

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Asma

1. Pengertian

Asma bronkial adalah gangguan pada saluran bronkial dengan ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme). Bronkus mengalami inflamasi/peradangan dan hiperresponsif sehingga saluran napas menyempit dan menimbulkan kesulitan dalam bernapas. Asma adalah penyakit obstruksi saluran pernapasan yang bersifat reversibel dan berbeda dari obstruksi saluran pernapasan lain seperti pada penyakit bronkitis yang bersifat ireversibel (Saktya, 2018)

Asma bronkial merupakan inflamasi atau radang saluran napas bersifat kronik sehingga meningkatkan responsif saluran napas yang dapat menimbulkan gejala berulang dengan munculnya suara mengi, sesak napas dan batuk (Prihanto et al., 2022).

Dari pengertian diatas, penulis menyimpulkan bahwa asma bronkial adalah suatu penyakit sistem pernafasan yang disebabkan karena adanya penyempitan pada saluran pernafasan sehingga menyebabkan terjadinya kesulitan saat bernafas.

2. Etiologi

Penyebab asma menurut Saktya (2018), para penderita asma mengalami penyempitan bronkus yang disebabkan oleh hiperaktivitas

bronkus. Bronkus penderita biasanya sangat sensitif terhadap rangsangan imunologi maupun non-imunologi.

Penyebab asma terbagi menjadi alergi, idiopatik atau non alergi, dan campuran (*mixed*) :

- a. Asma Alergik (ekstrinsik), merupakan suatu jenis asma yang disebabkan oleh alergen (misalnya: bulu binatang, debu, ketombe, tepung sari, makanan). Alergen yang paling umum adalah alergen yang perantaraannya penyebabnya melalui udara (*airborne*) dan alergen yang muncul secara musiman (*seasonal*). Pasien dengan asma alergi biasanya mempunyai riwayat penyakit alergi pada keluarga. Paparan terhadap alergi akan mencetuskan serangan asma. Gejala asma umumnya dimulai saat anak-anak.
- b. Idiopatik atau Non-alergi asma (intrinsik) merupakan jenis asma yang tidak berhubungan secara langsung dengan alergen spesifik. Faktor-faktor seperti infeksi saluran napas atas, aktivitas, emosi, dan polusi lingkungan dapat menimbulkan serangan asma. Beberapa agen farmakologi, antagonis beta-adrenergik dan agen sulfite (penyedab makanan) juga dapat berperan sebagai faktor pencetus. Serangan asma idiopatik atau non-alergi dapat menjadi lebih berat dan seringkali dengan berjalannya waktu dapat berkembang menjadi bronkitis dan emfisema. Pada beberapa pasien, asma jenis ini dapat berkembang menjadi asma campuran bentuk asma ini biasanya dimulai pada saat dewasa (≥ 35 tahun).

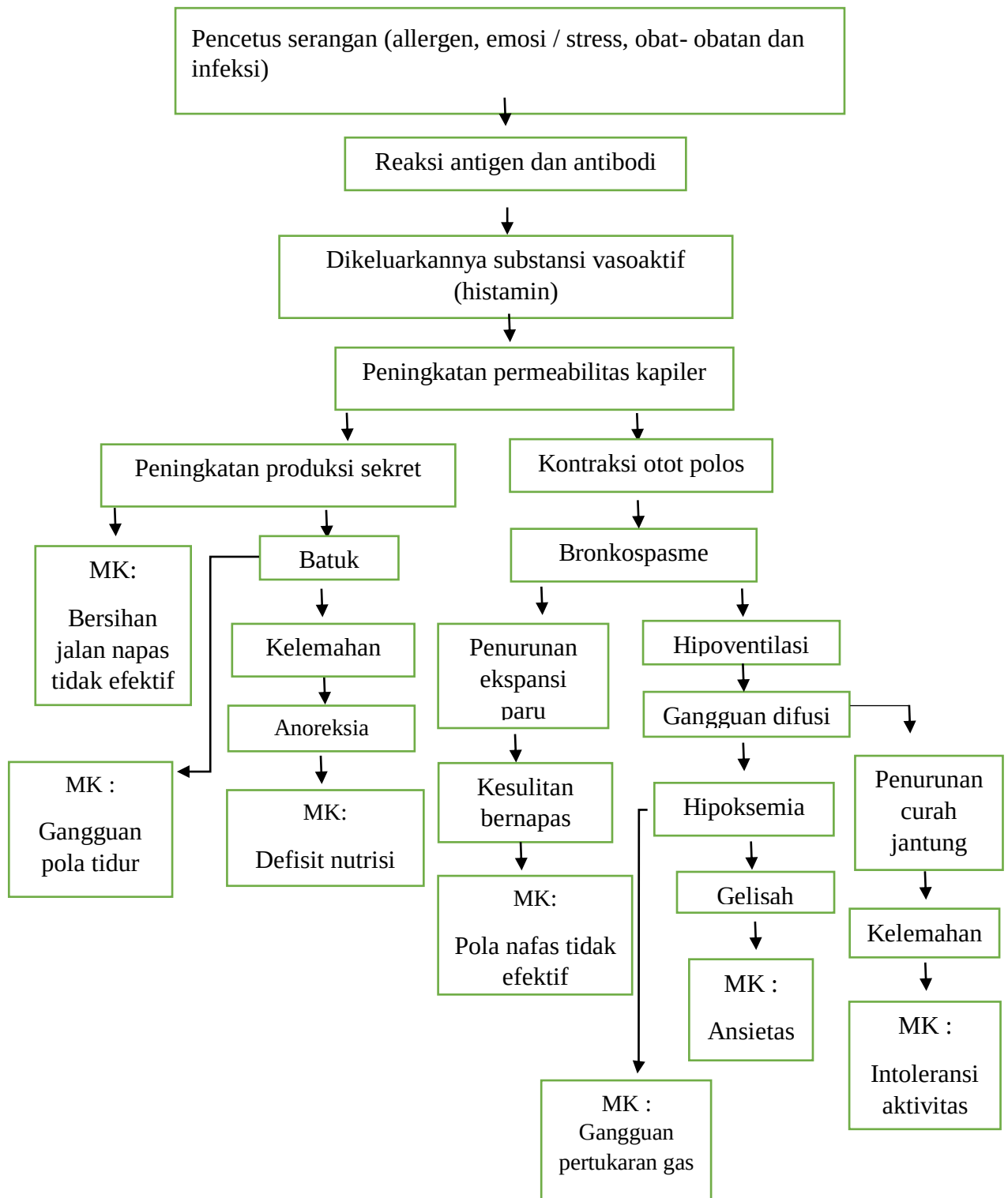
- c. Asma campuran (*mixed asthma*) merupakan bentuk asma yang paling sering ditemukan. Di karakteristikkan dengan bentuk kedua jenis asma alergi dan non-alergik.

