

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Asma Bronkiale

1. Pengertian

Asma bronkiale adalah suatu gangguan pada saluran bronkiale yang mempunyai ciri bronkospasme periodic (kontraksi spasme pada saluran nafas) terutama pada percabangan trakreaobronkial yang dapat diakibatkan oleh berbagai stimulus seperti oleh faktor, biokemikal, endokrin, infeksi, otonomi, dan psikologi (Soemantri, 2012).

Asma adalah suatu keadaan di mana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat berulang namun *reversibel* dan diantara episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal (Sylvia dan Wilson, 2006 di dalam (Nurarif dan Hardhi, 2016).

2. Etiologi

Nurarif & Kusuma (2013), menjelaskan penderita asma perlu mengetahui dan menghindari rangsangan atau pencetus yang dapat menimbulkan asma adalah infeksi saluran nafas terutama yang disebabkan oleh virus influenza. Perubahan-perubahan cuaca seperti tekanan udara dan perubahan suhu, alergen utama, seperti debu rumah, spora jamur, kapuk, tungau, sisa-sisa serangga mati, bulu binatang, serbuk sari, polutan dan uap cat. Makanan seperti putih telur, susu sapi, kacang tanah, coklat,

biji-bijian dan tomat, kegiatan-kegiatan fisik yang berlebihan seperti olahraga berat, tertawa terbahak bahak, serta pengaruh dari lingkungan kerja, emosi dan penggunaan obat seperti aspirin.

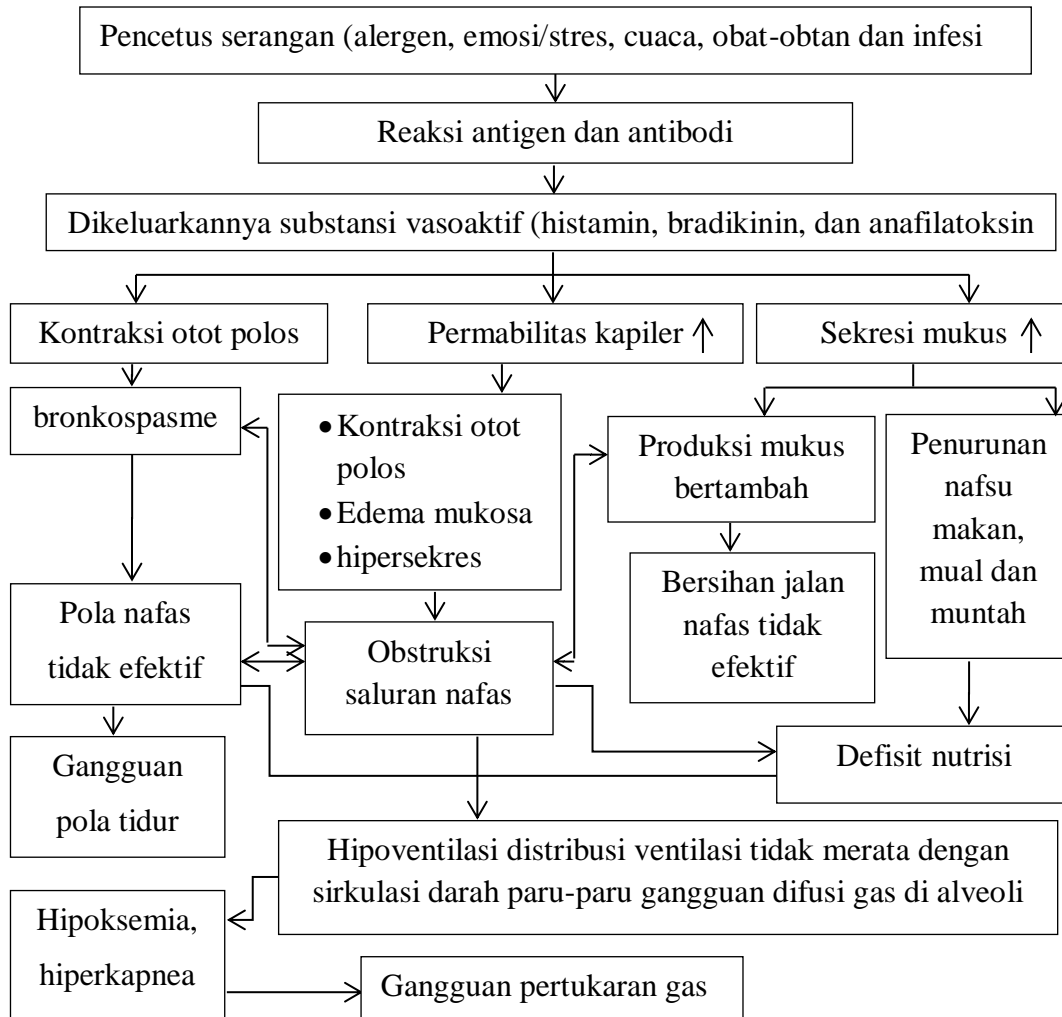
3. Patofisiologi

Serangan asma dapat dicetuskan oleh stres, olahraga berat, infeksi atau pemajanan terhadap alergen atau iritan lain seperti debu dan sebagainya. Banyak klien asma dalam keluarganya mempunyai riwayat alergi. *Dispnea* adalah gejala utama asma, tetapi hiperventilasi, sakit kepala, kebas, dan mual juga dapat terjadi. Serangan asma terjadi akibat beberapa perubahan fisiologis termasuk perubahan dalam respon imunologi, resistensi jalan udara yang meningkat, komplians paru yang meningkat, fungsi mukosiliaris yang mengalami kerusakan, dan pertukaraan oksigen-karbon dioksida yang berubah. (Effendi dan Niluh, 2004).

Pencetus serangan asma lainnya dari internal klien akan mengakibatkan timbulnya reaksi antigen dan antibodi. Reaksi antigen-antibodi ini akan mengeluarkan substansi pereda alergi sebetulnya merupakan mekanisme tubuh dalam menghadapi serangan. Zat yang dikeluarkan dapat berupa histamin, bradikinin, anafilatoksin. Hasil dari reaksi tersebut adalah timbulnya tiga gejala yaitu, berkontraksinya otot polos, peningkatan permeabilitas kapiler, dan peningkatan sekret mukus (Somantri, 2009).

Pathway

Diagram 2.1
Pathway Asma



(Sumber: Somantri, 2009)

4. Tanda dan Gejala

Menurut Francis (2011), pada asma bronkiale meliputi adanya keluhan sebagai berikut, penderita bernafas cepat dan dalam, nafas pendek, sesak nafas, adanya *wheezing*, batuk, ada sebagian mengeluh nyeri dada, peningkatan produksi sputum, gangguan kesadaran, takikardi dan duduk

dengan menyanggah ke depan, serta bernafas dengan menggunakan otot-otot nafas tambahan.

5. Manifestasi Klinis

Gejala asma terdiri atas dispnea, batuk, dan mengi. Gejala sesak nafas sering dianggap sebagai gejala yang harus ada. gambaran klinis klien yang menderita asma yaitu: (Somantri, 2007).

- a. Sesak nafas parah dengan ekspirasi memanjang disertai *wheezing*
- b. Dapat disertai batuk dengan sputum kental dan sulit dikeluarkan
- c. Bernafas dengan menggunakan otot-otot nafas tambahan
- d. Sinanosis, takikardia, gelisah, dan pulsus paradoksus.
- e. Fase ekspirasi memanjang disertai *wheezing* (diapek dan hilus).
- f. Pasien mengeluhkan sukar bernafas, sesak, dan anoreksia
- g. Gambaran psikososial yang biasanya terjadi yaitu klien tampak cemas, mudah tersinggung, dan kurangnya pengetahuan klien tentang sakitnya

6. Pengobatan

- a. Pengobatan Medis

Menurut Francis (2011), penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada penderita asma, yaitu Pengobatan bronkodilator, Kortikosteroid inhalasi dan Anti-lekotrien. Bronkodilator ini memberikan efek antibronkokonstriksi dan akan menyebabkan pemulihan segera dari obstruksi jalan nafas. Obat-obat bronkodilator yang sering digunakan, yakni salbutamol, aminofilin, teofilin dan ipratropium bromida Kortikosteroid memberikan efek menurunkan proses inflamasi pada asma obat-obatan ini memiliki efek langsung

terhadap banyak sel. Obat-obatan kortikosteroid inhalasi yang sering digunakan, yakni budesonid, betametason, flutikason. Anti-lekotrien (misalnya obat mentlukas, zafirlukas).

b. Pengobatan Herbal

Beberapa ahli herbal menyarankan jahe dengan cara merebusnya dengan air hangat selama 5 menit maupun dicampur dengan teh jika dirasa terlalu tajam, bisa menambahkan beberapa tetes madu, agendakan ramuan ini dua hingga tiga gelas sehari untuk menghilangkan asma bronkiale.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Medical Service And Training (2019), pemeriksaan diagnostik untuk penderita asma terdiri dari

- a. Pemeriksaan faal paru atau spirometri dalam pengukuran saturasi oksigen arteri yang digunakan untuk memeriksa kondisi dan fungsi saluran pernafasan, dalam tes ini mengukur jumlah dan kecepatan udara yang dihirup dan dihembuskan klien akan diukur. Pengukuran ini sangat direkomendasikan karena menunjukkan derajat berat asma akut terutama derajat hipoksemia. Pemeriksaan faal dilakukan sebelum pengobatan awal tanpa menunda pengobatan.
- b. Foto thoraks bukan merupakan pemeriksaan rutin kecuali jika ada kemungkinan proses komplikasi jantung paru, klien yang akan dirawat atau klien yang tidak respon terhadap pengobatan kemungkinan terjadi pneumotorak yang sulit didiagnosi.

- c. Analisa Gas Darah (AGD) bukan merupakan pemeriksaan rutin kecuali bila Arus Puncak Ekspirasi (APE) 30-50% prediksi, klien yang tidak respon terhadap pengobatan awal atau bila terjadi perburukan. Klien harus terus mendapatkan oksigen saat pemeriksaan AGD dilakukan.

B. Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow di dalam (Mubarak & Cahyanti, 2008) manusia mempunyai 5 kebutuhan dasar yang dikenal dengan hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow. Hirarki meliputi kebutuhan dasar yakni:

1. Kebutuhan fisiologi (*physiologic needs*)
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security*)
3. Kebutuhan rasa cinta (*love and blonging need*)
4. Kebutuhan harga diri (*slap esteem needs*)
5. Kebuthan aktualisasi diri (*need for self actualization*)

Pada khusus asma kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan fisiologis tepatnya kebutuhan oksigen. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas paling tinggi dalam hirarki Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup (Mubarak, 2008).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Kasus Asma Bronkiale

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian perawat melakukan pengumpulan data yang relevan dan berkaitan dengan keluhan klien. Pengkajian dapat dilakukan melalui metode wawancara, observasi, serta catatan dari rekam medis.

Pada tahap pengkajian data yang peroleh digolongkan menjadi data subjektif dan data objektif (Syahutri, 2019).

- a. Identitas klien
- b. Informasi dan diagnosa medik
- c. Data riwayat kesehatan (Somantri, 2009)

- 1). Keluhan utama

Keluhan utama yang timbul pada klien dengan asma bronkiale adalah dispnea (bisa sehari-hari atau berbulan-bulan), batuk dan mengi (pada beberapa kasus lebih banyak paroksimal).

- 2). Riwayat kesehatan dahulu

Terdapat data yang menyatakan adanya faktor predisposisi timbulnya penyakit ini, diantaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran pernafasan bagian bawah (rhinitis, urtikaris, dan eksim).

- 3). Riwayat kesehatan keluarga

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

2. Data Dasar Pengkajian Klien

Asuhan Keperawatan berdasarkan Doengers, Mouehouse, Alice (2010) di dalam (Huriah, 2018).

- a. Aktivitas

Ketidakmampuan melakukan aktivitas karena sulit bernafas, adanya penurunan kemampuan atau peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktivitas sehari-hari, tidur posisi duduk tinggi.

b. Pernafasan

Dipsnea pada saat istirahat atau respons terhadap aktivitas atau latihan. Nafas memburuk ketika klien berbaring terlentang di tempat tidur, menggunakan otot bantu pernafasan, misalnya: meninggikan bahu, melebarkan hidung, adanya bunyi pernafasaan mengi (*wheezing*), adanya batuk berulang.

c. Sirkulasi

Adanya peningkatan tekanan darah, adanya peningkatan frekuensi jantung, warna kulit atau membran mukosa normal atau abu-abu atau sianosis, kemerahan atau berkeringat.

d. Integritas ego

Ansietas, ketakutan, peka rangsangan, gelisah.

e. Asupan nutrisi

Ketidakmampuan untuk makan karena distress penurunan berat badan karena anoreksia.

f. Hubungan sosial

Keterbatasan mobilitas fisik, susah bicara atau bicara terbata-bata, adanya ketergantungan pada orang lain.

g. Seksualitas

Penurunan libido.

3. Diagnosa Keperawatan

Dalam asuhan keperawatan Asma Bronkiale, hal yang dilakukan untuk menentukan diagnosa adalah data yang diperoleh dari tahap pengkajian dan dianalisis, membuat pohon masalah lalu menetapkan diagnosa keperawatan (Syahputri, 2019). Diagnosa yang mungkin muncul pada klien yang menderita asma menurut Nurarif dan Hardi (2016):

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif
- b. Pola nafas tidak efektif
- c. Intoleransi aktifitas
- d. Ansietas

4. Rencana Keperawatan

Setelah dilakukan penentuan diagnosa keperawatan melalui data yang diperoleh hal selanjutnya yang harus dilakukan adalah membuat intervensi atau perencanaan yang akan dilakukan (Syahputri, 2019)

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3
Bersihan jalan nafas tidak efektif	Bersihan jalan nafas (I.01001) a. Produksi sputum menurun b. Dapat melakukan batuk efektif c. Dispnea berkurang d. Frekuensi nafas Normal 16-24 x/menit. e. Tidak ada suara nafas tambahan: <i>wheezing</i> , <i>ronchi</i> , <i>crackles</i> , <i>stridor</i> f. Pola nafas membaik	Manajemen jalan nafas (I.01011) a. Monitor pola nafas b. Monitor bunyi nafas tambahan c. Monitor sputum d. Posisikan semi fowler e. Berikan minum hangat f. Berikan oksigen g. Ajarkan batuk efektif h. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
Pola nafas tidak efektif	Pola nafas (L.01004) a. Dispnea berkurang b. Klien tidak menggunakan otot bantu nafas c. Ortopnea menurun frekuensi nafas normal 16-24 x/menit d. Kedalaman nafas membaik	Manajemen jalan nafas (I.01011) a. Monitor pola nafas b. Monitor bunyi nafas tambahan Monitor sputum c. Posisikan <i>semi fowler</i> d. Berikan oksigen e. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
Intoleransi aktifitas	Toleransi aktivitas (L.05047) a. Keluhan lelah menurun b. Dispnea saat melakukan aktivitas menurun c. Dispnea setelah melakukan aktifitas menurun	Manajemen energi (L.05178) a. Monitor kelelahan fisik emosional b. Monitor pola dan jam tidur

1	2	3
	d. Frekuensi nadi membaik d. Tekanan darah membaik e. Frekuensi nafas normal 16-24 x/menit	c. Berikan aktifitas Distraksi yang menyenangkan d. Anjurkan tirah baring e. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap f. Ajarkan strategi koping untuk
Ansietas	Tingkat ansietas (L.09093) a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun b. Perilaku gelisah menurun c. Perilaku tegang menurun d. Pola tidur membaik	Reduksi ansietas (L.09314) a. Monitor tanda-tanda ansietas b. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan c. Pahami situasi yang membuat ansietas d. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan e. Dengarkan dengan penuh perhatian f. Motivasi mengidentifikasi g. Situasi yang memicu Kecemasan h. Anjurkan keluarga untuk tetap bersamanya i. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi j. Latihan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan k. Latihan teknik relaksasi

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang

kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjektif adalah informasi yang mengandung yang didapat dari klien setelah tindakan yang diberikan. Objektif adalah informasi yang diperoleh dari hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan terkait dengan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau jika tidak teratasi. Perencanaan adalah rencana keperawatan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis (Suarni & Apriyani, 2017).

D. Konsep Teori Keperawatan Keluarga

Menurut Feeley dan Gottlieb 2000 (Dalam Achjar, 2012: 29) keperawatan keluarga sepenuhnya tidak hanya menjadi tanggung jawab perawat keluarga, namun tanggung jawab perlu juga diberikan kepada keluarga dengan mempertimbangkan kapasitas, kompetensi dan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga. Tingkatan praktik keperawatan keluarga tergantung dari perawat mengartikan keluarga dan pemahamannya dan tergantung bagaimana perawat memandang keluarga tersebut. Keluarga dapat

menjadi fokus perawatan, perawat keluarga harus bisa bekerja secara simultan antara individu dan keluarga.(Achjar, 2012: 29).

Diagnosa keperawatan keluarga adalah perpanjangan dari diagnosa ke sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil pengkajian keperawatan. Diagnosa ini merupakan diagnosa tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan pada 5 tujuan khusus. Untuk menentukan diagnosa keperawatan keluarga yaitu dengan cara memodifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut :

1. TUK 1: Mampu mengenal masalah

Dominan capaian hasil: Pengentahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2. TUK 2: Mampu mengambil keputusan

Dominan capaian hasil: Dominan kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan, dukungan *care giver* dan emosional.

3. TUK 3: Mampu merawat

Dominan capaian hasil: adalah kesehatan keluarga, kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan *care giver*, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan

Domina capaian adalah: kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang mana dengan mengurangi faktor risiko.

5. TUK 5: Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Dominan capaian hasil: adalah pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Teori di atas sesuai dengan pernyataan Achjar (2012) dan Suprajitno (2009) menyatakan asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut:

6. Pengkajian

a. Data Umum

1) Identitas Klien

Berisi tentang identitas klien yang meliputi: nama, umur, pekerjaan, suku, agama dan alamat (KK).

2) Data Kesehatan Keluarga

Pada pengkajian ini fokus utama yaitu pada yang sakit yang mencakup diagnose penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan *head to toe* dari kepala, ekstermitas atas, area genitalia, serta ekstermitas bawah.

3) Data Kesehatan Lingkungan

Berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, keadaan lantai rumah, kebersihan lingkungan rumah serta sarana MCK yang ada di lingkungan rumah.

4) Struktur Keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tentang tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi di dalam keluarga, sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.

5) Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga, yaitu :

1). KMK mengenal masalah kesehatan.

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian tanda dan gejala, faktor penyebab penyakit, persepsi keluarga terhadap masalah atau penyakit

2). KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

3). KMK merawat anggota keluarga yang sakit

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

4). KMK memelihara kesehatan / memodifikasi lingkungan.

Meliputi keuntungan/ mafaat pemeliharaan, pentingnya *hygiene* sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

5). KMK menggunakan fasilitas kesehatan.

(Ashjar & Komang, 2012).

b. Prioritas Masalah

Skala prioritas diperoleh dari berbagai data yang telah didapatkan didepan, untuk kemudian diolah dan pada akhirnya skala prioritas ini akan membantu dalam pemetaan penanganan klien baik untuk perawat maupun keluarga. Balion dan Maglaya (1978) telah merumuskan skala prioritas sebagai berikut :

Tabel 2.2
Skala Prioritas Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah	Aktual Potensial Risiko	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensial Masalah yang dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah	Berat, segera ditangani Ada masalah, tidak perlu ditangani. Tidak dirasakan ada masalah.	2 1 0	1

Keterangan Skoring :

Setelah menentukan skala prioritas sesuai dengan tabel di depan, langkah selanjutnya adalah membuat skoring Bailon dan Maglaya (1978) membuat

Rumus :

$$\frac{\text{Skoring}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Dengan adanya skala prioritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan klien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat. Masing-masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan

1) Kriteria Sifat Masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga pokok, yaitu tidak/ kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera. Tidak atau kurang sehat merupakan kondisi di mana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi semestinya. Ancaman kesehatan merupakan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini bisa berlaku dari penyakit yang ringan hingga yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.

2) Kriteria Kemungkinan Masalah Dapat Diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada klien. Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian,

dan tidak ada kemungkinan untuk diubah. Sebaiknya, yang mudah terlebih dahulu ditangani sebelum menangani yang lain.

3) Kriteria Potensi Pencegahan Masalah

Potensi ini juga mengacu pada tingkatan yaitu: tinggi, cukup dan rendah. Berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling dekat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

4) Kriteria Masalah yang Menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani klien. Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilakukan tepat.

- a) Masalah yang benar-benar harus ditangani.
- b) Ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani.
- c) Ada masalah tetapi tidak dirasakan.

c. Diagnosa Keperawatan

Menurut Mubarak (2007) (Dalam Bakri, 2011: 121) Diagnosa Keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan di mana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya.