

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Asma adalah suatu keadaan kondisi paru – paru kronis yang ditandai dengan kesulitan bernafas, dan menimbulkan gejala sesak nafas, dada terasa berat, dan batuk terutama pada malam menjelang dini hari. Dimana saluran pernafasan mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan penyempitan atau peradangan yang bersifat sementara (Masriadi, 2016).

Asma merupakan penyakit inflamasi kronik pada jalan nafas dan dikarakteristikkan dengan hiperresponsivitas, produksi mukus, dan edema mukosa. Inflamasi ini berkembang menjadi episode gejala asma yang berkurang yang meliputi batuk, sesak dada, mengi, dan dispnea. Penderita asma mungkin mengalami periode gejala secara bergantian dan berlangsung dalam hitungan menit, jam, sampai hari (Brunner & Suddarth, 2017).

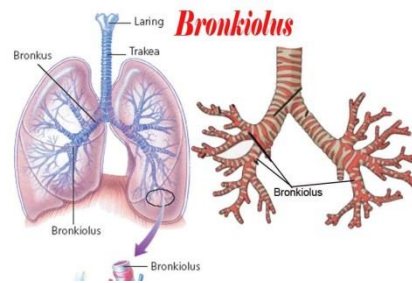
Asma bronkial adalah gangguan pada saluran bronkial dengan ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme). Bronkus mengalami inflamasi/peradangan dan hiperresponsif sehingga saluran napas menyempit dan menimbulkan kesulitan dalam bernapas. Asma adalah penyakit obstruksi saluran pernapasan yang bersifat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

2. Pathologi Anatomi

Bronkioli

3. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 *Anatomi Bronkioli* (Puspasary, 2019)

Bronkiolus adalah saluran udara yang berbentuk seperti cabang ranting pohon dan merupakan bagian dari sistem pernapasan manusia. Bronkiolus memiliki beberapa ciri, yaitu:

- 1) Berdiameter sekitar 0,3–1 mm
- 2) Merupakan perpanjangan dari saluran bronkus
- 3) Ukurannya semakin mengecil ketika semakin dekat dengan kantung udara (alveoli)
- 4) Tidak memiliki tulang rawan di dindingnya

b. Fisiologi

Bronkiolus memiliki beberapa fungsi dalam sistem pernapasan manusia, di antaranya:

- 1) Menyalurkan udara ke alveoli

Bronkiolus berfungsi untuk mengalirkan udara ke alveoli, yaitu tempat pertukaran oksigen dan karbondioksida.

2) Mengontrol aliran udara

Otot polos yang mengelilingi bronkiolus dapat menyempit dan melebar untuk mengontrol aliran udara masuk dan keluar dari paru-paru.

3) Membantu mendapatkan jumlah oksigen yang tepat

Otot polos yang mengelilingi bronkiolus dapat membantu mendapatkan jumlah oksigen yang tepat ke dalam darah.

4. Etiologi

Beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya asma, menurut puspasari (2019):

- a. Infeksi saluran pernapasan atas.
- b. Faktor cuaca, misalnya cuaca dingin, panas atau perubahan suhu yang drastis.
- c. Perokok aktif dan pasif.
- d. Mengonsumsi makanan dan minuman yang mengandung pengawet.
- e. Terkena paparan zat-zat di udara, seperti polusi udara atau zat kimia.
- f. Alergi makanan tertentu.
- g. Alergi pada bulu hewan
- h. Alergi pada debu
- i. Stres dan gangguan kecemasan.
- j. Aktivitas berlebih seperti olahraga berat, terlalu banyak tertawa atau bernyanyi.
- k. Penggunaan obat-obatan tertentu.

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko asma pada anak-anak, yaitu:

- a. Memiliki keluarga dengan riwayat penyakit asma.
- b. Menderita infeksi pernapasan, seperti bronkitis dan pneumonia.
- c. Kelahiran prematur.
- d. Terlahir dengan kondisi BBLR (Berat Badan Lahir Rendah).
- e. Memiliki alergi atopik.