3. Patofisiologi

Proses terjadinya Asma diawali dengan berbagai faktor pencetus seperti allergen, stress, cuaca, dan berbagai macam faktor pencetus lain. Adanya faktor pencetus menyebabkan antigen yang terikat dengan Immunoglobulin E pada permukaan sel basofil mengeluarkan mediator berupa histamin sehingga terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan terjadinya edema mukosa. Adanya edema menyebabkan produksi sekret meningkat dan terjadi kontriksi otot polos. Adanya obstruksi pada jalan nafas menyebabkan respon tubuh berupa spasme otot polos dan peningkatan sekresi kelenjar bronkus. Otot polos yang spasme menyebabkan terjadi penyempitan proksimal dari bronkus pada tahap ekspirasi dan inspirasi sehingga timbul adanya tanda dan gejala berupa mukus berlebih, batuk, wheezing, dan sesak nafas. Keluhan tersebut merupakan bentuk adanya hambatan dalam proses respirasi sehingga tekanan partial oksigen di alveoli menurun. Adanya penyempitan atau obstruksi jalan nafas meningkatkan kerja otot pernafasan sehingga penderita asma mengalami masalah ketidakefektifan pola nafas. Peningkatan kerja otot pernafasan menurunkan nafsu makan sehingga memunculkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Asma diakibatkan oleh beberapa faktor pencetus yang berikatan dengan

Imunoglobulin E (IgE) pada permukaan sel basofil yang menyebabkan degranulasi sel *mastocyte*. Akibat degranulasi tersebut mediator mengeluarkan histamin yang menyebabkan konstriksi otot polos meningkat dan juga konsentrasi O_2 dalam darah menurun, Apabila konsentrasi O_2 dalam darah menurun maka terjadi hipoksemia. Adanya hipoksemia juga menyebabkan gangguan pertukaran gas dan gelisah yang menyebabkan ansietas. Selain itu, akibat berkurangnya suplai darah dan oksigen ke jantung terjadi penurunan cardiac output yang menyebabkan penurunan curah jantung. Penurunan cardiac output tersebut dapat menurunkan tekanan darah dan menimbulkan gejala kelemahan dan keletihan sehingga timbul intoleransi aktivitas (Puspasari, 2019).

4. Pathway



Gambar 2.1. Pathway Asma bronkial : (Puspasari, 2019)

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis asma bronkial menurut Prihanto (2022) yang dijumpai pada pasien asma bronkial dibagi menjadi 2 stadium yaitu:

- a. Stadium Dini
 - 1) Batuk berdahak kadang disertai dengan adanya pilek
 - 2) Belum muncul *wheezing* dan kelainan thorak
 - 3) Adanya ronchi basah
 - 4) Munculnya sesak napas baik dengan sputum atau tidak
- b. Stadium Lanjut (Kronik)
 - 1) Muncul batuk dan ronchi
 - 2) Sputum lengket dan susah dikeluarkan
 - 3) Bentuk thorak barel chest
 - 4) Adanya nyeri dada dan sesak napas berat
 - 5) Muncul sianosis
 - 6) Hasil rontgen tampak peningkatan bronkovaskuler kiri dan kanan.

