi Profesi Ners

STIKes Perintis Padang

(Ns. MERA DELIMA, M. Kep)

NIK 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

JUDUL

**PENERAPAN PENGARUH BATUK EFEKTIF PADA KASUS ASMA
PADA TN.D DI RUANG IGD RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO
TAHUN 2019**

OLEH :

**DAPIT EDWAR
NIM 18149016 30**

Pada :

Hari/ tanggal : Sabtu/03-08-2019

Jam : 08.00 – 09.00

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim penguji :

Penguji I : Ns. Aldo Yuliano, MM

Penguji II : Ns. Muhammad Arif, M.Kep

Mengetahui,

Ketua Prodi Profesi Ners

STIKes Perintis Padang

(Ns. MERA DELIMA, M. Kep)

NIK 1420101107296019

PENERAPAN PENGARUH BATUK EFEKTIF PADA KASUS ASMA
PADA TN.D DI RUANG IGD RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO
TAHUN 2019

Dapit edwar, S.Kep

Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Perintis Padang

Davitedwar7@gmail.com

Abstrak

Latar belakang : Asma adalah penyakit inflamasi kronis saluran pernafasan yang bersifat *reversible* dengan ciri meningkatnya respon trakea dan bronkus terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi adanya penyempitan jalan nafas yang luas dan derajatnya dapat berubah-ubah secara spontan yang ditandai dengan *wheezing*, batuk dan sesak didada akibat penyumbatan saluran nafas. Penanganan fisioterapi yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami *Asma Brochial* meliputi latihan batuk efektif , *Postural drainage*, dan *nebulizer*. Perawat dapat membantu mengeluarkan sputum pasien dengan teknik batuk efektif. Latihan batuk efektif dilaksanakan terutama pada pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Tujuan, untuk mengetahui pengaruh batuk efektif dan pemberian nebulizer pada Tn.D dengan Asma di Ruang IGD RSUD H. Hanafie Muara Bungo. Hasil, setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan cara mengajarkan batuk efektif dan pemberian Nebulizer dengan ventolin 2.5mg 2x, batuk berkurang dan berangsur-angsur dapat bernafas kembali. Kesimpulan, ada pengaruh tindakan keperawatan dengan cara batuk efektif dan pemberian nebulizer. Teknik batuk efektif merupakan cara untuk melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif, tujuannya untuk membersihkan laring dan trakea dari sekret.

Kata kunci : Asma, Batuk efektif, Nebulizer

APPLICATION OF EFFECTIVE COUGH INFLUENCE IN THE ASMA CASE
ON TN.D IN IGD ROOM OF H. HANAFIE MUARA BUNGO HOSPITAL

2019

Dapit edwar, S.Kep

Padang Pikes Professional Nurses Education Study Program Padang

Davitedwar7@gmail.com

Abstract

Background: Asthma is a chronic inflammatory respiratory disease that is reversible characterized by increased response of the trachea and bronchi to various stimuli with the manifestation of a broad airway constriction and its degree can change spontaneously which is characterized by wheezing, coughing and tightness in the chest due to blockages respiratory tract. Physiotherapy treatments that can be performed on patients with Brochial Asthma include effective cough exercises, postural drainage, and nebulizers. Nurses can help remove the patient's sputum with an effective cough technique. Effective cough exercises are carried out especially in patients with nursing problems that are ineffective in cleansing the airway. The aim is to determine the effect of effective cough and administration of nebulizer on Mr. D with Asthma in the Emergency Room at H. Hanafie Hospital Muara Bungo. The results, after nursing action by teaching an effective cough and administration of Nebulizer with 2.5 mg 2x ventolin, the cough is reduced and can gradually breathe again. In conclusion, there is an effect of nursing actions by effective coughing and nebulizer administration. An effective cough technique is a way to train patients who do not have the ability to cough effectively, the goal is to clear the larynx and trachea from secretions.

Keywords: Asthma, Effective cough, Nebulizer

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan pembuatan(KIA-N) yang berjudul (PENERAPAN PENGARUH BATUK EFEKTIF PADA KASUS ASMA PADA TN.D DI RUANG IGD RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO TAHUN 2019).

Shalawat dan salam senantiasa tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW, yang telah mengajarkan dan membimbing umatnya dari umat yang tidak mengetahui apa-apa menuju umat yang berbudi luhur dan bermoral serta menjadikan umatnya senantiasa bertaqwa kepada Allah SWT.

(KIA-N) ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang. Dalam pembuatan(KIA-N) ini peneliti mengucapkan terima kasih terutama kepada Kedua Orang Tua yang telah memberikan semangat dan doanya tanpa henti, untuk selalu menguatkan peneliti sehingga dapat menyelesaikan penulisan makalah seminar kasus ini. Selanjutnya peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Direktur utama RSUD H. Hanafie Muara Bungo dr. Mardiah, Sp.P.
2. Kepala bagian Umum dan Kepegawaian RSUD H. Hanafie Muara Bungo M. Akmal, SE.
3. Kabid Keperawatan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Indra S, SKM.
4. Ketua Stikes Perintis Padang Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed.
5. Ketua Program Profesi Ners Stikes Perintis Padang Sekaligus sebagai pembimbing (KIA-N), Ns. Mera Delima, M.Kep.
6. Kepala Instalasi pendidikan dan pelatihan RSUD H. Hanafie Muara Bungo, Ns. Suniar, S.Kep
7. Pembimbing Akademik, Ns. Muhammad Arif, M.Kep, yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian (KIA-N) ini
8. Pembimbing Klinik RSUD H. Hanafie Muara Bungo, Ns. Afni Fitari, S.Kep, yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian (KIA-N) ini.
9. Tenaga perawat di ruangan RSUD H. Hanafie Muara Bungo, yang telah banyak

membantu penulisan dalam memperoleh data.

Meskipun peneliti telah berusaha semaksimal mungkin dalam penulisan (KIA-N) ini, namun peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan (KIA-N), karena kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT. Oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk menyempurnakan (KIA-N) ini.

Semoga Allah SWT, selalu melimpahkann rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, Amin

Ma.Bungo, Agustus 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep dasar Asma	6
2.2 Konsep dasar asuhan keperawatan	26
BAB III STUDI KASUS	
3.1 Pengkajian.....	36
3.2 Diagnosa	44
3.3 Intervensi	45
3.4 Implementasi dan evaluasi	49
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian.....	51
4.2 Diagnosa	52
4.3 Intervensi	53
4.4 Implementasi	53
4.5 Evaluasi	54
BAB IV PENUTUP	
5.1 Kesimpulan.....	55

5.2 Saran	55
-----------------	----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Asma adalah penyakit inflamasi kronis saluran pernafasan yang bersifat *reversible* dengan ciri meningkatnya respon trakea dan bronkus terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi adanya penyempitan jalan nafas yang luas dan derajatnya dapat berubah-ubah secara spontan yang ditandai dengan *wheezing*, batuk dan sesak didada akibat penyumbatan saluran nafas (Henneberger dkk 2011).

Menurut Centers for Disease Control and Prevention(CDC), melaporkan bahwa asma saat ini mengenai lebih dari 22,2 juta orang di Amerika atau 7,9% dari populasi, termasuk lebih dari 6,7 juta anak-anak yang berusia kurang dari 18 tahun. Selain itu 7,3 % orang Amerika dewasa saat ini menderita asma. Terdapat laporan 3613 kematian karena asma, selain itu asma bertanggung jawab terhadap gangguan aktivitas orang dewasa yaitu menyebabkan lebih dari 10 juta hari kerja hilang setiap tahunnya. Pada tahun 2006 asma menyebabkan 10,6 juta kunjungan ke tempat pelayanan kesehatan dan 1,8 juta masuk ke ruang IGD dan yang membutuhkan penanganan gawat darurat (Plottel, 2010).

Data laporan dari Global Intitatif for Asthma(GINA) pada tahun 2012 menyatakan bahwa perkiraan jumlah penderita asma seluruh dunia adalah tiga ratus juta orang, dengan jumlah kematian yang terus meningkat hingga 180.000 orang per tahun. Menurut WHO terbaru, yang dirilis pada Desember 2016, ada 383.000 orang kematian akibat asma pada tahun 2015. Sebagian besar kematian terkait

asma terjadi di Negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah. Sekitar 235 juta orang saat ini menderita asma. Di Indonesia pada tahun 2015 kematian akibat penyakit asma 16% balita yang diperkirakan 920.136 balita. Secara nasional terdapat 3,55% penderita asma (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2014 menyatakan bahwa pada tahun 2007 sampai dengan 2013 prevalensi nasional kejadian asma sebesar 4,5%. Lima provinsi dari 18 provinsi yang memiliki prevalensi di atas prevalensi angka nasional yaitu Sulawesi Tengah (7,8%), Nusa Tenggara Timur (7,4%), DI Yogyakarta (6,9%), Sulawesi Selatan (6,7%), dan Kalimantan Selatan (6,4%). Sedangkan 5 provinsi yang prevalensi kejadian asma dibawah prevalensi nasional antara lain. Sumatra Utara (2,4%), Jambi (2,4%), Riau (1,9%), Bengkulu (1,9%), dan Lampung (1,5%). Sedangkan Berdasarkan data penyakit asma di Kabupaten Muara Bungo adalah 6.7%.

Penyakit ini merupakan salah satu penyakit utama yang menyebabkan pasien memerlukan perawatan di rumah sakit. Pada pasien asma yang terjadi sesak napas parah dengan ekspirasi memanjang yang disertai *wheezing*, batuk dengan sputum kental dan sulit dikeluarkan. Adanya sputum di jalan napas inilah yang menyebabkan respon batuk. Dampak lain akumulasi sputum adalah kesulitan bernafas dan terjadi gangguan pertukaran gas di dalam paru yang mengakibatkan timbulnya sianosis, kelelahan, apatis, serta merasa lemah (Somantri, 2009).

Dampak ini tentu sangat merugikan pasien. Penanganan fisioterapi yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami *Asma Brochial* meliputi latihan batuk efektif , *Postural drainage*, dan *nebulizer*. Batuk efektif adalah suatu metode

batuk dengan benar, di mana pasien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah mengeluarkan dahak secara maksimal. Manfaat latihan batuk efektif untuk melonggarkan dan melegakan saluran pernafasan maupun mengatasi sesak nafas akibat adanya lender yang memenuhi saluran pernafasan (Trabani, 2010).