5. Pathofisiologi

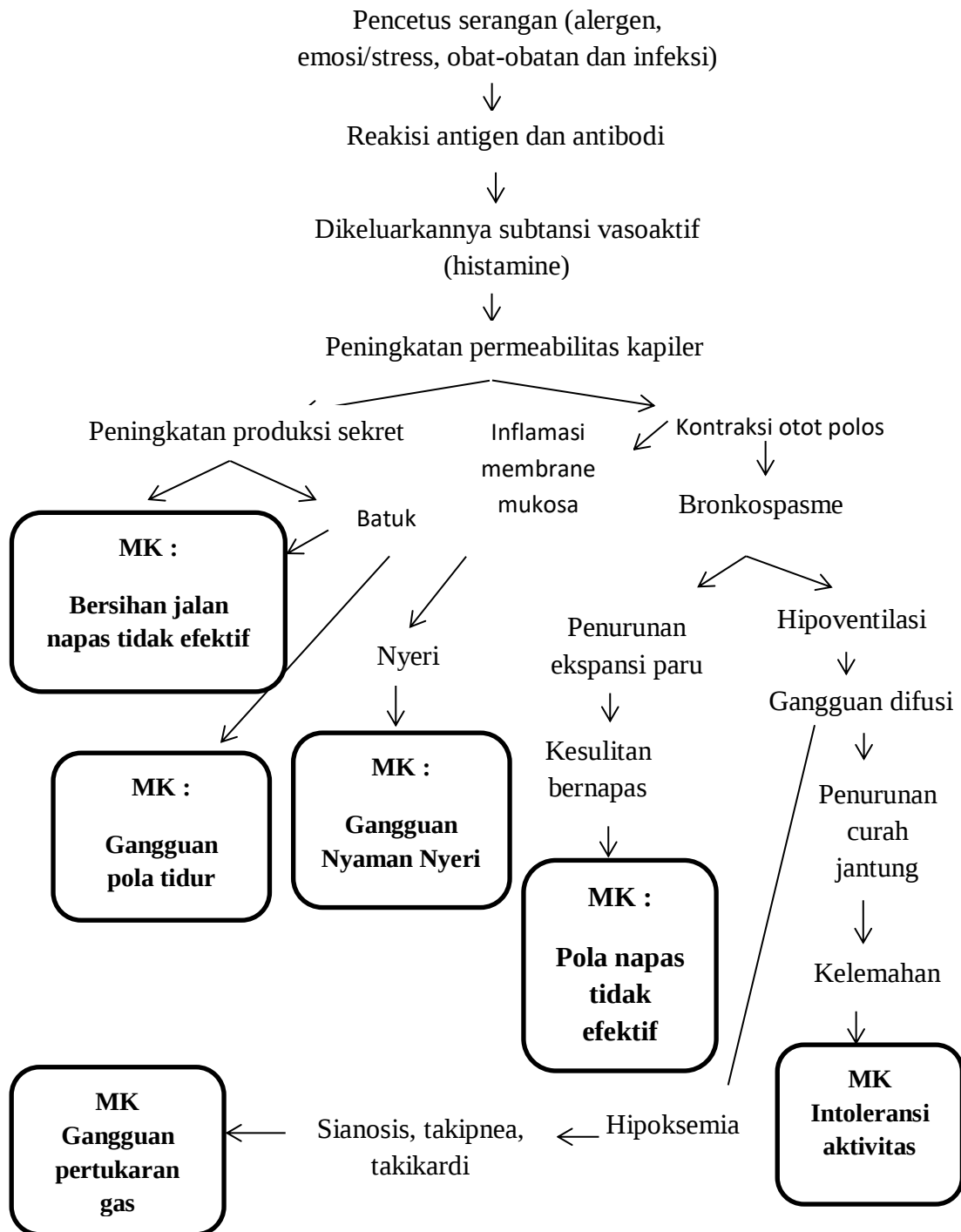
Proses terjadinya asma diawali dengan berbagai faktor pencetus seperti alergen, stres, cuaca, dan berbagai macam faktor pencetus lain. Adanya faktor pencetus menyebabkan antigen yang terikat Imunoglobulin E (Ig E) pada permukaan sel basofil mengeluarkan mediator berupa histamin sehingga terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan terjadinya edema mukosa. Adanya edema menyebabkan produksi sekret meningkat dan terjadi kontraksi 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 dan batuk. Pada penderita asma yang seringkali batuk kerap kali menyebabkan penderitanya mengalami kesulitan untuk tidur 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.

Beberapa faktor pencetus yang berikatan dengan Ig E 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. 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 masalah intoleransi aktivitas (Puspasari, 2019).

6. Pathway



Gambar 2.2 *Pathway* (Puspasari, 2019)

7. Manifestasi Klinis

Menurut Puspasari (2019), secara umum asma mempunyai gejala seperti :

- a. Sesak napas
- b. Sianosis
- c. Batuk (dengan atau tanpa lendir), dispnea, dan mengi
- d. Asma biasanya menyerang pada malam hari.
- e. Eksaserbasi (perburukan gejala pernapasan yang akut) sering didahului dengan meningkatnya gejala selama sehari-hari, tapi bisa juga terjadi secara tiba-tiba
- f. Pernapasan berat dan mengi.
- g. Obstruksi jalan napas yang memperburuk dispnea.
- h. Batuk kering pada awalnya : diikuti dengan batuk yang lebih kuat dengan produksi sputum yang berlebih.
- i. Lemah atau kelelahan
- j. Nyeri dada yang terasa tumpul atau tajam dan menusuk di area tulang dada atau tepat dibawahnya

8. Pemeriksaan Fisik

- a. Inspeksi
 - 1) Pemeriksaan dada dimulai dari torak posterior, klien pada posisi duduk
 - 2) Dada diobservasi
 - 3) Tindakan dilakukan dari atas (apeks) sampai kebawah
 - 4) Inspeksi torak posterior, meliputi warna kulit dan kondisinya, lesi, massa, dan gangguan tulang belakang, seperti kifosis, skoliosis, dan lordosis.

- 5) Catat jumlah, irama, kedalaman pernapasan, dan kesimetrisan pergerakan dada.
- 6) Observasi tipe pernapasan, seperti pernapasan hidung pernapasan diafragma, dan penggunaan otot bantu pernapasan.
- 7) Saat mengobservasi respirasi, catat durasi dari fase inspirasi (I) dan fase ekspirasi (E). Rasio pada fase ini normalnya 1:2. Fase ekspirasi yang memanjang menunjukkan adanya obstruksi pada jalan napas dan sering ditemukan pada klien Chronic Airflow Limitation (CAL) / Chronic obstructive Pulmonary Diseases (COPD)
- 8) Kelainan pada bentuk dada
- 9) Observasi kesimetrisan pergerakan dada. Gangguan pergerakan atau tidak adekuatnya ekspansi dada mengindikasikan penyakit pada paru atau pleura
- 10) Observasi trakea abnormal ruang interkostal selama inspirasi, yang dapat mengindikasikan obstruksi jalan napas.

b. Palpasi

- 1) Dilakukan untuk mengkaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas, mengidentifikasi keadaan kulit, dan mengetahui vocal/ tactile premitus vibrasi).
- 2) Palpasi toraks untuk mengetahui abnormalitas yang terdapat saat inspeksi seperti : massa, lesi, benjolan.
- 3) Vocal premitus, yaitu gerakan dinding dada yang dihasilkan ketika berbicara (Nurarif & Kusuma, 2019).

c. Perkusi

Suara perkusi normal :

- 1) Resonan (sonor): bergaung, nada rendah. Dihasilkan pada jaringan paru normal.
 - 2) Dullnes: bunyi yang pendek serta lemah, ditemukan diatas bagian jantung, mamae, dan hati
 - 3) Timpani: musical, bernada tinggi dihasilkan di atas perut yang berisi udara
 - 4) Hipersonan (hipersonor): bergaung lebih rendah dibandingkan dengan resonan dan timbul pada bagian paru yang berisi darah.
 - 5) Flatness : sangat dullnes. Oleh karena itu, nadanya lebih tinggi. Dapat terdengar pada perkusi daerah hati, di mana areanya seluruhnya berisi jaringan.
- (Nurarif & Kusuma, 2019).

d. Auskultasi

- 1) Merupakan pengkajian yang sangat bermakna, mencakup mendengarkan bunyi nafas normal, bunyi nafas tambahan (abnormal).
 - 2) Suara nafas abnormal dihasilkan dari getaran udara ketika melalui jalan nafas dari laring ke alveoli, dengan sifat bersih.
 - 3) Suara nafas normal meliputi bronkial, bronkovesikular dan vesikular.
 - 4) Suara nafas tambahan meliputi wheezing : peural friction rub, dan crackles.
- (Nurarif & Kusuma, 2020)

9. Pemeriksaan Diagnosis

a. Pada Tes dahak ditemukan :

- 1) Kristal eosinofil Kristal Charcot-Leiden yang merupakan duri yang terdegranulasi.

2) Ada kumparan Curshmann, yang merupakan silinder sel dicabang bronkial.

3) Adanya kreol, fragmen epitel bronkial. Adanya neutrofil dan eosinofil.

b. Analisis gas darah

Aliran darah berfluktuasi, tetapi prognosisnya buruk jika terdapat PaCO_2 atau PH rendah, SGOT dan LDH darah meningkat. Pemeriksaan faktor alergi, terdapat IgE yang meningkat pada saat kejang dan menurun pada saat tidak ada kejang.

c. Foto Rontogen

Pada rontgen, hasil pasien asma umumnya normal. Selama serangan asma, foto ini menunjukkan hiperinflasi paru-paru berupa peningkatan permeabilitas radiasi, ruang interkostal yang membesar, dan ukuran diafragma yang berkurang.

d. Pengukuran kapasitas vital (evaluasi fungsi paru).