6. Pencegahan

Pencegahan Asma menurut Dinkes DKI Jakarta, (2023) sebagai berikut

- a. Mewaspada timbulnya gejala asma bronkial

Penderita asma bronkial perlu memahami dan mewaspada beberapa gejala asma seperti batuk, mengi, atau sesak napas.

b. Hindari pemicu asma

Identifikasi faktor pemicu asma bronkial dan hindari paparan terhadap pemicu tersebut sebisa mungkin. beberapa pemicu penyakit tersebut yang umum meliputi debu, tungau debu, bulu binatang, serbuk sari, polusi udara, asap rokok, dan cuaca dingin.

c. Jaga kebersihan lingkungan

Bersihkan rumah secara teratur seperti rutin mengganti sprei dan menyapu lantai untuk mengurangi paparan terhadap alergen seperti tungau, debu dan bulu binatang.

d. Jalani Vaksinasi Flu dan Pneumonia secara teratur

Lakukan vaksinasi flu dan pneumonia secara teratur agar dapat mencegah timbulnya penyakit asma. selain itu, menggunakan masker ketika bepergian ke luar rumah juga dapat membantu mengurangi risiko paparan terhadap faktor pemicu asma.

e. Atur pola hidup sehat

Mengatur pola hidup sehat dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, berolahraga dalam intensitas ringan secara teratur, dan tidak merokok menjadi bagian dari ikhtiar kita untuk mencegah penyakit tersebut.

f. Turunkan berat badan bila menderita obesitas

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penderita obesitas dapat meningkatkan risiko terkena asma atau memperburuk gejala asma yang sudah ada. Hal ini terkait dengan fakta bahwa kelebihan berat

badan dapat memengaruhi fungsi paru-paru dan sistem pernapasan, serta memperburuk peradangan pada saluran udara.

g. Mengelola stres dengan baik

Stres dapat memicu serangan Asma pada beberapa orang. Cobalah teknik relaksasi seperti yoga, meditasi, atau pernapasan dalam untuk mengelola stres.

7. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Laboratorium sputum dan darah : menurunnya tidal volume, kapasitas vital, eosinofil biasanya meningkat dalam darah dan sputum
- b. Pemeriksaan alergi (*Radioallergosorbent test/ RAST*)
- c. Analisa gas darah : mengukur kadar oksigen, karbondioksida, dan derajat kesamaan (pH) dalam darah.
- d. Spirometri : Untuk menunjukkan adanya obstruksi jalan napas reversible, cara yang paling cepat dan sederhana diagnosis asma adalah melihat respon pengobatan dengan bronkodilator.
- e. Tes Provokasi : Untuk menunjang adanya hiperaktifitas bronkus.
- f. Tes Kulit : Untuk menunjukkan adanya anti bodi Ig E yang spesifik dalam tubuh.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asma menurut Marlin Sutrisna, (2022) adalah sebagai berikut: Penatalaksanaan asma dibagi menjadi dua yaitu penatalaksanaan asma farmakologi dan penatalaksanaan nonfarmakologi.

Berikut penatalaksanaan asma menurut Harwina & Angga (2021) :

a. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Peningkatan intake cairan
- 2) Latihan napas dalam dan fisioterapi dada. Fisioterapi dada membantu relaksasi fisik dan mental.

b. Penatalaksanaan Medis

- 1) Pemberian terapi Kortikosteroid. Kortikosteroid diberikan untuk mengatasi inflamasi yang biasa digunakan untuk mengobati obstruksi aliran udara reversibel dan mengontrol gejala-gejala serta mengurangi hiperaktivitas pada asma kronik.
- 2) Pemberian terapi bronkhodilator. Terapi antikolinergik digunakan untuk mengurangi intrinsik tonus vagal pada jalan napas dan memblokir refleks bronkhokonstriksi yang disebabkan iritasi inhalasi.
- 3) Pengobatan nebulizer diberikan dengan inhalasi.

9. Komplikasi

Komplikasi asma menurut Puspasari (2019) yang harus diwaspadai adalah sebagai berikut:

- a. Pneumonia
- b. Kerusakan sebagian atau seluruh paru-paru
- c. Gagal napas, dimana kadar oksigen dalam darah menjadi sangat rendah atau kadar karbon dioksida menjadi sangat tinggi.

- d. Status Asthmaticus, merupakan keadaan serangan asma berat yang tidak merespon pengobatan.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Asma

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan. Sebenarnya pengkajian adalah proses berkesinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan. Misalnya, pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk melakukan hasil strategi keperawatan dan mengevaluasi pencapaian tujuan. Semua fase proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang akurat dan lengkap (Konzier, Berman, & Snyder, 2011). Data-data umum yang sering ditanyakan pada pasien asma bronkial adalah sebagai berikut :

1) Biodata klien

- a) Usia : Asma bronkial dapat menyerang segala usia, tetapi lebih sering dijumpai pada usia dini. Separuh kasus timbul sebelum usia 10 tahun dan seperti kasus lainnya terjadi sebelum usia 40 tahun.
- b) Jenis kelamin : asma lebih banyak mengenai perempuan dengan presentase 2,5% jika dibandingkan dengan laki-laki yang memiliki presentase 2/3% (Jannah, Arina 2023).

c) Tempat tinggal : Lingkungan kerja diperkirakan merupakan faktor pencetus yang menyumbang 2-15% klien dengan asma bronkial (Nugroho, 2016). Kondisi rumah, pajanan alergen, hewan di dalam rumah, pajanan asap rokok tembakau, kelembapan dan pemanasan.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan kesehatan sekarang

Biasanya pada pasien dengan asma di dapatkan keluhan sesak napas karena adanya penumpukan sekret, batuk disertai dahak, bernapas terasa berat pada dada/dispnea (bisa sampai sehari-hari atau berbulan-bulan), dan adanya suara nafas tambahan seperti *wheezing*.

b) Riwayat penyakit saat ini

Klien dengan riwayat serangan asma datang mencari pertolongan dengan keluhan sesak nafas yang hebat dan mendadak, dan berusaha untuk bernapas panjang kemudian diikuti dengan suara tambahan mengi *wheezing*, kelelahan, gangguan kesadaran, sianosis, dan perubahan tekanan darah.

c) Riwayat penyakit masa lalu

Riwayat penyakit klien yang diderita pada masa-masa dahulu meliputi penyakit yang berhubungan dengan sistem pernapasan seperti infeksi saluran pernapasan atas, sakit tenggorokan, sinusitis, amandel, dan polip hidung.

d) Riwayat penyakit keluarga

Klien dengan asma bronkial sering kali ditemukan adanya riwayat penyakit keturunan, tetapi pada beberapa klien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya.

3) Pemeriksaan pola kesehatan

Pola pengkajian fungsional menurut Gordon adalah aplikasi luas untuk para perawat dengan latar belakang praktek yang beragam. Model pola fungsional kesehatan terbentuk dari hubungan antara klien dan lingkungan dan dapat digunakan untuk perseorangan, keluarga, dan komunitas. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan dan memilah-milah data. Pada pasien dengan asma dapat mengalami beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut dapat kita ketahui melalui pola kesehatan. Gordon mengemukakan ada 11 pola pemeriksaan kesehatan yang pada pasien asma terdiri dari :

a) Pola Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien asma biasanya menganggap penyakit yang dideritanya ringan, sehingga pasien asma berpikir lama-kelamaan akan sembuh sendiri dan kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit asma membuat pasien enggan untuk memeriksakan kesehatannya di fasilitas kesehatan.

b) Pola nutrisi dan metabolik

Dapat muncul mual dan anoreksia sebagai dampak penurunan oksigen ke jaringan gastrointestinal. Pasien biasanya mengeluh badanya lemah karna menurunnya asupan nutrisi sehingga terjadi penurunan berat badan.

c) Pola aktivitas dan latihan

Pasien dengan asma akan mengalami sesak napas ketika melakukan aktivitas berat sehingga perlu membatasi aktivitas agar tidak mengalami serangan asma.

d) Pola Istirahat tidur

Adanya *wheezing* dan sesak napas dapat mempengaruhi pola tidur dan istirahat pasien

e) Pola Persepsi dan konsep diri

Persepsi yang salah dapat menghambat respons kooperatif pada diri klien sehingga dapat meningkatkan kemungkinan serangan asma yang berulang.

i. Gambaran diri

Gambaran diri mengacu pada bagaimana pasien memandang dirinya secara fisik, secara sadar maupun tidak sadar. Dikatakan secara fisik, tentu hubungannya dengan apa yang bisa dilihat secara langsung, seperti, ukuran tubuh, bentuk wajah, dan kemampuan fisik. Pasien dengan asma cenderung merasa bahwa organ pernapasannya terhambat.

ii. Harga diri

Merupakan persepsi pasien akan hal-hal yang telah dicapai. Pada pasien asma dapat juga mengalami gangguan harga diri dikarenakan pandangan masyarakat terhadap penyakit yang diderita akan menghambat pekerjaan maupun pendidikan pasien.

iii. Ideal diri

Ideal diri merupakan semacam cita-cita diri sendiri untuk menjadi sosok ideal yang di dambakan. Pasien asma menginginkan kesembuhan untuk melaksanakan tujuan hidupnya serta menjadi berguna bagi dirinya sendiri maupun bagi orang lain.

iv. Peran diri

Peran diri mengacu pada bagaimana perilaku, sikap, nilai, dan tujuan yang erat kaitannya diharapkan masyarakat atau kelompok sosial di sekitar seseorang. Pasien asma seringkali mengalami kesulitan untuk memenuhi perannya dikarenakan sering mengalami serangan asma.

v. Identitas diri

Identitas diri berfungsi sebagai landasan yang memungkinkan individu untuk memahami dirinya, berinteraksi dengan orang lain dan menghadapi tantangan kehidupan dengan lebih percaya diri. Pasien asma

mengetahui tentang dirinya dan penyakit yang dialaminya serta bagaimana dirinya merespon keadaan tersebut baik dengan memeriksakan kondisinya atau kurang merespon terhadap kondisi yang dialami.

f) Pola peran dan tanggung jawab

Gejala asma sangat membatasi pasien untuk menjalani kehidupannya secara normal. Pasien perlu menyesuaikan kondisinya dengan hubungan dan peran pasien, baik di lingkungan rumah tangga, masyarakat ataupun lingkungan kerja serta perubahan peran yang terjadi setelah pasien mengalami serangan asma. Pasien dengan asma cenderung sulit bertanggung jawab baik dalam kesehatan ataupun dalam kehidupan sehari-hari dikarenakan sering mengalami kekambuhan baik pengaruh alergen maupun cuaca.

g) Pola koping dan toleransi stres

Kecemasan dan koping tidak efektif, status ekonomi yang berdampak pada asuhan kesehatan dan perubahan mekanisme peran dalam keluarga serta faktor gangguan emosional yang bisa menjadi pencetus terjadinya serangan asma.

h) Pola tata nilai kepercayaan

Nilai keyakinan mungkin meningkat seiring dengan kebutuhan untuk mendapat sumber kesembuhan dari Tuhan.

4) Pemeriksaan fisik

Pasien yang mengalami asma tidak hanya dilakukan pemeriksaan secara pola atau kebiasaannya tetapi juga dilakukan pemeriksaan fisik untuk mendukung gejala-gejala yang dirasakan oleh pasien. Pemeriksaan kesehatan pada pasien asma meliputi pemeriksaan fisik umum secara sistem berdasarkan hasil observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pengkajian psikososial. Perhatikan tanda-tanda asma yang paling sering muncul seperti mengi. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan antara lain (Scholastika, 2019) :

a) Status kesehatan umum

Keadaan umum pada pasien asma yaitu kesadaran menurun, tampak pucat, cemas, gelisah, kelemahan suara bicara, tekanan darah menurun ataupun meningkat, frekuensi pernapasan yang meningkat, mengi, penggunaan otot-otot bantu pernapasan, sianosis, napas cuping hidung, batuk.

b) Kepala : Tidak ada edema, tidak ada lesi, bentuk kepala
(bulat, lonjong)

c) Muka : Tampak pucat, simetris/asimetris

d) Mata

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak ada odema

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, konjungtiva merah muda,
sklera putih.

Hidung : Adanya pernapasan menggunakan cuping hidung, rinitis alergi dan fungsi olfaktorius terganggu.

e) Mulut dan tenggorokan : Mukosa bibir lembab, biasanya ada kesulitan untuk menelan.

f) Thorax

Inspeksi : Dinding torak tampak mengembang, diafragma terdorong ke bawah disebabkan oleh udara dalam paru-paru susah untuk dikeluarkan karena penyempitan jalan nafas. Frekuensi pernafasan meningkat dan tampak penggunaan otot-otot bantu pernapasan.

Palpasi : Pada palpasi dikaji tentang kesimetrisan, ekspansi dan taktil fremitus. Pada asma, paru-paru penderita normal karena yang menjadi masalah adalah jalan nafasnya yang menyempit.

Perkusi : Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah disebabkan karena kontraksi otot polos yang mengakibatkan penyempitan jalan nafas sehingga udara susah dikeluarkan dari paru-paru.

Auskultasi : Terdapat suara vesikuler yang meningkat disertai dengan ekspirasi lebih dari 4 detik atau

lebih dari 3x inspirasi, bunyi pernafasan wheezing.

g) Kardiovaskular

Jantung dikaji untuk mengetahui adanya pembesaran jantung atau tidak, bunyi nafas dan hiperinflasi suara jantung melemah. Tekanan darah dan nadi yang meningkat. Pasien asma yang mengalami kesulitan bernapas dapat menimbulkan kurangnya pasokan oksigen ke dalam otak sehingga mekanisme kerja jantung dapat terganggu.

b. Tabulasi data

Sesak napas, dispnea, takipnea, ortopnea, bradipnea, merasa lelah, tidak toleran terhadap aktivitas, ekspirasi sulit dan memanjang, takikardia, ketidakmampuan bernapas, penggunaan otot bantu pernapasan, sianosis, kulit pucat, kelemahan masa otot sehingga tidak mampu beraktifitas, tidak mampu tidur, insomnia, batuk yang disertai sputum, suara napas, mengi, suara napas ronchi, frekuensi napas berubah, mual, muntah, anoreksia, ketidakmampuan untuk makan, penurunan berat badan, dan gelisah.

c. Klasifikasi Data

1) Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, dispnea, ortopnea, tidak mampu tidur, insomnia, merasa lelah, mual, muntah, ketidakmampuan untuk makan.