Peran perawat diperlukan untuk membantu mengurangi keluhan pasien. Perawat dapat membantu mengeluarkan sputum pasien dengan teknik batuk efektif. Latihan batuk efektif dilaksanakan terutama pada pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas (Muttaqin, 2008, hlm.242). Teknik batuk efektif merupakan cara untuk melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif, tujuannya untuk membersihkan laring dan trakea dari sekret.

Pada asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis asma akan muncul masalah keperawatan berupa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan *bronkospasme*, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan *spasme* bronkus dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *dyspneu* (Magenta, 2011). Menurut Vaughans (2013) pada asma akan muncul masalah keperawatan berupa masalah gangguan pertukaran gas, masalah bersihan jalan napas tidak efektif dan masalah *perfusi* jaringan tidak efektif.

Tindakan Keperawatan diatas harus dilakukan evaluasi sejauh mana kemajuan yang ditunjukkan oleh pasien setelah diberikan intervensi keperawatan di sesuaikan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tetapkan

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk membahas

tentang “Penerapan pengaruh batuk efektif pada kasus Asma pada Tn.D Di Ruang IGD RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019”.

1.2 Rumusan masalah

Rumusan masalah pada laporan akhir ini tentang “Penerapan pengaruh batuk efektif pada kasus Asma pada Tn.D Di Ruang IGD RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Setelah mempelajari dan membahas kasus tentang Asma di harapkan mahasiswa mampu melakukan / memberikan asuhan keperawatan gawat darurat.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian Tn.D Di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019
2. Mampu menegakkan dan memprioritaskan diagnosa keperawatan dengan Asma pada Tn.D Di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019
3. Mampu membuat rencana tindakan dengan Asma pada Tn.D Di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019
4. Mampu melakukan implementasi dengan Asma pada Tn.D Di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019

5. Mampu melakukan evaluasi dengan Asma pada Tn.D Di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019
6. Mampu melakukan pendokumentasian dengan Asma pada Tn.D Di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019
7. Mampu mengaplikasikan jurnal terkat dengan Asma pada Tn.D Di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Sebagai tolak ukur mahasiswa dalam mempelajari, memahami dan mengaplikasikan praktik asuhan keperawatan KGD di ruang IGD dengan kasus Asma di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019

1.4.2 Bagi Mahasiswa

Mahasiswa dapat memahami tentang asuhan keperawatan KGD di ruang IGD dengan kasus Asma di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019

1.4.3 Bagi RSUD H.Hanafie

Sebagai salah satu tambahan informasi dan pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan KGD di ruang IGD dengan kasus Asma di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar asma

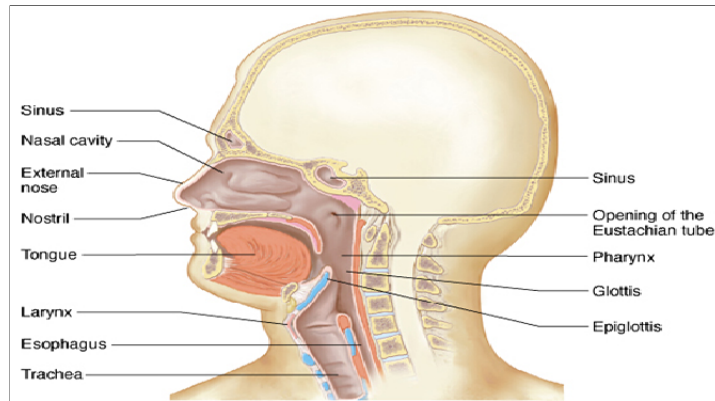
2.1.1 Pengertian

Penyakit Asma berasal dari kata "Ashtma" yang diambil dari bahasa Yunani yang berarti "sukar bernapas". Penyakit Asma merupakan proses inflamasi kronik saluran pernapasan yang melibatkan banyak sel dan elemennya. Proses inflamasi kronik ini menyebabkan saluran pernapasan menjadi hiperresponsif, sehingga memudahkan terjadinya bronkokonstriksi, edema, dan hipersekresi kelenjar, yang menghasilkan pembatasan aliran udara di saluran pernapasan dengan manifestasi klinik yang bersifat periodik berupa mengi, sesak napas, dada terasa berat, batuk-batuk terutama pada malam hari atau dini hari/ subuh. Gejala ini berhubungan dengan luasnya inflamasi, yang derajatnya bervariasi dan bersifat *reversible* secara spontan maupun dengan atau tanpa pengobatan (GINA (*Global Initiative for Asthma*), 2011).

Asma adalah suatu penyakit saluran pernafasandengan cirri meningkatnya respon trakea dan penyempitan bronkus terhadap berbagai rangsangan dengan tanda terjadinya penyempitan jalan nafas dengan perubahan luas dan derajatnya dapat berubah-ubah secara spontan yang ditandai dengan wheezing, batuk dan sesak didada (Henneberger dkk, 2011)

2.1.2 Anatomi dan fisiologi sistem pernafasan

Gambar 1.1



Menurut Somantri (2008), Sistem respirasi manusia terbagi menjadi dua, yaitu sistem pernapasan bagian atas dan sistem pernapasan bagian bawah.

1. Anatomi Saluran Pernapasan Bagian Atas

Saluran pernapasan bagian atas terbagi atas :

a. Lubang hidung (cavum nasi)

Hidung terbentuk oleh tulang sejati (os) dan tulang rawan (kartilago). Bagian dalam hidung merupakan lubang yang dipisahkan menjadi lubang kiri dan kanan oleh sekat. Rongga hidung mengandung rambut yang berfungsi sebagai penyaring kasar terhadap benda asing yang masuk. Pada permukaan hidung terdapat epitel bersilia yang mengandung sel goblet. Sel tersebut mengeluarkan lendir sehingga dapat menangkap benda asing yang masuk kedalam saluran pernapasan.

Bagian luar dinding terdiri dari kulit. Lapisan tengah terdiri dari

otot-otot dan tulang rawan. Lapisan dalam terdiri dari selaput lender yang berlipat-lipat yang dinamakan karang hidung (konka nasalis), yang berjumlah 3 buah yaitu: konka nasalis inferior, konka nasalis media, dan konka nasalis superior.

Diantara konka nasalis terdapat 3 buah lekukan meatus, yaitu: meatus superior, meatus inferior dan meatus media. Meatus-meatus ini yang dilewati oleh udara pernafasan sebelah dalam terdapat lubang yang berhubungan dengan tekak yang disebut koana.

b. Sinus paranasalis

Sinus paranasalis merupakan daerah yang terbuka pada tulang kepala. Sinus berfungsi untuk : membantu menghangatkan dan humidifikasi, meringankan berat tulang tengkorak, mengatur bunyi suara manusia dengan ruang resonansi.

c. Faring

Faring merupakan pipa berotot berbentuk cerobong (\pm 13cm) yang letaknya bermula dari dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esofagus pada ketinggian tulang rawan krikoid. Berdasarkan letaknya, faring dibagi menjadi tiga yaitu dibelakang hidung (naso-faring), belakang mulut (oro-faring), dan belakang laring (laringo-faring).

d. Laring

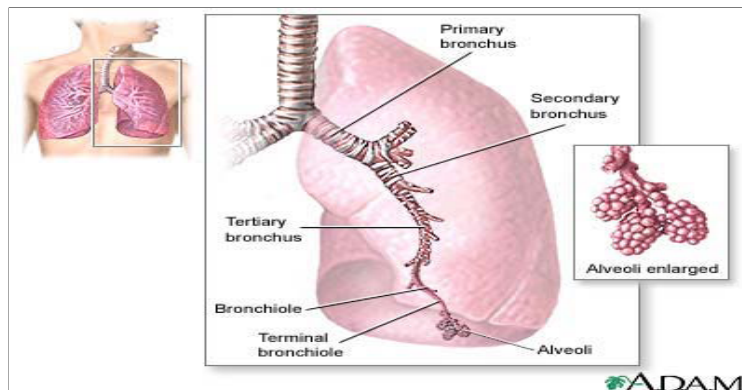
Laring sering disebut dengan "*voice box*" dibentuk oleh struktur *epiteliumlined* yang berhubungan dengan faring dan trakhea. Laring terletak dianterior tulang belakang ke-4 dan ke-6. Bagian

atas dari esofagus berada di posterior laring.

Saluran udara dan bertindak sebagai pembentuk suara. Pada bagian pangkal ditutup oleh sebuah empang tenggorok yang disebut epiglottis, yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi ketika menelan makanan dengan menutup laring. Terletak pada garis tengah bagian depan leher, sebelah dalam kulit, glandula thyroidea, dan beberapa otot kecil, dan didepan laringofaring dan bagian atas esopagus. Cartilago/tulang rawan pada laring ada 5 buah, terdiri dari sebagai berikut: cartilago thyroidea 1 buah di depan jakun (Adam's apple) dan sangat jelas terlihat pada pria, cartilago epiglottis 1 buah, cartilago cricoidea 1 buah, cartilago arytenoidea 2 buah yang berbentuk beker.

2. Saluran Nafas Bagian Bawah

Gambar 1.2



a. Trachea atau Batang tenggorok

Merupakan tabung fleksibel dengan panjang kira-kira 10 cm dengan lebar 2,5 cm. Trachea berjalan dari cartilago cricoidea kebawah pada bagian depan leher dan dibelakang manubrium

sterni, berakhir setinggi angulus sternalis (taut manubrium dengan corpus sterni) atau sampai kira-kira ketinggian vertebra torakalis kelima dan di tempat ini bercabang menjadi dua bronkus (bronchi). Trachea tersusun atas 16 - 20 lingkaran tak- lengkap yang berupa cincin tulang rawan yang diikat bersama oleh jaringan fibrosa dan yang melengkapi lingkaran disebelah belakang trachea, selain itu juga membuat beberapa jaringan otot.

b. **Bronchus**

Bronchus yang terbentuk dari belahan dua trachea pada ketinggian kira-kira vertebra torakalis kelima, mempunyai struktur serupa dengan trachea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus-bronkus itu berjalan ke bawah dan kesamping ke arah tampuk paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar, dan lebih vertikal daripada yang kiri, sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis dan mengeluarkan sebuah cabang utama lewat di bawah arteri, disebut bronkus lobus bawah.

Bronkus kiri lebih panjang dan lebih langsing dari yang kanan, dan berjalan di bawah arteri pulmonalis, sebelum dibelah menjadi beberapa cabang yang berjalan kelobus atas dan bawah. Cabang utama bronchus kanan dan kiri bercabang lagi menjadi bronchus lobaris dan kemudian menjadi lobus segmentalis. Percabangan ini berjalan terus menjadi bronchus yang ukurannya semakin kecil, sampai akhirnya menjadi bronkiolus terminalis, yaitu saluran udara terkecil yang tidak

mengandung alveoli (kantong udara).

c. Paru-Paru

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri atas kecil gelembung-gelembung (alveoli). Alveolus yaitu tempat pertukaran gas assinus terdiri dari bronkiolus dan respiratorius yang terkadang memiliki kantong udara kecil atau alveoli pada dindingnya. Ductus alveolaris seluruhnya dibatasi oleh alveoilis dan sakus alveolaris terminalis merupakan akhir paru-paru, asinus atau kadang disebut lobulus primer memiliki tangan kira-kira 0,5 s/d 1,0 cm. Terdapat sekitar 20 kali percabangan mulai dari trachea sampai Sakus Alveolaris. Alveolus dipisahkan oleh dinding yang dinamakan pori-pori kohn. Paru-paru dibagi menjadi dua bagian, yaitu paru-paru kanan yang terdiri dari 3 lobus (lobus pulmo dekstra superior, lobus pulmo dekstra media, lobus pulmo dekstra inferior) dan paru-paru kiri yang terdiri dari 2 lobus (lobus sinistra superior dan lobus sinistra inferior).

2.1.3 Etiologi

Menurut Soemantri (2012), sampai saat ini etiologi asma belum diketahui dengan pasti, suatu hal yang menonjol pada semua penderita asma adalah fenomena hiperreaktivitas bronkus. Bronkus penderita asma sangat peka terhadap rangsangan imunologi maupun non-imunologi. Oleh karena sifat inilah, maka serangan asma mudah terjadi ketika rangsangan baik fisik, metabolik, kimia, alergen, infeksi dan sebagainya. Penderita asma perlu mengetahui dan sedapat mungkin menghindari rangsangan atau pencetus

yang dapat menimbulkan asma. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1. Alergen utama, seperti debu rumah spora jamur, dan tepung sari rerumputan.
2. Iritan seperti asap, bau-bauan, dan polutan.
3. Infeksi saluran napas terutama yang disebabkan oleh virus. Virus influenza (Sundaru, 1991) Dikutip dari (Muttaqin, 2008).
4. Lingkungan kerja. Lingkungan kerja diperkirakan merupakan faktor pencetus yang menyumbang 2-15% klien dengan asma bronkhial (Sundaru,1991) Dikutip dari (Muttaqin, 2008

2.1.4 Manifestasi klinis

Gejala asma bersifat episodik, berupa batuk, sesak napas, mengi, rasa berat di dada. Gejala biasanya timbul atau memburuk terutama malam atau dini hari (PDPI, 2003). Setelah pasien asma terpajan alergen penyebab maka akan timbul dispnea, pasien merasa seperti tercekik dan harus berdiri atau duduk dan berusaha mengerahkan tenaga lebih kuat untuk bernapas. Kesulitan utama terletak saat ekspirasi, percabangan trakeobronkial melebar dan memanjang selama inspirasi namun sulit untuk memaksa udara keluar dari bronkiolus yang sempit karena mengalami edem dan terisi mukus. Akan timbul mengi yang merupakan ciri khas asma saat pasien berusaha memaksakan udara keluar. Biasanya juga diikuti batuk produktif dengan sputum berwarna keputih-putihan (Price & Wilson, 2006).

Tanda selanjutnya dapat berupa sianosis sekunder terhadap hipoksia

hebat dan gejala-gejala retensi karbon dioksida (berkeringat, takikardi dan pelebaran tekanan nadi). Pada pasien asma kadang terjadi reaksi kontinu yang lebih berat dan mengancam nyawa, dikenal dengan istilah "status asmatikus". Status asmatikus adalah asma yang berat dan persisten yang tidak berespon terhadap terapi konvensional, dan serangan dapat berlangsung lebih dari 24 jam (Smeltzer & Bare, 2002).

Asma dapat bersifat fluktuatif (hilang timbul) yang berarti dapat tenang tanpa gejala tidak mengganggu aktivitas tetapi dapat eksaserbasi dengan gejala ringan sampai berat bahkan dapat menimbulkan kematian (Depkes, 2009).

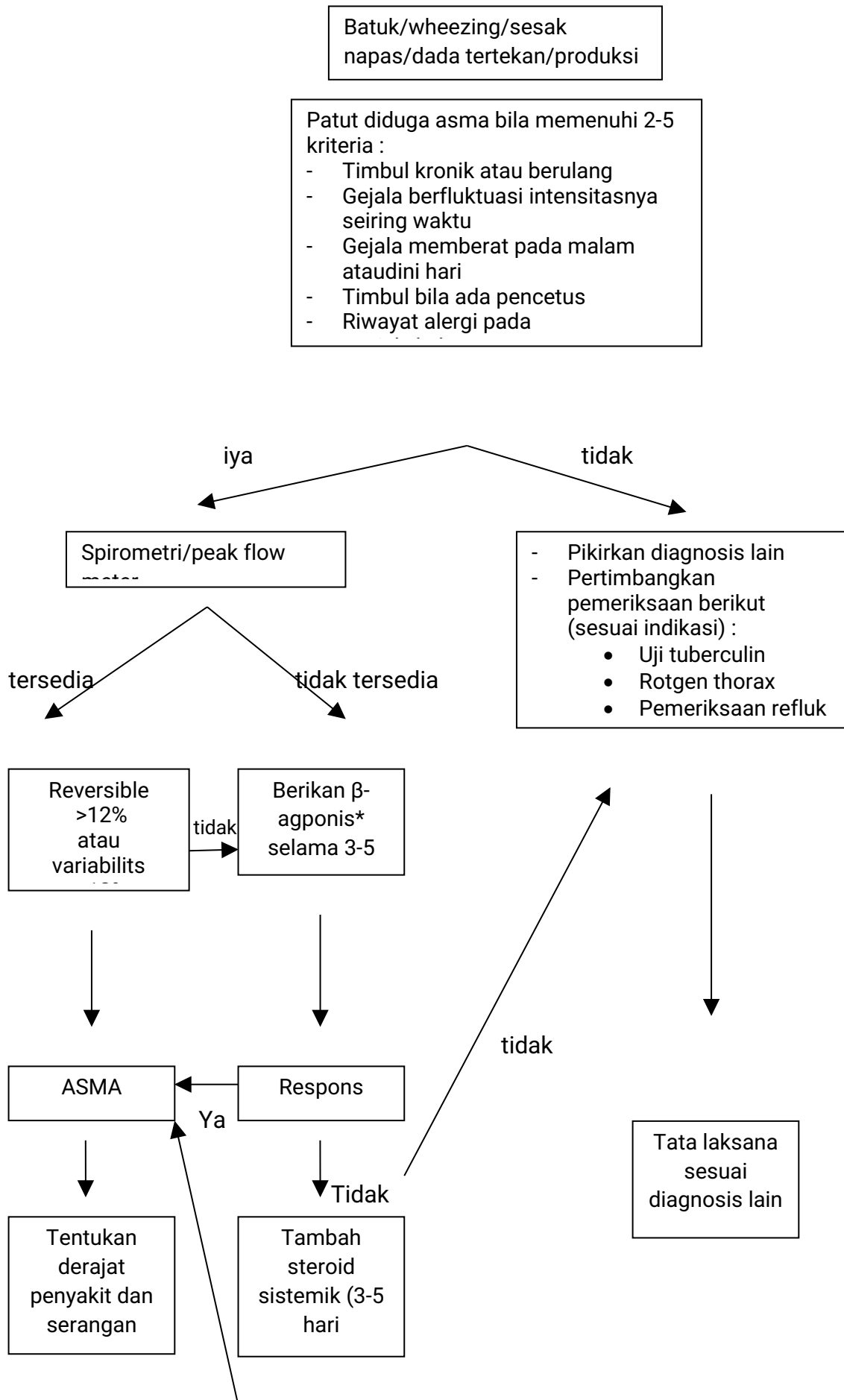
Gejala asma dapat diperburuk oleh keadaan lingkungan seperti perubahan temperatur, terpapar bulu binatang, uap kimia, debu, serbuk, obat-obatan, olahraga berat, infeksi saluran pernapasan, asap rokok dan stres (GINA, 2005).

Pada awal serangan sering gejala tidak jelas seperti rasa berat di dada, pada asma alergik biasanya disertai pilek atau bersin. Meski pada mulanya batuk tidak disertai sekret, namun dalam perkembangannya pasien asma akan mengeluarkan sekret baik yang mukoid, putih dan terkadang purulen. Terdapat sebagian kecil pasien asma yang hanya mengalami gejala batuk tanpa disertai mengi, yang dikenal dengan istilah *cough variant asthma* (Sundaru, 2009).

2.1.5 Alur diagnosis

Alur diagnosis asma dikutip dari pedoman Nasional Asma Anak 2016 IDAI adalah sebagai berikut :

Bagan 1.1
Alur diagnosis



Ya

Keterangan

Respons

- β -agonis sebaiknya diberikan dalam bentuk inhalasi
- pasien yang telah didiagnosis asma secara klinis tetap diusahakan untuk dilakukan spirometri

2.1.6 Klasifikasi Asma

Terdapat jenis-jenis asma menurut Smeltzer & Bare (2002) yaitu:

1. Asma alergik

Dapat disebabkan oleh alergen, misal serbuk sari, binatang, makanan dan jamur. Kebanyakan alergen terdapat di udara dan bersifat musiman, biasanya pasien juga memiliki riwayat keluarga yang alergik dan riwayat medis eczema atau rhinitis alergik. Paparan terhadap alergen mencetuskan asma. Anak-anak dengan asma alergik sering dapat mengatasi kondisi sampai masa remaja.

2. Asma idiopatik atau nonalergik

Jenis asma ini tidak berhubungan dengan alergen spesifik. Faktor seperti *common cold*, infeksi traktus respiratorius, latihan, emosi dan polutan lingkungan dapat mencetuskan serangan. Selain itu beberapa agen farmakologi juga dapat menjadi faktor seperti aspirin dan agen antiinflamasi nonsteroid lain, pewarna rambut, antagonis beta-adrenergik dan pengawet makanan. Serangan pada asma ini menjadi lebih berat dan sering, kemudian dapat berkembang menjadi bronchitis

kronis dan emfisema.

3. Asma gabungan

Merupakan bentuk asma yang paling umum. Asma ini memiliki karakteristik dari bentuk alergi maupun idiopatik/nonalergik.

Dalam Pedoman Pengendalian Penyakit Asma oleh Depkes RI (2009)

dijelaskan klasifikasi derajat asma sebagai berikut:

Tabel 1.1

Klasifikasi Derajat Asma Berdasarkan Gambaran Klinis Secara Umum

Derajat Asma (1)	Gejala (2)	Gejala Malam (3)	Faal Paru (4)
Intermitten	Bulanan	≤ 2 kali sebulan	APE \geq 80%
	- Gejala <1x/minggu - Tanpa gejala Diluar Serangan - Serangan singkat		- VEP ₁ \geq 80% nilai prediksi APE \geq 80% nilai terbaik Variabili - ti APE <20 %
Persisten ringan	Mingguan	> 2 kali sebulan	APE >80%
	- Gejala >1x/minggu, tetapi <1x/hari - Serangan mengganggu dan tidur Dapat Aktivitas		- VEP ₁ \geq 80% nilai prediksi APE \geq 80% nilai terbaik AP Variabiliti E 20-30%
Persisten sedang	Harian	> 2 kali sebulan	APE 60-80%
	- Gejala setiap hari Serangan - mengganggu aktivitas dan tidur - Membutuhkan		VEP ₁ 60-80% - nilai prediksi APE 60-80% nilai terbaik - Variabiliti

	bronkodilator setiap hari	APE>30%
Persisten berat	Kontinyu	APE 60≤%
	- Gejala terus menerus	Sering
	- Sering kambuh	
	Aktivitas fisik	
	- terbatas	
		- VEP ₁ ≤60% nilai prediksi APE≤60%
		nilai terbaik
		- Variabiliti
		APE>30%

Sumber: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, Asma Pedoman &

Penatalaksanaan di Indonesia, 2004.

APE = Arus Puncak Ekspirasi, VEP₁ = Volume Ekspirasi Paksa detik pertama

2.1.7 Patofisiologi

Asma merupakan inflamasi kronik saluran napas. Berbagai sel inflamasi berperan terutama sel mast, eosinofil, sel limfosit T, makrofag, neutrofil dan sel epitel. Faktor lingkungan dan faktor lain berperan sebagai pencetus inflamasi saluran napas pada pasien asma (PDPI, 2003). Inflamasi saluran napas pada pasien asma merupakan hal yang mendasari gangguan fungsi yaitu terdapatnya obstruksi saluran napas yang menyebabkan hambatan aliran udara yang dapat kembali secara spontan atau setelah pengobatan (Sundaru, 2009). Obstruksi pada pasien asma dapat disebabkan oleh kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronkus yang menyempitkan jalan napas, pembengkakan membran yang melapisi bronkus dan pengisian bronkus dengan mukus yang kental (Smeltzer & Bare, 2002).

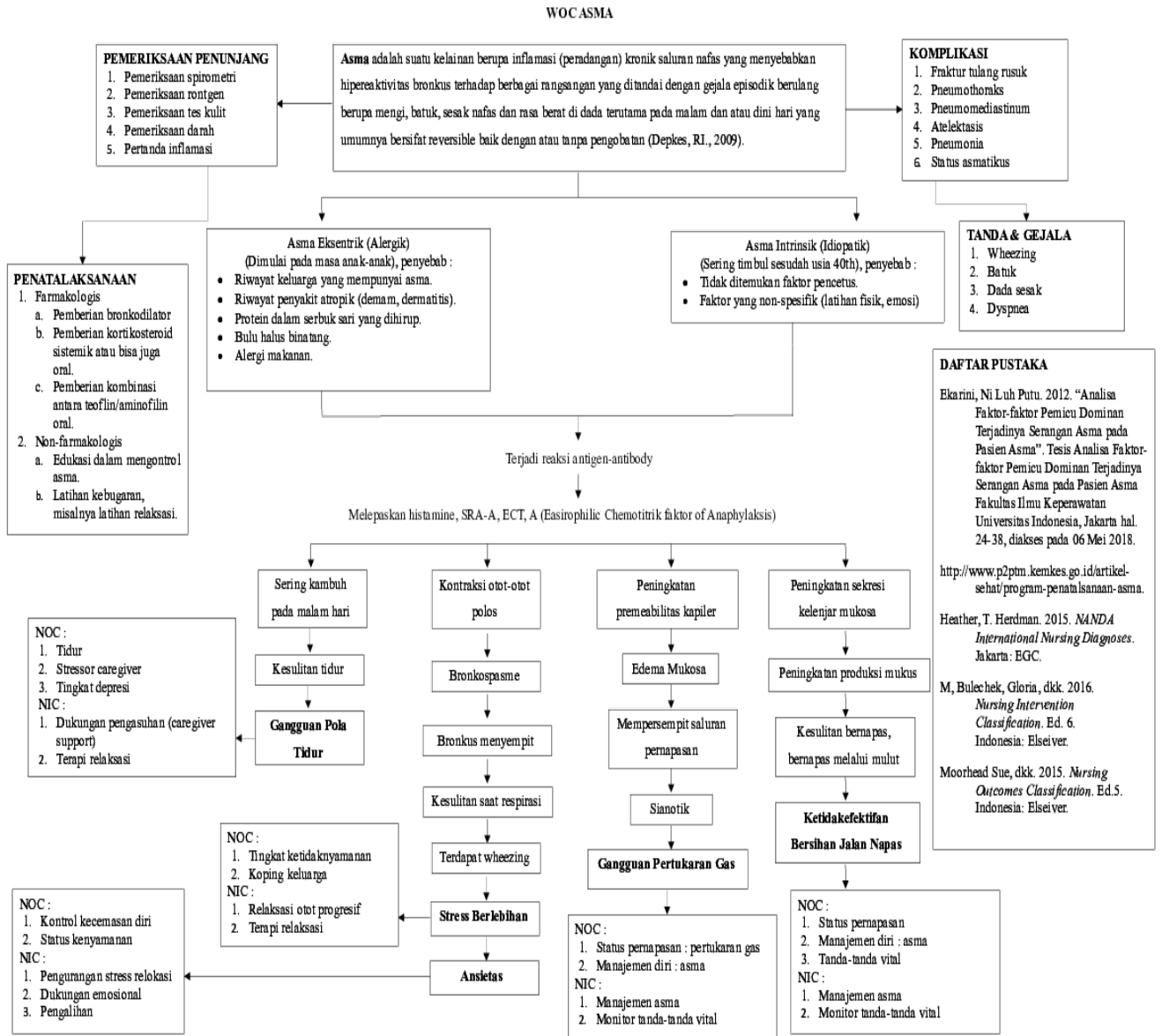
Asma dapat terjadi melalui dua jalur, yaitu jalur imunologis dan saraf otonom. Jalur imunologis didominasi oleh antibodi IgE yang merupakan reaksi hipersensitivitas tipe I (tipe alergi), terdiri dari fase cepat dan fase lambat. Reaksi alergi timbul pada orang dengan kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibodi IgE abnormal dalam jumlah yang besar,

golongan ini disebut atopi. Pada asma alergi, antibodi IgE terutama melekat pada permukaan sel mast pada interstisial paru yang berhubungan erat dengan bronkiolus dan bronkus kecil. Bila seseorang menghirup alergen maka akan terjadi fase sensitisasi yang menyebabkan antibodi IgE orang tersebut meningkat. Alergen kemudian berikatan dengan antibodi IgE yang melekat pada sel mast dan menyebabkan sel ini berdegranulasi mengeluarkan berbagai macam mediator. Beberapa mediator yang dikeluarkan adalah histamin, leukotrien, faktor kemotaktik eosinofil dan bradikinin. Ini akan menimbulkan efek edema lokal pada dinding bronkiolus kecil, sekresi mukus yang kental dalam lumen bronkiolus dan spasme otot polos bronkiolus yang menyebabkan inflamasi saluran napas. Pada reaksi alergi fase cepat, obstruksi saluran napas terjadi segera yaitu 10-15 menit setelah pajanan alergen. Spasme bronkus yang terjadi merupakan respons terhadap mediator sel mast terutama histamin yang bekerja langsung pada otot polos bronkus. Pada fase lambat, reaksi terjadi setelah 6-8 jam pajanan alergen dan bertahan selama 16-24 jam, bahkan kadang-kadang sampai beberapa minggu. Sel-sel inflamasi seperti eosinofil, sel T, sel mast dan *Antigen Presenting Cell* (APC) merupakan sel-sel kunci dalam patogenesis asma (Rengganis, 2008).

Pada jalur saraf otonom, inhalasi alergen akan mengaktifkan sel mast intralumen, makrofag alveolar, nervus vagus dan mungkin juga epitel saluran napas. Peregangan vagal menyebabkan refleks bronkus, sedangkan mediator inflamasi yang dilepaskan oleh sel mast dan makrofag akan membuat epitel jalan napas lebih permeabel dan

memudahkan alergen masuk ke dalam submukosa, sehingga meningkatkan reaksi yang terjadi. Kerusakan epitel bronkus oleh mediator yang dilepaskan pada beberapa keadaan reaksi asma dapat terjadi tanpa melibatkan sel mast misalnya pada hiperventilasi, inhalasi udara dingin, asap, kabut dan SO₂. Pada keadaan tersebut reaksi asma terjadi melalui refleks saraf. Ujung saraf eferen vagal mukosa yang terangsang menyebabkan pelepasan neuropeptid sensorik senyawa P, neurokinin A dan *Calcitonin Gene-Related Peptide* (CGRP). Neuropeptida itulah yang menyebabkan terjadinya bronkokonstriksi, edema bronkus, eksudasi plasma, hipersekresi lendir, dan aktivasi sel-sel inflamasi (Rengganis, 2008). Sistem saraf otonom mempersarafi paru, tonus otot bronkial diatur oleh impuls saraf vagal melalui sistem parasimpatis. Pada asma idiopatik, ketika ujung saraf pada jalan napas dirangsang oleh faktor pencetus maka akan meningkatkan pelepasan jumlah asetilkolin. Ini menyebabkan bronkokonstriksi juga merangsang pembentukan mediator kimiawi (Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.8 WOC



Sumber : Stein J.H., (1998); Carpenito, L.J. (1999); Doenges, M.E. (2000); Smeltzer, Suzanne, C. (2001)

2.1.9 Komplikasi

Betz, C.L. dan Sowden, L.A (2009, hal 32) menyatakan bahwa komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan asma bronchial ialah sebagai berikut:

1. Status asmatikus
2. Bronkitis kronis, bronkiolitis, pneumonia
3. Emfisema kronis
4. Kor pulmonal dengan gagal jantung kanan
5. Atelektasis
6. Pneumotoraks
7. Kematian.

2.1.10 Penatalaksanaan

Pedoman GINA 2018 menambahkan keluaran studi keamanan LABA (*long acting beta agonist*) oleh FDA pada orang dewasa, remaja, dan anak-anak. Kombinasi ICS/LABA dosis rendah dapat digunakan sebagai terapi rumatan untuk orang dewasa dan remaja. Pada pasien yang berisiko, kombinasi ICS/formoterol (budesonide atau beklometason) dosis rendah dilaporkan menurunkan risiko eksaserbasi dan efektif dalam mengontrol gejala asma.

Tabel 1.2

Langkah	Pilihan <i>Controller</i> Utama	Pilihan <i>Controller</i> Lainnya	Pilihan <i>Reliever</i>
Langkah I		Pertimbangkan ICS dosis rendah	
Langkah II	ICS dosis rendah	<i>Leucotriene antagonist</i> (LTRA) Teofilin dosis rendah*	<i>Short acting beta agonist</i> (SABA) jika perlu
Langkah III	ICS/LABA rendah**	dosis ICS dosis sedang/tinggi ICS dosis rendah + LTRA atau teofilin	SABA atau ICS/formoterol jika perlu
Langkah IV	ICS/LABA sedang/tinggi	Tiotropium ICS dosis sedang/tinggi + LTRA atau teofilin	
Langkah V	Tiotropium*** atau anti IL-5	+ Kortikosteroid oral	

*Tidak untuk anak <12 tahun

**Untuk anak 6-11 tahun, langkah 3 yang direkomendasikan adalah ICS dosis sedang

***Tiotropium menggunakan *inhaler* adalah terapi tambahan untuk pasien ≥ 12 tahun dengan riwayat eksaserbasi

1. Langkah I

Pada langkah I, opsi yang lebih direkomendasikan adalah penggunaan *inhaler* jika diperlukan. Pilihan lainnya adalah penambahan ICS dosis rendah. Pilihan lain yang dapat digunakan tetapi tidak direkomendasikan untuk penggunaan rutin adalah ipratropium inhalasi, teofilin atau SABA

oral, dan LABA onset cepat.

2. Langkah II

Pada langkah II, opsi yang lebih direkomendasikan adalah ICS dosis rendah secara reguler, dengan SABA yang digunakan jika perlu sebagai *reliever*.

3. Langkah III

Pada langkah III, opsi yang direkomendasikan untuk pasien dewasa adalah penggunaan 1 atau 2 *controller* dengan *reliever* yang digunakan jika perlu. Untuk anak usia 6-11 tahun, pilihannya adalah ICS dosis sedang dengan SABA jika perlu sebagai *reliever*.

4. Langkah IV

Pada langkah IV, opsi rekomendasi bagi pasien dewasa adalah kombinasi ICS/formoterol sebagai rumatan ditambah dengan *reliever*, atau kombinasi ICS/LABA dosis sedang ditambah SABA jika perlu. Pada pasien anak usia 6-11 tahun, lebih direkomendasikan untuk melakukan rujukan ke spesialis.

5. Langkah V

Pada langkah V, rekomendasinya adalah merujuk atau penggunaan terapi tambahan. Terapi tambahan dapat berupa tiotropium atau anti IL-5.

Alur tata laksana serangan Asma

Bagan 1.2

Serangan ASMA

- Nilai derajat serangan asma

- Cari riwayat asma resiko tinggi

Ringan-sedang

- Bicara dalam kalimat
- Lebih senang duduk daripada baring
- Tidak gelisah
- Frekuensi nafas meningkat
- Frekuensi nadi meningkat
- Retraksi minimal
- SPO2 90-95%
- PEF >50% prediksi atau

Berat

- bicara dalam kata
- duduk bertopang lengan
- gelisah
- frekuensi nafas meningkat
- retraksi jelas
- SpO2 <90%
- PEF ≤50%

Ancaman henti nafas

- Kriteria sama serangan berat ditambah dengan :
- Mengantuk/letargi
 - Suara nafas tak terdengar

Mulai terapi awal

- Berikan oksigen 1-2 L/menit jika SpO2 <94%
- Agonis β2 kerja pendek :
 - Via nebulizer atau via Mol danspacer (4-10 semprot)
 - Nebulisasi dapat diulang sampai 3 kali tiap 20 menit dalam 1 jam
- Untuk nebulisasi ketiga pertimbangan kombinasi agonis β kerja pendek dan ipratropium bromida
- Pada saat serangan serangan : steroid sistemik (prednisolon/prednisone) : 1-2mg/kgBB/hari maksimal 40mg peroral (bila tidak memungkinkan IV)
- Hati-hati penggunaan steroid sistemik

Lanjutkan terapi dengan agonis β2 kerja pendek jika diperlukan nilai respon terapi dalam 1 jam berikutnya (atau lebih cepat)

Segera

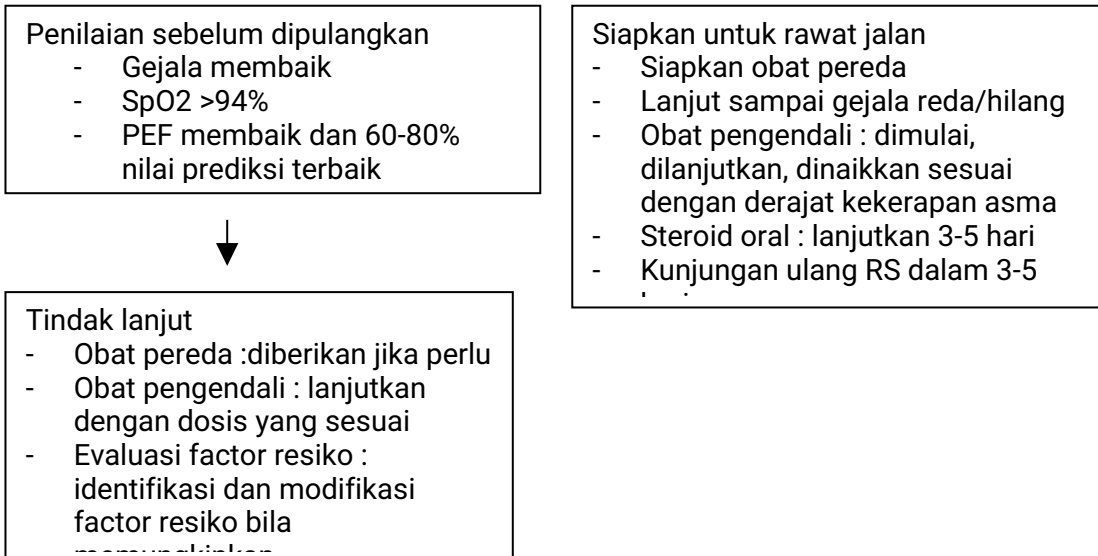
Bila di IGD rumah sakit

Lanjutkan tata laksana sesuai derajat serangan

Bila di fasyankes pimer, segera rujuk ke rumah sakit

Sambil menunggu lakukan terapi :

- Nebulisasi agonis β2 kerja pendek dan ipatropium bromida
- Steroid sistemik (prednisolon/prednisone) : 1-2 mg/KgBB/hari, maksimal 40mgIV
- Berikan oksigen 2L/menit

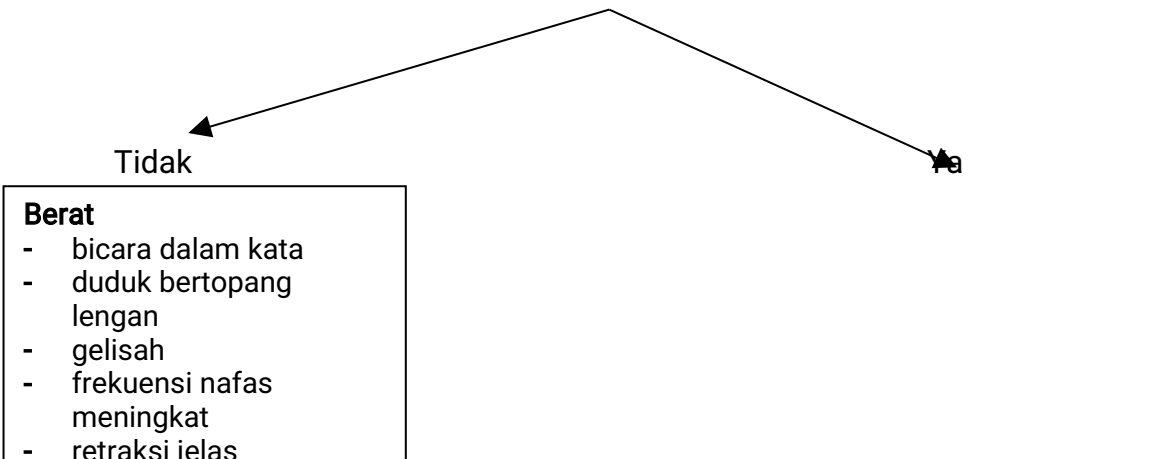


Bila tidak tersedia obat-obatan lain, gunakan ADRENALIN untuk asma berhubungan dengan anafilaksis dan angioderma. Dosis 10 mcg/kgBB (0.01 ml/kg adrenalin 1 : 1000) maksimal 500 mcg (0.5 ml)

Pasien dengan asma serangan henti nafas yang di rujuk ke rumah sakit

↓

Penilaian awal :
A : airway, B breathing, C : circulation
Apakah ada :
Mengantuk, letargi, suara nafas tidak terdengar



Ancaman henti nafas

Siapkan perawatan ICU

- Inhalasi agonis $\beta 2$ kerja pendek
- Oksigen
- Siapkan intubai bila



Mulai terapi

- Inhalasi agonis $\beta 2$ kerja pendek + ipratopium biramida
- Steroid IV
- Oksigen untuk menjaga SpO2 94-98%

Jika memburuk, kelola sebagai serangan asma dengan ancaman henti nafas dan pertimbangkan rawat ICU



**nilai kondisi klinis secara berkala
periksa spirometri / PEF (satu jam setelah terapi awal)**

FEV1 PEF 6-80% dan terapat perbaikan gejala
SEDANG
Pertimbangkan rawat

FEV1 atau FEV <60% dan tidak terdapat perbaikan gejala
BERAT
Lanjutkan tata laksana dan evaluasi berkala

PERINGATAN PEMBERIAN STEROID

- Steroid hanya diberikan pada saat serangan asma

- Hati-hati bila dalam 1 bulan terakhir pasien mendapatkan steroid oral/sistemik. Perlu dievaluasi apakah indikasi steroid oral/sistemik sudah tepat dan pikirkan kemungkinan pasien sudah memerlukan pengendali

Pilihan dan dosis steroid untuk serangan asma

Nama generic	Sediaan	Dosis
Metilprednisolon	Tab 4mg, 8mg	1-2mg/kgBB/hari, tiap 6jam
Metilprednisolon suksinat injeksi	Vial 125mg Vial 500mg	1-2 mg/kgBB. Tiap 12 jam, tidak melebihi 60 mg/hari
Prednisone	Tab 5 mg	1-2mg/kgBB/kali, tiap 6 jam
Dexametason	Amp. 4mg/ml, Amp 10 mg/m	0.5-1 mg/kgBB-bolus, lanjutkan 1 mg/kgBB/hari, berikan tiap 6-8 jam
Betametason	Amp. 6mg/m/	0.05-0.1 mg/kgBB, tiap 6 jam

2.2 ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1 Pengkajian Primer

1. Airway : mengecek jalan nafas dengan tujuan menjaga jalan nafas disertai kontrol servikal.
 - Peningkatan sekresi pernafasan.
 - Bunyi nafas krekles, ronchi, weezing
2. Breathing: mengecek pernafasan dengan tujuan mengelola pernafasan

agar oksigenasi adekuat.

- Distress pernafasan : pernafasan cuping hidung, takipneu/bradipneu, retraksi.

- Menggunakan otot aksesoris pernafasan.

- Kesulitan bernafas : diaforesis, sianosis

3. Circulation : mengecek sistem sirkulasi disertai kontrol perdarahan.

- Penurunan curah jantung : gelisah, latergi, takikardi.

- Sakit kepala.

- Gangguan tingkat kesadaran : ansietas, gelisah.

- Papiledema.

- Urin output meurun

4. Dissability : mengecek status neurologis.

-Mengetahui kondisi umum dengan pemeriksaan cepat status umum dan neurologi dengan memeriksa atau cek kesadaran, reaksi pupil.

5. Exposure : environmental control, buka baju penderita tapi cegah hipotermia.

2.2.2 Pengkajian Sekunder

1. Anamnesis

Anamnesis pada penderita asma sangat penting, berguna untuk mengumpulkan berbagai informasi yang diperlukan untuk menyusun strategi pengobatan. Gejala asma sangat bervariasi baik antar individu maupun pada diri individu itu sendiri (pada saat berbeda), dari tidak ada gejala sama sekali sampai kepada sesak yang hebat yang disertai gangguan kesadaran.

Pengkajian riwayat keperawatan berdasarkan pola kesehatan fungsional menurut Gordon:

1) Pola persepsi sehat-penatalaksanaan sehat

Orang tua penderita yang sudah remaja biasa menganggap sebagai penyakit yang serius karena muncul sesak napas yang mengganggu aktivitas.

2) Pola metabolik nutrisi

Dapat muncul mual dan anoreksia sebagai dampak penurunan oksigen jaringan gastrointestinal. Anak biasanya mengeluh badannya lemah karena penurunan asupan nutrisi, terjadi penurunan berat badan.

3) Pola eliminasi

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

4) Pola tidur-istirahat

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

ketidaknyamanan tersebut.

5) Pola aktivitas-latihan

Anak nampak menurun aktivitas dan kelemahan fisik. Pada anak tampak lebih banyak minta digendong orang tuanya atau bedrest.

6) Pola kognitif-presepsi

Penurunan kognitif untuk mengingat apa yang pernah disampaikan biasanya sesaat akibat penurunan asupan nutrisi dan oksigen ke otak. Pada saat dirawat anak tampak bingung kalau ditanya tentang hal-hal baru yang disampaikan.

7) Pola presepsi diri-konsep diri

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

8) Pola peran-hubungan

Anak tampak malas kalau diajak bicara baik dengan teman sebaya maupun yang lebih besar, anak lebih banyak diam dan selalu bersama dengan terdekat (orang tua).

9) Pola seksualitas-reproduktif

Pola kondisi sakit dan anak kecil sering masih sulit terkaji. Pada anak yang sudah mengalami pubertas mungkin mengalami gangguan menstruasi pada wanita tetapi bersifat sementara dan biasanya penundaan.

10) Pola toleransi stress-koping

Aktivitas yang sering tampak saat menghadapi stress adalah anak sering menangis, kalau sudah remaja saat sakit yang dominan adalah mudah

tersinggung dan suka marah.

11) Pola nilai-keyakinan

Nilai keyakinan mungkin meningkat seiring dengan kebutuhan untuk dapat sumber kesembuhan.

2.2.3 Pemeriksaan fisik

1. Status penampilan kesehatan : Lemah.
2. Tingkat kesadaran : Composmentis atau apatis.
3. Tanda-tanda vital
 - a) Frekuensi nadi dan tekanan darah : Takikardi, hipertensi
 - b) Frekuensi pernapasan: Takipnea, dispnea progresif, pernapasan dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan.
 - c) Suhu tubuh :Suhu tubuh pasien asma biasanya masih batas normal 36-37°C.
4. Berat badan dan tinggi badan

Kecenderungan berat badan anak mengalami penurunan.
5. Integumen

Kulit

 - a) Warna : pucat sampai sianosis
 - b) Suhu

Pada hipertermi kulit teraba panas akan tetapi setelah hipertermi teratasi kulit anak akan teraba dingin.
6. Thorak

Data yang paling menonjol pada pemeriksaan fisik adalah pada: *Thorax dan paru-paru*.

- a) Inspeksi : Frekuensi irama : kedalaman dan upaya bernapas antara lain: takipnae, dispnea progresif, pernapasan dangkal.
- b) Palpasi : Adanya nyeri tekan, massa, peningkatan vokal fremitus pada daerah yang terkena.
- c) Perkusi : Pekak terjadi bila terisi cairan pada paru, normalnya timpani (terisi udara) resonansi.
- d) Auskultasinya : Suara pernapasan yang meningkat intensitasnya:
 - Suara mengi (whezing)
 - Suara napas tambahan ronkhi

7) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan radiologis memberi gambaran bervariasi : bercak konsolidasi pada bronkus.

2.2.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan teoritis adalah sebagai berikut :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan sekret di jalan napas
2. Ketidakefektifan pola nafas jalan napas b/d penyempitan jalan napas
3. Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan perfusi-ventilasi
4. Gangguan tidur
5. Ansietas

2.2.4 Rencana asuhan keperawatan

No.	Diagnosa	Intervensi	Tindakan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan sekret di jalan napas	Intervensi utama yang dilakukan adalah sebagai berikut : Latih batuk efektif	Observasi 1) Identifikasi kemampuan batuk 2) Monitor adanya retensi sputum 3) Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas 4) Monitor input dan output cairan Terapeutik 1) Atur posisi semi fowler atau fowler 2) Pasang pernak dan bengkak dipangkuan pasien 3) Buang secret pada tempat sputum Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 2) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 3) Anjurkan mengulangi sampai 3 kali 4) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke 3 5) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran
2.	Ketidakefektifan pola nafas jalan napas b/d penyempitan jalan napas	Intervensi utama yang dilakukan adalah sebagai berikut : Pemantauan respirasi	Observasi 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2) Monitor pola nafas 3) Monitor kemampuan batuk efektif

			<p>4) Monitor adanya produksi sputum</p> <p>5) Monitor adanya sumbatan jalan nafas</p> <p>6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</p> <p>7) Auskultasi bunyi nafas</p> <p>8) Monitor saturasi oksigen</p> <p>9) Monitor hasil AGD</p> <p>10) Monitor hasil x-ray</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2) Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
3.	Gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan perfusi-ventilasi	<p>Intervensi utama yang dilakukan adalah sebagai berikut :</p> <p>Terapi pemberian oksigen</p>	<p>Observasi</p> <p>1) Monitor kecepatan aliran oksigen</p> <p>2) Monitor posisi alat terapi oksigen</p> <p>3) Monitor aliran oksigen secara periodic</p> <p>4) Monitor efektifitas terapi oksigen</p> <p>5) Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan</p> <p>6) Monitor tanda-tanda hipoventilasi</p> <p>7) Monitor tanda dan gejala toksigenasi oksigen dan</p>

			<p>atelaktasis</p> <p>8) Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen dan atelektasis</p> <p>9) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea</p> <p>2) Pertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>3) Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen</p> <p>4) Berikan oksigen tambahan</p> <p>5) Tetapkan berikan oksigen saat pasien ditransportasi</p> <p>6) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p>Ediukasi</p> <p>Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>2) Kolaborasi menggunakan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur</p>
--	--	--	--

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

A. Identitas klien

Nama : Tn.D

Tempat tanggal lahir : Tj. Karang, 06 April 1985

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Satpam

Alamat : BTN Keila RT 02 RW 01

Tanggal masuk RS : 21 April 2019

Sumber informasi : klien, keluarga dan status klien

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi

Nama : Ny.I

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : BTN Keila RT 02 RW 01

Diagnose medis : **ASMA BRONKIAL**

1. Tindakan keperawatan

- a. Mengukur TTV klien
- b. Memberikan posisi semi fowler
- c. Mengauskultasi bunyi nafas tambahan
- d. Memberikan O₂ 2-3 L/menit
- e. Memonitor saturasi oksigen
- f. Memberikan nebulizer 1-3 kali

2. Masalah keperawatan

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret berlebih

3. Triage

Hijau

4. Primary survey

- a. Airway : Jalan nafas tidak paten, ada sputum dan batuk berdahak berwarna putih kekuningan, konsistensi kental, ronki (+)

Masalah : ketidakefektifan bersihan jalan nafas

- b. Breathing : Klien sesak, RR 28x/menit, retraksi dada, otot bantu pernafasan (+), cuping hidung (+), Wheezing (+), nafas cepat dan dangkal, tidak ada krepitasi

saat palpasi, perkusi sonor

Masalah : ketidakefektifan pola

- c. Circulation : TD : 100/70 mmHg, HR : 88x/menit, RR 28x/menit, S : 37°C, klien tampak pucat, CRT >2 detik, akral teraba dingin, SaO₂ 96%

Masalah : ketidakefektifan perfusi jaringan

- d. Disability : GCS : 15, kesadaran Composmentis, isokor 2/2,

kekuatan otot 55555 55555
—————
 |
55555 55555

Masalah : tidak ada masalah

- e. Exposure : tidak ada luka dan tidak ada jejas
- f. Folley Cateter : klien mengatakan berkemih 6-7 kali dalm sehari, klien tidak ada indikasi untuk pemasangan kateter, klien tidak terpasang kateter.
- g. Gastric tube : tidak ada distensi abdomen, tidak ada indikasi untuk pemasangan NGT.
- h. Heart monitor : TD 100/70 mmHg, HR : 88x/menit, klien tidak ada indikasi untuk pemasangan Heart monitor
5. Secondary survey
- a. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Tn. D masuk RSUD H. Hanafie melalui IGD jam 08.55 wib, Klien masuk dibawa oleh keluarga dengan keluhan sesak nafas sejak ± 3 jam yang lalu, batuk (+), keluarga klien mengatakan klien sebelum sering juga mengalami sesak nafas berulang.

Saat dilakukan pengkajian didapatkan data klien tampak sesak disertai batuk berdahak, klien tampak menggunakan otot bantu pernafasan, cuping hidung (+), auskultasi bunyi nafas Wheezing (+), klien tampak pucat, RR 28 kali/menit, Nadi : 88 kali/menit, TD 100/70 mmHg, S : 37°C, akral teraba dingin CRT >2 detik, SaO₂96%.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Keluarga mengatakan Klien mempunyai riwayat asma sejak kecil ± 20 tahun dengan penyebab debu dan cuaca, keluarga klien juga mengatakan ketika klien terlalu lelah ataupun cuaca yang dingin langsung sesak nafas, klien mengatakan ketika kambuh klien langsung dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

3) Riwayat keluarga

Keluarga klien mengatakan kakeknya juga mempunyai riwayat penyakit yang sama yaitu asma. Klien mengatakan tidak ada keluarganya yang mempunyai

penyakit yang kronis ataupun penyakit yang berfiat herediter lainnya.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : klien sakit sedang

b) Tanda-tanda vital : TD 100/70 mmHg, RR 28 kali/menit, Nadi : 88 kali/menit, S : 37°C , TB : 168 cm, BB : 82kg, IMT : 29.1

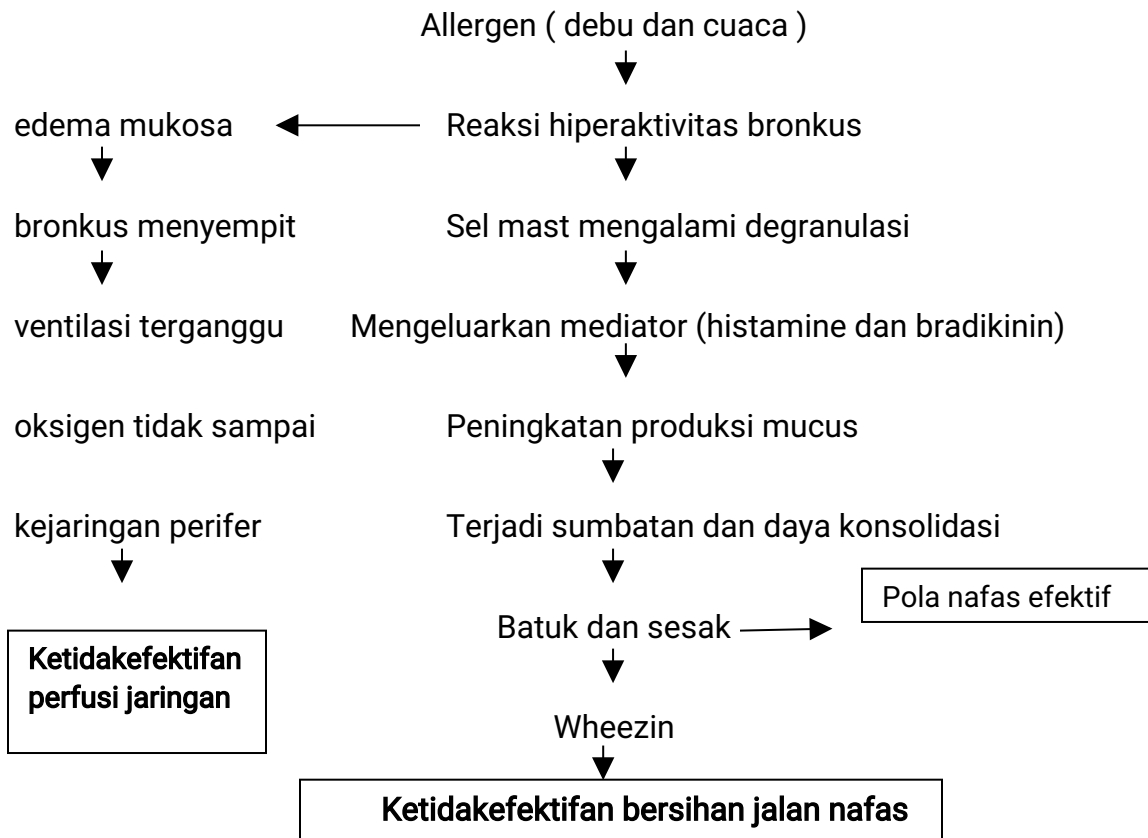
6. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang

7. Therapy

No	Nama Terapi	Dosis	Kegunaan
1	Amoxilin	3x1 tab	Amoxilin adalah obat yang bisa mengobati saluran pernafasan yang disebabkan oleh bakteri seperti pneumonia, bronchitis akut dan kronis, asma bronchial dan penyakit saluran obstruktif lainnya.
2	Salbutamol 2mg	3x1 tab	Salbutamol adalah obat yang dapat melebarkan saluran udara pada paru-paru. Obat yang masuk ke dalam bronkodilator ini bekerja dengan cara melemaskan otot-otot disekitar saluran pernafasan yang menyempit sehingga dapat mengalir lebih lancar ke dalam paru-paru.
3	Methylprednisolone 4mg	3x1 tab	Methylprednisolon adalah salah satu jenis obat kortikosteroid yang dapat mengurangi reaksi peradangan, seperti asma.
4	Nebulisasi ventolin 2,5mg	2 kali (09.05 dan 10.00)	Ventolin adalah obat untuk mengatasi bronkospasme, yaitu penyempitan saluran paru akibat gangguan pernafasan tertentu salah satunya penyakit Asma.

8. WOC



9. Prinsip tindakan

Nebulizer adalah sebuah alat yang digunakan untuk memasukkan obat dalam bentuk uap untuk dihirup kedalam paru-paru. Berikut prinsip kerja menggunakan nebulizer :

- Cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah
- Siapkan obat yang akan digunakan
- Tambahkan cairan saline jika diperlukan

- d. Hubungkan wadah obat ke mesin dan juga masker ke bagian atas wadah
- e. Pasang masker di wajah hingga menutupi hidung dan mulut. Pastikan pinggiran masker tersegel baik dengan wajah, sehingga tidak ada uap yang keluar dari sisi-sisi masker
- f. Hidupkan mesin kemudian minta pasien untuk menarik nafas perlahan dan keluarkan perlahan melalui mulut
- g. Perawat bisa mengakhirinya saat tidak ada lagi uap yang keluar. Tandanya obat sudah habis.

10. Tujuan tindakan tersebut dilakukan

- a. Untuk mengurangi sesak
- b. Untuk membuka jalan nafas

DATA FOKUS

Data subjektif

- Pasien mengatakan sesak
- Pasien mengatakan sulit bernafas
- Pasien mengatakan batuk berdahak

Data Objektif

- Pasien tampak sesak
- Pasien tampak memegang dadanya
- Pasien tampak pucat
- Pasien tampak batuk berdahak
- Tampak menggunakan otot bantu pernafasan
- Cuping hidung (+)
- CRT >2 detik
- Saturasi oksigen 96%
- Akral teraba dingin
- TD 110/70mmHG
- RR 28x/menit
- S : 37°C
- N : 88 x/menit
- Auskultasi bunyi nafas : wheezing (+)

B. Analisa data

Nama pasien : Tn.D

Umur : 34 tahun

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>DS : keluarga pasien mengatakan pasien sesak nafas disertai batuk berdahak sejak ±3 jam yang lalu</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">• Jalan nafas tidak paten• Pasien tampak batuk berdahak• Dahak berwarna putih kekuningan• Pasien tampak sulit bernafas• Wheezing (+)	Produksi sputum berlebih	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
2.	<p>DS : Pasien mengatakan sesak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak sesak nafas• Cuping hidung (+)• Otot bantu pernafasan (+)• RR : 28x/menit• Akral teraba dingin• Klien tampak pucat• N : 88x/menit• S : 37°C• SaO₂ : 96%• CRT >3detik	Hiperventilasi	Ketidakefektifan pola nafas

C. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produksi sputum berlebih
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi

D. Rencana asuhan keperawatan.

No.	Diagnosa	Intervensi	Tindakan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan sekret di jalan napas	Intervensi utama yang dilakukan adalah sebagai berikut : Latih batuk efektif	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kemampuan batuk 2) Monitor adanya retensi sputum 3) Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas 4) Monitor input dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Atur posisi semi fowler atau fowler 2) Pasang pernak dan bengkak dipangkuan pasien 3) Buang secret pada tempat sputum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 2) Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 3) Anjurkan mengulangi sampai 3 kali 4) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke 3 5) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran
2.	Ketidakefektifan pola nafas jalan napas b/d penyempitan jalan napas	Intervensi utama yang dilakukan adalah sebagai berikut : Pemantauan respirasi	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2) Monitor pola nafas 3) Monitor kemampuan batuk efektif 4) Monitor adanya produksi sputum

			<p>5) Monitor adanya sumbatan jalan nafas</p> <p>6) Palpasi kesimetriisan ekspansi paru</p> <p>7) Auskultasi bunyi nafas</p> <p>8) Monitor saturasi oksigen</p> <p>9) Monitor hasil AGD</p> <p>10) Monitor hasil x-ray</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2) Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>3) Kolaborasi pemberian nebulizer</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
--	--	--	---

E. Catatan perkembangan

Nama klien : Tn.D

Umur : 34 tahun

No.	Hari/tgl	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Minggu/ 21 april 2019	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produksi sputum berlebih	09.00 09.05 09.10 09.12 09.15 09.20	1) mengidentifikasi kemampuan batuk 2) Memonitor adanya retensi sputum 3) Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran napas 4) mengatur posisi semi fowler atau fowler 5) menjelaskan tujuan dan prosedur atuk efektif 6) Menganjurkan tarik nafas dalam melalu hidung selama 4 detik, ditahan Selma 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 7) Menganjurkan mengulangi sampai 3 kali 8) menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke 3	S : klien mengatakan batuk sudah berkurang O : - Batuk klien tampak sudah berkurang - Sputum (-) - Wheezing (-) A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	
2.	Minggu/ 21 April 2019	Ketidakefektifan pola nafas berhubungan	09.30 09.35	1) Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	S : klien mengatakan sudah tidak sesak lagi O : klien tampak tidak sesak	

		dengan hiperventilasi	09.40	2) Memonitor pola nafas	lagi, tampak tidak	
			09.45	3) Memonitor adanya sumbatan jalan nafas	menggunakan otot bantu pernafasan, RR : 20x/menit	
			09.50	4) Palpasi kesimetriisan ekspansi paru	A : masalah teratasi	
			09.55	5) mengauskultasi bunyi nafas	P : intervensi dihentikan	
			10.00	6) Memonitor saturasi oksigen		
			10.30	7) Kolaborasi pemberian nebulizer 2x dengan ventolin 2.5mg		

Setelah dilakukan tindakan pemberian nebuliver 2x dengan ventholin 2.5 mg didapatkan semua diagnose yang ditegakkan oleh penulis teratasi dan pasien pulang dengan membawa terapi sebagai berikut :

Amoxilin 3x1 tab

Salbutamol 2mg 3x1 tab

Methylprenisolone 4mg 3x1 tab

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis membandingkan antara teori dengan asuhan keperawatan KGD dengan ASMA pada Tn.D, pada tanggal 21 april 2019 di Ruang IGD RSUD H. Hanafie Muara Bungo. Berikut akan diuraikan pelaksanaan keperawatan pada Tn.D dengan diagnosa ASMA sesuai fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta dilengkapi pembahasan dokumentasi keperawatan.

4.1 PENGKAJIAN

Pengkajian pada Tn.D dilakukan dengan cara anamnesa (keluhan utama, riwayat yang berhubungan dengan keluhan utama, pengkajian psikososial, spiritual, observasi, wawancara pada keluarga klien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik).

Pengkajian adalah suatu usaha yang dilakukan perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (Muttaqun, 2011)

Dari hasil pengkajian penulis mendapatkan kesamaan tanda dan gejala seperti: dyspnea, wheezing, batuk dan badan lemas. Yang tidak ditemui pada klien adalah nyeri dada, cyanosis, serta mual dan muntah. Menurut analisa penulis tanda dan gejala di atas tidak ditemukan karena pasien sudah mendapat terapi oksigen 2 l/menit sejak masuk ke RSUD H.Hanafie Ma.Bungo di ruang IGD dan klien yang mengalami tanda dan gejala pada stadium sedang dan segera dibawa ke RS untuk mendapatkan pengobatan, sehingga tanda seperti tersebut

di atas tidak ditemukan.

Pada etiologi disebabkan oleh berbagai macam faktor yaitu faktor intrinsik dan ekstrinsik, setelah penulis menganalisa pada pasien disebabkan oleh faktor intrinsik dimana klien mendapat penyakit asma bisa disebabkan karena dalam keluarga ada riwayat penyakit tersebut (kakeknya). Di samping itu faktor pencetus yang menyebabkan klien terserang asma karena beraktivitas/latihan fisik yaitu latihan bela diri pada malam hari.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayani, 2013 bahwa polusi, debu dan perubahan cuaca yang dingin mengakibatkan trakea dan bronkus mengalami hiperaktif dan hiperresponsive jalan nafas sehingga terjadi respon bronkokonstriksi yang berlebihan sehingga mengakibatkan sesak dan batuk berdahak.

4.2 Diagnosa

Berdasarkan data yang ditemukan pada kasus diagnose prioritas yang muncul pada klien dengan ASMA pada Tn.D diruang IGD adalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produksi sputum berlebih dengan data jalan nafas tidak paten, Klien tampak batuk berdahak, Dahak berwarna putih kekuningan, Klien tampak sulit bernafas serta terdengar bunyi suara nafas tambahan Wheezing (+).

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi dengan aliran darah ditegakkan oleh penulis menjadi diagnose selanjutnya klien tampak sesak nafas, Cuping hidung (+), otot bantu pernafasan (+) serta RR : 28x/menit, akral teraba dingin, klien tampak pucat, N : 88x/menit, S : 37°C, SaO₂ : 96%, CRT >2detik.

Hal ini didukung oleh penelitian Jammaludin (2014) Asma dapat disebabkan oleh factor dari allergen seperti debu dan cuaca yang mengakibatkan reaksi hiperaktiv oleh bronkus sehingga sel mast mengalami degranulasi, kemudian mengeluarkan mediator seperti histamin dan bradinin sehingga terjadi respon bronkokonstriksi yang berlebihan memicu peradangan mukosa dari bronkus dan meningkatkan produksi mukosa/lendir yang kental, lengket dan menimbulkan bronkospasme sehingga jalan nafas tersumbat oleh mucus, saluran nafas menyempit dan ventilasi alveolus berkurang mengakibatkan sesak terutama pada saat ekspirasi dan terengah-engah diikuti suara wheezing yang terdapat pada bronkus, wheezing atau mengi terjadi karena kontraksi otot polos bersama dengan hipersenkresi dan retensi mucus yang menyebabkan pengurangan diameter saluran nafas dan perubahan aliran yang berkepanjangan menimbulkan mengi yang dapat didengar langsung oleh stethoscope dan terdengar bunyi tambahan ronchi yang terjadi di alveoli karena kesulitan untuk mengeluarkan CO₂ sehingga mengalami kelebihan udara yang bercampur dengan secret.

4.3 Perencanaan dan implementasi

Pada tahap pelaksanaan ini, pada dasarnya disesuaikan dengan susunan perencanaan serta asuhan keperawatan yang diberikan pada klien difokuskan dan penanganannya bersifat menyeluruh. Perencanaan disusun bersama pasien dan keluarga disesuaikan dengan gangguan yang terjadi. Perencanaan lebih ditekankan mengobservasi tanda-tanda vital terutama pernafasan. Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman guna lebih meningkatkan pengembangan paru, melatih nafas dan batuk efektif, dan memberi penyuluhan tentang pentingnya kesehatan, serta memberikan informasi kepada keluarga

guna pencegahan terhadap serangan asma.

Implementasi yang diberikan untuk tiap diagnosa pada pasien yaitu disesuaikan dengan kondisi pasien kelolaan yang diberikan asuhan keperawatan KGD berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditentukan.

Salah satu terapi yang dilakukan penulis adalah memberikan terapi nebulizer karena keadaan klien yang emergensi dan harus segera ditangani dengan airway yang terdengar suara wheezing, klien tampak sesak,, Cuping hidung (+), otot bantu pernafasan (+) serta RR : 28x/menit, akral teraba dingin, klien tampak pucat, N : 88x/menit, S : 37°C, SaO₂ : 96%, CRT >2detik. Jika tidak segera ditangani maka akan terjadi hiperaktivitas bronkus dan menimbulkan bronkospasme dan akumulasi secret sehingga jalan nafas semakin menyempit, sesak nafas semakin bertambah dan terjadi retensi oksigen kemudian keracunan karbon dan dapat menyebabkan kematian.

Hal ini di dukung oleh penelitian agustina, dkk bahwa untuk mengatasi sesak dan jalan nafas yang tidak efektif pada pasien dengan Asma dilakukan pemberian terapi nebulizer cukup efektif tetapi terapi nebulizer dengan obat-obatan bronkodilator tersebut bekerja sementara dikarenakan cara kerjanya yakni mengencerkan dahak pada saluran pernafasan sehingga hal ini tidak mengakibatkan obstruksi dan sumbatan jalan nafas. Terapi nebulizer dengan obat-obatan bronkodilator diantaranya bisolvon, combivent dan verntolin berfungsi mengencerkan dahak, pencegahan bronkospasme dan melonggarkan saluran nafas. Hal yang harus dihindari oleh klien dengan asma yaitu menghindari factor pencetusnya.

Pada saat dilakukan intervensi dan implementasi semua diagnosa yang ditegakkan teratasi dan klien pulang.

4.4 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Setelah di evaluasi didapatkan data klien sudah tidak batuk dan sesak lagi, jalan nafs paten, serta tidak ada bunyi suara nafas tambahan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1** Setelah dilakukan pengkajian tidak semua pemeriksaan fisik yang ada diteori ditemukan pada pasien.
- 5.1.2** Diagnosa keperawatan yang muncul adalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan produksi sputum berlebih, Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dan Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi dengan aliran darah
- 5.1.3** Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul dan dibuat berdasarkan rencana asuhan keperawatan secara teoritis
- 5.1.4** Implementasi dilakukan sesuai rencana keperawatan yang disusun.
- 5.1.5** Evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dari semua diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dan implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan didapatkan hasil yang dicantumkan dalam evaluasi sebagai berikut: semua diagnosa yang ditegakkan teratasi.

5.2 Saran

5.2.1 Untuk Rumah sakit

Semoga makalah ini dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan kualitas

asuhan keperawatan yang baik, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit.

5.2.2 Untuk mahasiswa

Semoga makalah ini dapat dijadikan sebagai pedoman dan meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan KGD di ruang IGD pada pasien dengan ASMA

5.2.3 Untuk Stikes Perintis

Semoga dengan makalah ini dapat menambah sumber referensi untuk membantu dalam proses pembelajaran dan meningkatkan pengetahuan peserta didik dikampus.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI., 2007. Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Asma.
2. Global Initiative for Asthma (GINA)., 2006. Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
3. Global Initiative for Asthma (GINA)., 2010. Pocket Guide For Asthma Management and Prevention (for Adult and Children Older than 5 Years). Global Initiative for Asthma (GINA)., 2012. At-A-Glance Asthma Management Reference.
4. Henneberger, dkk. (2011). An Official American Thoracic Society Statement: Work Exacerbated Asthma. Jakarta: EGC
5. IDAI (2016). Pedoman nasional asma anak
6. Infodatin (2015). ASMA
7. PDPI (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia). 2004. Asma dan Pedoman Pentalaksanaan di Indonesia. Jakarta: Balai penerbit FKUI.
8. Price A., Wilson M., 2006. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC hal. 177
9. Riset Kesehatan Dasar 2007, Laporan Provinsi Jawa Tengah. Departemen Kesehatan RI., 2009. Pedoman Pengendalian Penyakit Asma
10. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
11. Kementrian RI Tahun 2013. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>

12. Somantri, Irman. 2008. Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem pernapasan / Irman Somantri. Jakarta : Salemba Medika.