Pengukuran fungsi paru digunakan sebagai penilaian tidak langsung hiperresponsif saluran napas untuk menilai obstruksi jalan napas, reversibilitas disfungsi paru, dan variabilitas fungsi paru (Mustopa, 2022)

10. Penatalaksanaan

a. Medis

1) Oksigen 4-6 liter / menit

2) Pemenuhan hidrasi via infus

3) Terbutalin 0,25 mg / 6 jam secara subkutan (SC)

4) Bronkodilator / antibronkospasme dengan cara :

Nebulizer (via inhalsi) dengan golongan terbutaline 0,25 mg (Bricasma), fenoterol HBr 0,1 % solution (berotec), orciprenaline sulfur 0,75 mg (Allupent).

- 5) Intravena dengan golongan theophylline ethylenediamine (Aminophillin) bolus IV 5-6 mg/ kg BB.
- 6) Peroral dengan aminofillin. 3x150 mg tablet, agonis B2 (salbutamol 5 mg atau feneterol 2,5 mg atau terbutaline 10 mg).
- 7) Antiedema mukosa dan dinding bronkus dengan golongan kortikosteroid,deksamethasone 4 mg IV setiap 8 jam.
- 8) Mukolitik dan ekspektoran :
 - a) Bronhexime HCL 8 mg per oral 3x1
 - b) Nebulizer (via inhalsi) dengan golongan bronhexime HCL 8 mg dicampur dengan agua des steril. (Nugroho, T. 2016).

b. Keperawatan

1) Penyuluhan

Penyuluhan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang penyakit asma sehingga klien secara sadar akan menghindari faktor-faktor pencetus asma, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi pada tim kesehatan.

2) Menghindari faktor pencetus

Klien perlu mengidentifikasi pencetus asma yang ada pada lingkungannya, diajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pencetus asma termasuk intake cairan yang cukup.

3) Melayani pemberian nebulizer

4) Memposisikan pasien fowler/semi fowler

5) Latihan batuk efektif

6) Melakukan suction (pengisapan sekret)

11. Komplikasi

Komplikasi asma adalah:

- a. Pneumotoraks pleura, yaitu ruang di antara paru-paru dan dinding dada.
- b. Empiema (kumpulan nanah di ruang antara paru-paru dan permukaan bagian dalam dinding dada /ruang pleura).
- c. Atelektasis (Kondisi ketika kantong-kantong udara kecil di dalam paru-paru (alveolus) kempis dan tidak terisi oleh udara).
- d. Gagal nafas (suatu kondisi di mana paru-paru tidak dapat berfungsi untuk pertukaran oksigen dan karbon dioksida).
- e. Bronkitis (penyakit infeksi yang terjadi pada bronkus (Afgani & Hendriani, 2020)

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Definisi

Masalah Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Kriteria masalah

Dalam kriteria masalah terdapat tanda/gejala yaitu : kriteria mayor dan minor.

- a. Kriteria Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa.

- b. Kriteria Minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Faktor yang berhubungan

Kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Adapun masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan asma bronkial antara lain:

1. Pola Napas Tidak Efektif

a. Definisi

Menurut PPNI (2016) pola napas tidak efektif merupakan kondisi di mana inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

b. Penyebab

- 1) Depresi pusat pernapasan
- 2) Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- 3) Deformitas dinding dada
- 4) Deformitas tulang dada
- 5) Gangguan neuromuscular
- 6) Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- 7) Imaturitas neurologis
- 8) Penurunan energi

- 9) Obesitas
- 10) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- 11) Sindrom hipoventilasi
- 12) Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
- 13) Cedera pada medula spinalis
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Kecemasan

c. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subjektif
 - a) Dispnea
- 2) Objektif
 - a) Penggunaan otot bantu pernapasan
 - b) Fase ekspirasi memanjang
 - c) Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes)

d. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif
 - a) Ortopnea
- 2) Objektif
 - a) Pernapasan pursed-lip
 - b) Pernapasan cuping hidung
 - c) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
 - d) Ventilasi semenit menurun

- e) Kapasitas vital menurun
- f) Tekanan ekspirasi menurun
- g) Tekanan inspirasi menurun
- h) Ekskursi dada berubah

2. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

a. Definisi

Menurut PPNI (2016) bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

b. Penyebab

- 1) Spasme jalan napas
- 2) Hipersekresi jalan napas
- 3) Disfungsi neuromuscular
- 4) Benda asing dalam jalan napas
- 5) Adanya jalan napas buatan
- 6) Sekresi yang tertahan
- 7) Hiperplasia dinding jalan napas
- 8) Proses infeksi
- 9) Respon alergi
- 10) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)
- 11) Merokok aktif dan pasif
- 12) Terpajan polutan

c. Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

(Tidak tersedia)

2) Objektif

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih
- d) Mengi, wheezing atau ronkhi kering
- e) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

d. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Ortopnea

2) Objektif

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi napas menurun
- d) Frekuensi napas berubah
- e) Pola napas berubah

3. Gangguan Pertukaran Gas

a. Definisi

Menurut PPNI (2016) gangguan pertukaran gas merupakan kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

b. Penyebab

- 1) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- 2) Perubahan membran alveolus-kapiler

c. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subjektif
 - a) Dispnea
- 2) Objektif
 - a) PCO₂ meningkat atau menurun
 - b) PO₂ menurun
 - c) Takikardia
 - d) pH arteri meningkat/menurun
 - e) Bunyi napas tambahan

d. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif
 - a) Pusing
 - b) Penglihatan kabur
- 2) Objektif

- a) Sianosis
- b) Diaforesis
- c) Gelisah
- d) Napas cuping hidung
- e) Pola napas abnormal (cepat/lambat, reguler/ireguler, dalam/dangkal)
- f) Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan)
- g) Kesadaran menurun

4. Intoleransi Aktivitas

a. Definisi

Menurut PPNI (2016) intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Penyebab

- 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2) Tirah baring
- 3) Kelemahan
- 4) Imobilitas
- 5) Gaya hidup monoton

c. Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

Mengeluh lelah

2) Objektif

- a) Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

d. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

- a) Dispnea saat/setelah aktivitas
- b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- c) Merasa lemah

2) Objektif

- a) Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat
- b) Gambaran Elektrokardiografi (EKG) menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- d) Sianosis.

5. Gangguan pola tidur

a. Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

b. Penyebab

- 1) Hambatan lingkungan (mis, kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan.
- 2) Kurang kontrol tidur
- 3) Kurang privasi
- 4) *Restraint* fisik
- 5) Ketidadaan teman tidur
- 6) Tidak familiar dengan peralatan tidur

c. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

- a) Mengeluh sulit tidur
- b) Mengeluh sering terjaga
- c) Mengeluh tidak puas tidur
- d) Mengeluh pola tidur berubah
- e) Mengeluh istirahat tidak cukup

2) Objektif

(Tidak tersedia)

d. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

- a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

2) Objektif

(Tidak tersedia)

6. Gangguan Nyaman Nyeri

1) Definisi

Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospirtual, lingkungan dan sosial.

2) Penyebab

- 1) Gejala penyakit
- 2) Kurang pengendalian situasional/lingkungan
- 3) Ketidakaekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)

- 4) Kurangnya privasi
- 5) Gangguan stimulus lingkungan
- 6) Efek samping _terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi)
- 7) Gangguan adaptasi kehamilan

3) Gejala tanda mayor

- 1) Subjektif
 - a) Mengeluh tidak nyaman
 - b) Mengeluh nyeri
- 2) Objektif
 - a) Gelisah

e. Gejala dan tanda minor

- 1) Subjektif
 - a) Mengeluh sulit tidur
 - b) Tidak mampu rileks
 - c) Mengeluh kedinginan/kepanasan
 - d) Merasa gatal
 - e) Mengeluh mual
 - f) Mengeluh lelah
- 2) Objektif
 - a) Menunjukkan gejala distress
 - b) Tampak merintih/menangis
 - c) Pola eliminasi berubah
 - d) Postur tubuh berubah

e) Iritabilitas

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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:

a. Biodata klien

- 1) Usia : asma bronkial dapat menyerang segala usia, tetapi lebih sering dijumpai pada usia dini. Separuh kasus timbul sebelum usia 10 tahun dan sepertiga kasus lainnya terjadi sebelum usia 40 tahun.
- 2) Jenis kelamin : asma lebih banyak mengenai perempuan dengan presentase 2,5% jika dibandingkan dengan laki-laki yang memiliki presentasee 2/3% (Jannah Arina,2023)
- 3) Tempat tinggal : lingkungan kerja diperkirakan merupakan faktor pencetus yang menyumbang 2% - 15% klien dengan asma bronkial (Nugroho, T. 2016). Kondisi rumah, pajanan alergen, hewan di dalam rumah, pajanan asap rokok tembakau, kelembapan dan pemanasan.

b. Riwayat Kesehatan

1) 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 mengi/wheezing.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

c. Pemeriksaan pola kesehatan

Pola pengkajian fungsional menurut Gordon adalah aplikasi luas untuk para perawat dengan latar belakang praktek yang beragam. 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 secara spesifik terdiri dari :

1) 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.