Data objektif : Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea), takikardia, ketidakmampuan bernapas, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, batuk yang disertai sputum, tidak toleran terhadap aktivitas, ekspirasi sulit dan memanjang, penggunaan otot bantu pernapasan, sianosis, kulit pucat, wajah lesu, kelemahan masa otot, suara napas mengi, suara napas ronchi, frekuensi napas berubah, penurunan berat badan, nampak gelisah.

d. Analisa Data

Setelah data diklasifikasi, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami pasien dengan asma bronkial adalah sebagai berikut:

a. Data Subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, dispnea

Data Objektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (takipnea, bradypnea), sianosis.

Penyebab : Hambatan upaya napas

Masalah : Pola napas tidak efektif

b. Data Subjektif : Pasien, mengeluh sesak napas, dispnea

Data Objektif : Batuk disertai sputum, suara napas mengi, suara napas ronchi, sianosis, frekuensi napas berubah.

Penyebab : Hipersekresi jalan napas

Masalah : Bersihan jalan napas tidak efektif

c. Data Subjektif : Pasien mengeluh sesak napas.

- Data Objektif : Takikardia, napas cepat dan lambat, kulit pucat, sianosis.
- Penyebab : Perubahan membran alveolus-kapiler
- Masalah : Gangguan pertukaran gas
- d. Data Subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, merasa Lelah
- Data Objektif : Sianosis, tidak mampu beraktivitas
- Penyebab : Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- Masalah : Intoleransi aktivitas
- e. Data Subjektif : Pasien mengeluh tidak mampu tidur, insomnia.
- Data Objektif : Tampak lesu, tampak lelah.
- Penyebab : Kurang control tidur
- Masalah : Gangguan pola tidur
- f. Data Subjektif : Pasien mengeluh mual, muntah, ketidakmampuan untuk makan
- Data Objektif : Penurunan berat badan, wajah tampak pucat.
- Penyebab : Ketidakmampuan menelan makanan
- g. Data Subjektif : Pasien mengeluh tidak mampu tidur, pasien menanyakan masalah yang dialami
- Data Objektif : tampak cemas, tampak gelisah.
- Penyebab : Krisis situasional
- Masalah : Ansietas

2. Diagnosa Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016).

Berdasarkan hasil pengkajian dari pengumpulan data sampai analisa data maka ditetapkan beberapa diagnosa keperawatan, di antaranya (SDKI, 2016):

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan:

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, dispnea, ortopnea

Data objektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (takipnea, bradipnea).

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan. hiperekresi jalan napas ditandai dengan:

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, dispnea, ortopnea

Data objektif : Batuk disertai sputum, suara napas mengi, suara napas ronchi, sianosis, frekuensi napas berubah

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

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas.

Data objektif : Takikardia, napas cepat dan lambat, kulit pucat, sianosis.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, merasa lelah.

Data objektif : Sianosis, kelemahan masa otot, tidak toleran terhadap aktivitas

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan :

Data subjektif : Pasien mengeluh tidak mampu tidur, insomnia.

Data objektif : Tampak lesu, tampak lelah

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan:

Data subjektif : Pasien mengeluh mual, muntah, ketidakmampuan untuk makan

Data objektif : Penurunan berat badan, wajah tampak pucat

g. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan:

Data subjektif : Pasien mengeluh tidak mampu tidur, pasien menanyakan masalah yang dialami

Data objektif : Tampak cemas, tampak gelisah.

3. Perencanaan Keperawatan

Sebelum melakukan perencanaan keperawatan terlebih dahulu perawat menyusun prioritas masalah. Masalah keperawatan pada asma bronkial yang disusun berdasarkan prioritas masalah yaitu (SIKI, 2018) :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hiperekresi jalan napas
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
- g. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Perencanaan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018) yaitu :

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi, ortopnea menurun.

Intervensi : Manajemen Jalan napas

Observasi:

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)

Rasional : Penilaian pola pernafasan harus dilakukan terutama pada klien dengan gangguan pernafasan untuk mengetahui adanya abnormalitas yang terjadi.

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. *gurgling*, mengi, *wheezing*)

Rasional : Mengetahui permasalahan jalan napas yang di alami dan keefektifan pola napas klien untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh

3) Monitor Sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : Mengetahui produksi sputum yang berlebihan dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas

Terapeutik :

1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* jika dicurigai trauma servikal.

Rasional : *Head-tilt* dan *chin-lift* diberikan untuk memaksimalkan potensi ventilasi

2) Posisikan fowler-semi fowler

Rasional : Posisi fowler /semi fowler diberikan untuk meningkatkan kenyamanan saat bernapas

3) Berikan minum hangat

Rasional : Minuman hangat membantu mengencerkan sputum yang ada di jalan napas sehingga mudah dikeluarkan.

4) Berikan oksigen

Rasional : Membantu memberikan oksigen hingga ke jaringan serta mencegah hipoksia jaringan.

Edukasi :

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml /hari

Rasional : Cairan diperlukan untuk menggantikan kehilangan cairan dan memobilisasi sekret.

2) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional : Batuk yang terkontrol dan efektif dapat memudahkan pengeluaran sekret yang ada di jalan napas.

Kolaborasi:

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator

Rasional : Pemberian bronkodilator via inhalasi akan langsung menuju area bronkus yang mengalami spasme sehingga lebih cepat berdilatasi.

Intervensi : Pemantauan respirasi

Observasi:

1) Monitor kemampuan batuk efektif

Rasional : Batuk efektif membantu mengeluarkan sputum yang ada di jalan napas.

2) Monitor adanya produksi sputum

Rasional : Mengetahui produksi sputum yang berlebihan dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas.

3) Auskultasi bunyi napas

Rasional : Mendeteksi keberadaan suara napas tambahan yang menunjukkan adanya kelainan pada sistem pernapasan

Terapeutik :

1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

Rasional : Mendeteksi perubahan kondisi pernapasan pasien, memastikan ventilasi adekuat, dan mengetahui fungsi paru- paru sejak dini

b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil: dispnea menurun, ortopnea menurun, batuk efektif meningkat, produksi

sputum menurun, frekuensi napas membaik, suara napas mengi/wheezing menurun.

Intervensi : Latihan batuk efektif

Observasi :

1) Identifikasi kemampuan batuk

Rasional : Melatih pasien batuk efektif apabila pasien tidak mampu melakukannya.

2) Monitor adanya retensi sputum

Rasional : Mengetahui ada tidaknya produksi sputum yang berlebihan yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas.

3) Monitor input dan output cairan

Rasional : Hidrasi yang adekuat membantu mengencerkan secret dan mengefektifkan pembersihan jalan napas.

Terapeutik :

1) Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional : Posisi semi fowler dapat memberikan kesempatan pada proses ekspirasi paru.

2) Pasang pernak dan bengkak dipangkuan pasien

Rasional : Melindungi pasien dan lingkungan sekitarnya dari tumpahan atau cairan tubuh.

3) Buang sekret pada tempat sputum

Rasional : Menghindari penyebaran virus yang ada pada sputum

Edukasi :

1) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

Rasional : Pasien paham tentang tujuan dan prosedur dari batuk efektif.

2) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali

Rasional : Merelaksasikan otot-otot pernapasan pada saat melakukan teknik napas dalam

3) Anjurkan batuk kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ketiga.

Rasional : Sekret yang tertumpuk atau tertahan dapat dikeluarkan dengan mudah.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian ekspektorat

Rasional : Ekspektorat membantu mengencerkan dahak/sputum

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas teratasi dengan kriteria hasil : dispnea menurun, takikardia menurun, sianosis membaik, pola napas membaik, warna kulit membaik.

Intervensi : Pemantauan respirasi

Observasi :

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

Rasional : Penilaian pola pernafasan harus dilakukan terutama pada klien dengan gangguan pernafasan untuk mengetahui adanya abnormalitas yang terjadi.

- 2) Monitor pola napas (bradipnea, takipnea, hiperventilasi)

Rasional : Mengetahui permasalahan jalan napas yang dialami dan keefektifan pola napas klien untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh.

- 3) Monitor adanya produksi sputum

Rasional : Mengetahui produksi sputum yang berlebihan dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas.

- 4) Monitor adanya sumbatan jalan napas

Rasional : mengetahui ada tidak nya sputum/dahak pada jalan napas.

Terapeutik:

- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Rasional : Melakukan tindakan dapat berjalan dengan lancar

- 2) Informasikan pemantauan

Rasional : Hasil pemantauan digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan keperawatan selanjutnya.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil: Keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, sianosis menurun.

Intervensi : Manajemen Energi

Observasi :

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional : Fungsi tubuh yang mengalami gangguan perlu diidentifikasi.

- 2) Monitor kelelahan fisik

Rasional : Memantau faktor-faktor apa saja yang menyebabkan kelelahan fisik.

3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : Mengurangi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Terapeutik :

1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

Rasional : Memberikan kenyamanan pada pasien

2) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

Rasional : Meningkatkan kenyamanan aktivitas pada pasien

Edukasi :

1) Anjurkan tirah baring

Rasional : Tirah baring di pertahankan selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik, menghemat energi untuk penyembuhan.

2) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional : Menentukan intervensi yang tepat

3) Ajarkan strategi koping mengurangi kelelahan

Rasional : Strategi koping yang baik dapat membantu mengurangi kelelahan.

Kolaborasi :

Kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan

Rasional : asupan makanan dapat memberikan energi yang cukup bagi tubuh.

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil :Keluhan sulit tidur menurun.

Intervensi : Dukungan tidur

Observasi :

1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional : Pola aktivitas yang baik dapat meningkatkan pola tidur yang baik pada pasien.

2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis)

Rasional : Faktor psikologis seperti stress dapat menjadi penyebab gangguan pola tidur pasien.

3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

Rasional : Beberapa makanan dan minuman juga dapat menjadi penyebab gangguan pola tidur pasien.

Terapeutik:

1) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu, kebisingan, tempat tidur)

Rasional : Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan tidur pasien

2) Fasilitas menghilangkan stress sebelum tidur

Rasional : Mengatasi stress sebelum tidur dapat meningkatkan kenyamanan fisik dan psikis pada saat tidur.

3) Sesuaikan jadwal pemberian obat/Tindakan

Rasional : Tindakan sesuai jadwal dapat meningkatkan siklus tidur terjaga

Edukasi :

1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional : Tidur yang cukup selama sakit dapat mempercepat proses penyembuhan

2) Anjurkan menetapi kebiasaan waktu tidur

Rasional : Kebiasaan tidur dapat terkontrol

3) Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur

Rasional : Terdapat beberapa makanan dan minuman juga menjadi penyebab terganggunya tidur

f. Defisit nutrisi b.d. ketidakmampuan menelan makanan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil : nafsu makan membaik, peningkatan berat badan

Intervensi : Manajemen Nutrisi

Observasi :

1) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional : mengetahui alergi dan pantangan makanan sebelum pemberian terapi diit

2) Monitor gejala dan tanda reaksi alergi

Rasional : Menandakan pasien (tidak tersedia) reaksi alergi

3) Monitor asupan makanan

Rasional : mengetahui porsi makan pasien

4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenisnutrient

Rasional : menentukan jenis kalori dan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Terapeutik:

1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Rasional : Mulut yang bersih dapat meningkatkan napsu makan.

2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

Rasional : Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan nutrisinya

3) Berikan makan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : meningkatkan nutrisi pasien

Edukasi:

1) Anjurkan posisi duduk

Rasional : Mencegah terjadinya refluks atau berbaliknya makanan dari lambung ke kerongkongan

2) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional : Diet yang seimbang dapat memperbaiki status nutrisi pasien

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri)

Rasional : Membantu meningkatkan kenyamanan pasien

- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

Rasional : Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan gizi seimbangnya

g. **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional**

Intervensi : Reduksi Ansietas

Observasi :

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)

Rasional : mengetahui tanda dan gejala awal ansietas

- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

- 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Rasional : mengetahui tanda dan gejala awal ansietas

Terapeutik :

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional : menciptakan hubungan saling percaya dengan pasien

- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas

- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian

- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien dan berorientasi pada tujuan dan

hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dibuat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan dalam kriteria hasil. Evaluasi keperawatan biasanya terdiri dari *subjective* (subjektif), yakni segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien. *Objective* (objektif) yakni data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain. *Assessment* (penilaian) respon perkembangan klien tentang penyakit meningkat atau menurun secara objektif dan subjektif. *planning* (perencanaan), yakni rencana tindakan lanjutan yang akan dilakukan kembali sesuai keadaan pasien.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Jenis penelitian adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asma Bronkial. Pendekatan yang digunakan adalah asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek dalam studi kasus ini adalah satu pasien Ny. T.E dengan diagnosa medis Asma Bronkial yang dirawat di ruangan RPD III di RSUD Ende yang bersedia menjadi responden

C. Batasan Istilah

1. Asma merupakan suatu kelainan berupa peradangan kronik saluran napas yang menyebabkan penyempitan saluran napas (hiperaktifitas bronkus) sehingga menyebabkan gejala episodik berulang berupa mengi, sesak napas, dada terasa berat, dan batuk terutama pada malam atau dini hari.
2. Asuhan keperawatan adalah suatu bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada pasien yang sesuai dengan standar operasional prosedur yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende Jln. Prof. Dr.W.Z. Yohanes, Kelurahan Paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur selama 3 hari perawatan tanggal 23-25 Oktober 2024

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal setelah disetujui oleh pembimbing, maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Sebekum mengumpulkan data terlebih dahulu mengurus ijin penelitian pada diektur RSUD Ende dan kepala ruangan RPD III. Setelah mendapatkan ijin, selanjutnya menentukan responden lalu menjelaskan tujuan. Setelah Ny. T.E setuju penulis meminta tanda tangan pada lembar (informend consent) kemudian melakukan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hassil pengukuran observasi, wawancara dan studi dokumentasi terhadap kasus Asma Bronkial Ny. T.E yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu:

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti makan/minum, mandi, berjalan.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dengan menggunakan stetoskop, tensi meter, thermometer, observasi.

3. Studi dokumentasi

Dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari rekam medis pasien. Seperti pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap).

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan yang digunakan di Prodi D III Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari :

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu keluhan.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien anak angkat Ny L.Y atau hasil dokumentasi

I. Analisis Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut ditentukan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil Tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus dimana penulis membandingkan kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata pada pasien dengan diagnose medis asma bronkial di RSUD Ende.