2) Pola Nutrisi dan metabolic

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.

3) Pola Aktivitas dan latihan

Pasien dengan asma akan mengalami sesak napas ketika melakukan aktivitas berat.

4) Pola Istirahat tidur

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

5) Pola Persepsi dan konsep diri

Persepsi yang salah dapat menghambat respons kooperatif pada diri klien. Pasien dengan asma cenderung merasa bahwa organ pernapasannya terhambat. Pasien

asma dapat juga mengalami gangguan harga diri dikarenakan pandangan masyarakat terhadap penyakit yang diderita. Pasien asma menginginkan kesembuhan untuk melaksanakan tujuan hidupnya serta menjadi berguna bagi dirinya sendiri maupun bagi orang lain. Pasien asma seringkali mengalami kesulitan untuk memenuhi perannya dikarenakan sering mengalami serangan asma. 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.

6) Pola Peran dan tanggung jawab

Gejala asma sangat membatasi pasien untuk menjalani kehidupannya secara normal. Pasien dengan asma cenderung sulit bertanggung jawab baik dalam kesehatan ataupun dalam kehidupan sehari-hari dikarenakan sering mengalami kekambuhan baik pengaruh alergen maupun cuaca.

7) Pola Koping dan toleransi stress

Kecemasan dan koping tidak efektif serta faktor gangguan emosional yang bisa menjadi pencetus terjadinya serangan asma.

8) Pola Tata nilai kepercayaan

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

d. Pemeriksaan fisik

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) :

1) 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.

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

3) Wajah : Tampak pucat, simetris/asimetris

4) Mata

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak ada odema, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

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

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

7) 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.

8) 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.

e. 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 beraktivitas, tidak mampu tidur, insomnia, batuk yang

disertai sputum, suara napas, mengi, suara napas ronchi, frekuensi napas berubah, dan gelisah.

f. Klasifikasi Data

- 1) Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, dispnea, ortopnea, tidak mampu tidur, insomnia, merasa lelah,.
- 2) 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, nampak gelisah.

a. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	Data subjektif: Pasien mengeluh sesak napas, dispnea. Data objektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (takipnea, bradipnea), sianosis	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif

Lanjutan Tabel 2.1 Analisis Data

2.	Ds : sesak napas, batuk, batuk berdahak Do : Bunyi napas mengi/wheezeing,produks i sputum berlebih	Penumpukan secret	Bersihan jalan napas tidak efektif
3.	Ds : sesak napas Do : Pernapasan cepat/lambat Bunyi napas mengi/wheezing	Ketidakseimb angan ventilasi- perfusi	Gangguan Pertukaran Gas
4.	Ds: Keletihan, kelelahan, malaise, sesak pada saat melakukan aktivitas yang berat Do : Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena susah bernafas,sianosis	Ketikseimban gan antara suplai dan kebutuhan oksigen	In efektif aktivitas
5.	Data subjektif: Pasien mengeluh tidak mampu tidur, insomnia. Data objektif : Tampak lesu, tampak lelah :	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
6.	Data subjektif : Mengeluh	Gejala	Gangguan

nyeri, mengeluh tidak nyaman,	penyakit	nyaman
mengeluh sulit tidur		nyeri
Data objektif :	tampak	
meringis/menangis, gelisah		

b. Prioritas Masalah

- 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- 2) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan secret
- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 5) Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala peny
- 6) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan Merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Diagnosis keperawatan bertujuan untu mengidentifikasi respons individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan keehatan (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 b.d. hambatan upaya napas d.d :

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 b.d. Penumpukan secret d.d :

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 b.d. ketidakseimbangan ventilasi-perfusi d.d :

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas.

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

d. Intoleransi aktivitas b.d. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d :

Data subjektif : Pasien mengeluh sesak napas, merasa lelah.

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

e. Gangguan nyaman nyeri b.d. gejala penyakit d.d. :

Data subjektif : Mengeluh nyeri, mengeluh tidak nyaman, mengeluh sulit tidur

Data objektif : Tampak meringis/menangis, gelisah

f. Gangguan pola tidur b.d. kurang kontrol tidur d.d. :

Data subjektif : Pasien mengeluh tidak mampu tidur, insomnia.

Data objektif : Tampak lesu, tampak lelah

2. Intervensi Keperawatan

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

- a. Diagnosa 1 : 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 menurun, 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 : Adanya bunyi napas tambahan mengidentifikasi adanya gangguan pada pernafasan.

- 3) Monitor Sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : Karakteristik sputum dapat menunjukkan berat ringanya obstruksi.

Terapeutik :

- 4) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift.

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

- 5) Posisikan fowler-semi fowler

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

- 6) Berikan minum hangat

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

- 7) Berikan oksigen

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

Edukasi :

- 8) Anjurkan asupan cairan 2000 ml /hari

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

- 9) Ajarkan teknik batuk efektif

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

Kolaborasi :

10) 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 : Untuk mendeteksi suara napas tambahan

Terapeutik :

4) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

Rasional: Agar dapat memantau respirasi pasien secara berkala

- b. Diagnosa 2 : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil menunjukkan jalan napas paten dengan bunyi napas bersih, tak ada dispnea, dan sianosis.

Intervensi

Mandiri :

- 1) Kaji frekuensi/kedalaman pernapasan dan gerak dada.

Rasional : Takipnea, pernapasan dangkal, dan gerak dada tak simetris sering terjadi karena ketidaknyamanan gerakan dinding dada dan/atau cairan paru.

- 2) Auskultasi area paru, catat arena penurunan/tak ada aliran udara dan bunyi napas adventisius, misal : krekels, mengi.

Rasional : Penurunan aliran udara terjadi pada area konsolidasi dengan cairan. Bunyi napas bronchial (normal pada bronkus) dapat terjadi juga pada area konsolidasi. Krekels, ronki dan mengi terdengar pada inspirasi dan/atau ekspirasi pada respons terhadap pengumpulan cairan, sekret kental dan spasme jalan napas/obstruksi.

- 3) Bantu pasien latihan napas sering. Tunjukkan/bantu pasien mempelajari melakukan batuk, misal : menekan dada dan batuk efektif sementara posisi batuk tinggi.

Rasional : Napas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru/jalan napas lebih kecil. Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan napas alami, membantu silia untuk mempertahankan jalan napas paten.

Penekanan menurunkan ketidaknyamanan dada dan posisi duduk memungkinkan upaya napas lebih dalam dan lebih kuat.

4) Penghisapan sesuai indikasi

Rasional : Merangsang batuk atau pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan karena batuk tak efektif atau penurunan tingkat kesadaran.

5) Berikan cairan sedikitnya 2.500 ml/hari (kecuali kontraindikasi).

Tawarkan air hangat, daripada dingin.

Rasional : Cairan (khususnya air hangat) memobilisasi dan mengeluarkan sekret.

Kolaborasi :

6) Bantu mengawasi efek pengobatan nebuliser dan fisioterapi. Lakukan tindakan diantara waktu makan dan batasi cairan bila mungkin.

Rasional : Memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret. Koordinasi pengobatan/jadwal dan masukan oral menurunkan muntah karena batuk, pengeluaran sputum.

7) Berikan obat sesuai indikasi: mukolitik, ekspektoran, bronkodilator, analgesik.

Rasional : Alat untuk menurunkan spasme bronkus dengan mobilisasi sekret. Analgesik diberikan untuk memperbaiki batuk dengan menurunkan ketidaknyamanan tetapi harus digunakan secara hati-hati, karena dapat menurunkan upaya batuk/menekan pernapasan.

8) Berikan cairan tambahan, misal : IV, oksigen humidifikasi, dan ruangan humidifikasi.

Rasional : Cairan diperlukan untuk menggantikan kehilangan dan memobilisasi sekret.

9) Awasi seri sinar X dada, nadi oksimetri.

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

10) Bantu bronkoskopi/torasentesis bila diindikasikan

Rasional : Kadang-kadang diperlukan untuk membuang perlengketan mukosa, mengeluarkan sekresi purulen, dan/atau mencegah atelektasis.

c. Diagnosa 3 : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi - perfusi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pertukaran gas dapat diatasi dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurun, napas cuping hidung menurun, dan pola napas membaik.

Intervensi :

Mandiri :

- 1) Auskultasi bunyi napas

Rasional : Menyatakan adanya kongesti paru atau pengumpulan sekresi menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut

- 2) Ajarkan pasien batuk efektif dan napas dalam

Rasional : Membersihkan jalan napas dan memudahkan aliran oksigen

- 3) Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku, catat adanya sianosis perifer (kuku).

Rasional : Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam/menggigil. Namun sianosis daun telinga, membran mukosa dan kulit sekitar mulut (membran hangat) menunjukkan hipoksemia sistemik.

- 4) Kaji status mental.

Rasional : Gelisah, mudah terangsang, bingung dan somnolen dapat menunjukkan hipoksemia/penurunan oksigenasi serebral.

- 5) Awasi frekuensi jantung/irama.

Rasional : Takikardia biasanya ada sebagai akibat demam/dehidrasi tetapi dapat sebagai respon terhadap hipoksemia.

- 6) Awasi suhu tubuh sesuai indikasi. Bantu tindakan kenyamanan untuk menurunkan demam dan menggigil, misalnya selimut tambahan/menghilangkannya, suhu ruangan nyaman, kompres hangat atau dingin.

Rasional : Demam tinggi (umum pada pneumonia bakterial dan influenza) sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler.

- 7) Pertahankan istirahat tidur. Dorong menggunakan teknik relaksasi dan aktivitas senggang.

Rasional : Mencegah terlalu lelah dan menurunkan kebutuhan/konsumsi oksigen untuk memudahkan perbaikan infeksi.

- 8) Tinggikan kepala dan dorong sering mengubah posisi, napas dalam dan batuk efektif.

Rasional : tindakan ini meningkatkan inspirasi maksimal, meningkatkan pengeluaran sekret, untuk memperbaiki ventilasi.

Kolaborasi :

- 9) Berikan terapi oksigen dengan benar, misalnya dengan nasal prong, masker, masker venturi.

Rasional : tujuan terapi oksigen adalah mempertahankan PaO₂ diatas 60 mmHg. Oksigen diberikan dengan metode yang memberikan pengiriman tepat dalam toleransi pasien.

- 10) Berikan obat sesuai indikasi

- a) Diuretik, contoh Furosemid

Rasional: Menurunkan kongesti alveolar, meningkatkan pertukaran gas

- b) Bronkodilator, contoh Aminofilin

Rasional : meningkatkan aliran oksigen dengan mendilatasi jalan napas dan mengeluarkan efek diuretik ringan untuk menurunkan kongesti paru

- d. Diagnosa 4 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas yang dapat diukur dengan tak adanya dispnea, kelemahan menurun, dan tanda vital dalam rentang normal.

Intervensi:

- 1) Evaluasi respons pasien terhadap aktivitas, catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan/kelelahan dan perubahan tanda vital selama dan setelah aktivitas.

Rasional: Menetapkan kemampuan/kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi.

- 2) Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi. Dorong penggunaan manajemen stres dan pengalih yang tepat.

Rasional: Menurunkan stres dan rangsangan berlebih, meningkatkan istirahat.

- 3) Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat.

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

- 4) Bantu pasien memilih posisi nyaman untuk istirahat dan tidur.

Rasional: Pasien mungkin nyaman dengan kepala tinggi, tidur di kursi, atau menunduk ke depan meja atau bantal.

- 5) Berikan bantuan dalam aktivitas perawatan diri sesuai indikasi.

Rasional : Pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien tanpa mempengaruhi stres atau kebutuhan oksigen berlebih.

- e. Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan gejala penyakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan nyaman nyeri teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun

Intervensi : Manajemen nyeri

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri.

Rasional : Menggambarkan pengalaman nyeri, menganalisis manajemen nyeri dan mengevaluasi efektifitas

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional : Mengetahui skala nyeri secara teratur dan bersamaan dengan tanda – tanda vital lainnya.

- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional : Perawatan yang tepat dan manajemen yang memadai dapat membantu mengurangi nyeri

4) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional : Nyeri yang dirasakan dapat dihilangkan atau dikurangkan

5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : Membantu dalam penurunan persepsi atau respon nyeri.

Memberikan kontrol situasi meningkatkan perilaku positif.

6) Kolaborasi pemberian analgetik

Penatalaksanaan pemberian paracetamol 1 gr/IV

Rasional : Mengurangi rasa nyeri

f. 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 :

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

Rasional : Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kenyamanan tidur pasien

- 5) Fasilitas menghilangkan stress sebelum tidur

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

- 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat/tindakan

Rasional : Tindakan sesuai jadwal dapat meningkatkan siklus tidur terjaga

Edukasi :

- 7) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional : Tidur yang cukup selama sakit dapat mempercepat proses penyembuhan

- 8) Anjurkan menetapi kebiasaan waktu tidur

Rasional : Kebiasaan tidur dapat terkontrol

- 9) Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur

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

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses yang terencana dan sistematis, dalam mengumpulkan, mengorganisasi, menganalisis dan membandingkan status kesehatan klien dengan kriteria hasil yang diinginkan serta menilai derajat pencapaian hasil klien.

- S Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- O Respon obyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- A Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi masalah yang ada
- P Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien