

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Asma

1. Pengertian Asma

Asma merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh reaksi berlebihan jalan napas terhadap iritan atau stimuli lain. Pada paru-paru normal iritan mungkin tidak menjadi pengaruh, Asma dianggap kondisi kronis dan inflamasi serta merupakan suatu jenis penyakit paru obstruksi kronik (PPOK). Akibatnya, penderita asma memiliki kontraksi bronchial, spasme jalan napas, peningkatan sekresi mukus atau lender, edema mukosa dan pernapasan kusmaul. Episode asma biasanya terjadi berulang dan serangan dapat disebabkan oleh pajanan terhadap iritan, kelelahan atau kondisi emosional. Asma sering kali terjadi pada anak-anak tetapi dapat juga terjadi diberbagai usia, Penyakit ini dapat bersifat intrinsik atau ekstrinsik dan banyak klien mengalami kondisi keduanya (Marlene Hurst, 2015).

Asma adalah penyakit inflamasi kronik pada jalan napas yang dikarakteristikan dengan hipperresponsivitas, edema mukosa, dan produksi mukus, Inflamasi ini pada akhirnya berkembng menjadi episode gejala asma yang berulang : batuk, sesak dada, mengi, dan dispnea. Pasien asma mungkin mengalami periode bebas gejala bergantian dengan aksaserbasi akut yang berlangsung dalam hitungan menit, jam, sampai hari.(Brunner & Suddart, 2017).

2. Etiologi

Menurut Aritonang *et al*, (2020). Klasifikasi asma berdasarkan etiologi adalah:

a. Asma ekstrinsik (Alergik)

Asma yang disebabkan oleh allergen yang diketahui masanya sudah terdapat semenjak anak-anak seperti alergi terhadap protein, serbuk sari, bulu halus, binatang dan debu.

b. Asma intrinsik (Non Alergik)

Asma yang tidak ditemukan faktor pencetus yang jelas, tetapi adanya faktor-faktor non spesifik seperti : flu, latihan fisik atau emosi sering memicu serangan asma. Asma ini sering muncul/timbul sesudah usia 40 tahun setelah menderita infeksi sinus (cabang trakeobronkial).

c. Asma campuran

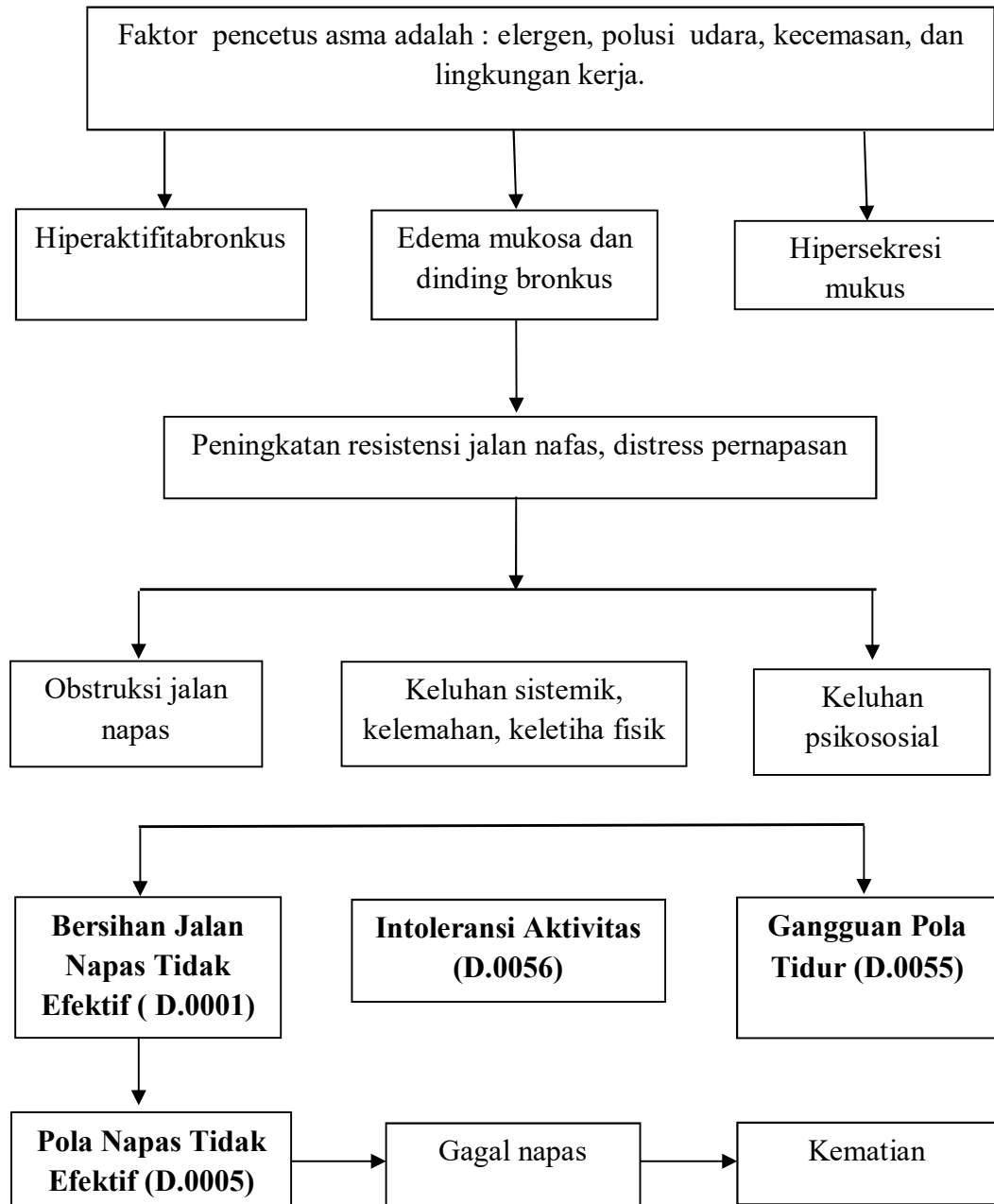
Asma yang terjadi karena adanya komponen intrinsik dan ekstrinsik.

3. Patofisiologi

Obstruksi pada klien asma dapat disebabkan oleh kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronkus yang menyempitkan jalan nafas, pembengkakan membrane yang melapisi bronkus dan pengisian bronkus dengan mukus yang kental, keterbatasan aliran udara disebabkan oleh berbagai perubahan jalan.

Bronkonstriksi pada asma, kejadian fisiologis yang dominan menyebabkan gejala klinis adalah penyempitan saluran nafas dan gangguan pada aliran udara. Pada eksaserbasi asma akut, kontraksi otot polos bronchial terjadi dengan cepat mempersempit jalan nafas sebagai respon terhadap paparan berbagai rangsangan alergen atau iritasi. Alergen akan menstimulasi pelepasan mediator IgE mencakup histami, tryptase, leukotrin, dan prostaglandin yang secara langsung mengendalikan otot polos jalan nafas.

Edema jalan nafas, terjadi karena proses peradangan berupa peningkatan permeabilitas, vascular, edema, akan mempersempit diameter bronkus dan membatasi aliran udara selain itu perubahan struktural termasuk hipertropi dan hiperplasia pada otot polos saluran nafas dapat berpengaruh. Hipersekresi mukus, sekresi mukus terjadi sebagai mekanisme fisiologis dari masuknya iritan. Pada asma pengeluaran mukus terjadi secara berlebihan sehingga semakin mengganggu bersihan jalan nafas (Puspasari, 2019).



Sumber: Puspasari (2019)

Gambar 2.1: Pathway Asma

4. Tanda dan Gejala Asma

Menurut Puspasari (2019) tanda dan gejala asma yang sering ditemukan adalah batuk (disertai lender atau tidak) biasanya terjadi batuk kering pada awalnya dan diikuti dengan batuk yang lebih kuat dengan produksi sputum yang berlebih, klien tampak gelisah terhadap suara tambahan (wheezing) sehingga mengakibatkan obstruksi jalan nafas yang memburuk yang dapat menimbulkan dispnea dan peningkatan tekanan nadi yang cepat, sesak nafas

(dispnea) yang lebih sering muncul pada malam hari dan pagi hari nafas dangkal dan berlebih.

5. Klasifikasi Asma

a. Asma episodik yang jarang

Biasanya terjadi pada anak usia 3-6 tahun, serangan umumnya dicetuskan oleh infeksi virus pada saluran nafas. Frekuensi serangan 3- 4 x/th. Lama serangan beberapa hari dapat langsung menjadi sembuh. Gejala menonjol pada malam hari dapat berlangsung 3-4 hari, sedangkan batuk 10-14 hari, serangan tidak ditemukankelainan.

b. Asma episodik jarang

Biasanya terjadi pada anak usia 3-6 tahun, serangan umumnya dicetuskan oleh infeksi virus pada saluran nafas. Frekuensi serangan 3- 4 x/th. Lama serangan beberapa hari dapat langsung menjadi sembuh. Gejala menonjol pada malam hari dapat berlangsung 3-4 hari, sedangkan batuk 10-14 hari, serangan tidak ditemukankelainan.

c. Asma kronik persisten

Serangan asma terjadi pada usia 6 bulan (25%), sebelum usia tahun (75%), pada usia 2 tahun pertama (50%) biasanya serangan episodik pada usia 5-6 tahun akan lebih jelas terjadi obstruksi jalan nafas yang persisten dan hampir selalu terdapat wheezing setiap hari. Pada malam hari sering terganggu oleh batuk dan waktu ke waktu serangan yang berat dan sering memerlukan perawatan rumah sakit.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Aritonang et al., (2020). Pemeriksaan diagnostik meliputi :

a. Pengukuran fungsi paru (Spirometri)

Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilator aerosol golongan adrenergik.

b. Tes provokasi bronkhus

Tes ini dilakukan pada spirometri internal.

c. Pemeriksaan kulit

Pemeriksaan kulit ini dilakukan untuk menunjukkan adanya antibody IgE hypersensitive yang spesifik dalam tubuh.

d. Pemeriksaan laboratorium

1). Analisa Gas Darah (AGD/Astrup)

Hanya dilakukan pada klien dengan serangan asma berat karena Terjadi hipoksemia, hiperksemia, dan asidosis respiratorik.

2). Sputum

Adanya badan kreola merupakan salah satu karakteristik untuk serangan asma yang berat

3). Sel eosinofil

Sel eosinofil pada klien asma mencapai 1000 – 1500/mm² dengan nilai sel eosinofil normal adalah 100 – 200/mm².

4). Pemeriksaan darah rutin dan kimia

Menunjukkan asma jika jumlah sel eosinofil yang lebih dari 15.000/mm² terjadi karena adanya infeksi. Serta nilai SGOT dan SGPT meningkat disebabkan hati akibat hipoksia atau hyperkapnea.

5) Pemeriksaan radiologi

Hasil pemeriksaan radiologi biasanya normal tetapi ini merupakan prosedur yang harus dilakukan dalam pemeriksaan diagnostic dengan tujuan tidak adanya kemungkinan penyakit patologi di paru serta komplikasi asma.

7. Penatalaksanaan Medis

a. Medis

Menurut Somantri (2012), penatalaksanaan asma meliputi :

- 1) Diagnosis status asmatikus, beberapa faktor yang harus diperhatikan yaitu saat serangan asma berlangsung, dan obat – obatan apa saja yang telah diberikan.
- 2) Pemberian obat bronkodilator
- 3) Penilaian terhadap perbaikan serangan
- 4) Pertimbangan terhadap pemberian kortikosteroid
- 5) Penatalaksanaan setelah serangan asma mereda yaitu : cari faktor – faktor penyebab asma kambuh, modifikasi pengobatan penunjang selanjutnya.

b. Keperawatan

1) Terapi komplementer rebusan air jahe dan madu

Obat tradisional adalah bahan atau ramuan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan galenik, atau campuran dari bahan-bahan tersebut, yang secara tradisional telah digunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman.

Jahe (*Zingiber officinale*) adalah tanaman rimpang yang sangat populer sebagai rempah-rempah dan bahan obat, rimpangnya berbentuk jemari yang menggembung diruas-ruas tengah, rasa dominan pedas disebabkan senyawa keton bernama zingeron. Madu adalah cairan yang menyerupai sirup, madu lebih kental dan manis dihasilkan oleh lebah dan serangga lainnya dari nektar bunga. Menurut Hafid Ma'ruf (2017) mengatakan bahwa rebusan jahe dan madu sangat bagus dikonsumsi oleh klien yang menderita asma karena mempunyai manfaat yaitu: Melonggarkan jalan napas, merangsang kerja pernapasan, mengurangi lender pada saluran pernapasan dan menormalkan kembali pernapasan yang terganggu.

8. Komplikasi

Menurut Puspasari (2019) asma yang tidak ditangani dengan baik dapat memiliki kualitas buruk pada diri seseorang. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan kelelahan, kinerja menurun, masalah psikologis termasuk stress, kecemasan, dan depresi. Pada kasus asma sejumlah komplikasi pernafasan serius, termasuk: pneumonia (infeksi paru-paru), kerusakan sebagian atau seluruh paru-paru, gagal nafas di mana kadar oksigen dalam darah menjadi sangat rendah, status asthmaticus (serangan asma berat yang tidak merespon pengobatan.)

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Menurut teori Abraham Maslow dalam Muazaroh & Subaidi, (2019).

Maslow membagi hierarki kebutuhan dalam lima tingkat dasar kebutuhan yaitu:



Sumber : Muazaroh & Subaidi (2019)

Gambar 2.2 : Segitiga Abraham Maslow

1. Kebutuhan fisik (Physiological Needs)

Kebutuhan fisik adalah yang paling mendasar dan paling mendominasi kebutuhan manusia. kebutuhan ini lebih bersifat biologis seperti oksigen, makanan, air dan sebagainya. Maslow menganggap kebutuhan fisik adalah yang utama melebihi apapun.

Kebutuhan oksigen termasuk ke dalam salah satu kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis. Pemenuhan kebutuhan oksigen ditujukan untuk menjaga kelangsungan sel di dalam tubuh, mempertahankan hidupnya, dan melakukan aktivitas berbagai organ dan sel.

2. Kebutuhan akan rasa aman (Safety Needs)

Setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi, manusia akan cenderung mencari rasa aman, bisa berupa kebutuhan akan perlindungan, kebebasan dari rasa takut, kekacauan dan sebagainya. Kebutuhan ini bertujuan untuk mengembangkan hidup manusia supaya menjadi lebih baik.

3. Kebutuhan akan kepemilikan dan cinta (The Belongingness and Love Needs)

Setelah kebutuhan fisik dan rasa aman terpenuhi, manusia akan cenderung mencari cinta orang lain supaya bisa dimengerti dan dipahami oleh orang lain. Jadi, Kebutuhan akan cinta tidak sama dengan kebutuhan akan seks. Sebaliknya, Maslow menegaskan, kebutuhan akan seks justru dikategorikan

sebagai kebutuhan fisik. Kebutuhan akan cinta ini menguatkan bahwa dalam hidup, manusia tidak bisa terlepas dari sesama.

4. Kebutuhan untuk dihargai (The Esteem Needs),

Setelah ketiga kebutuhan di atas terpenuhi, maka sudah menjadi naluri manusia untuk bisa dihargai oleh sesama bahkan masyarakat. Maslow mengklasifikasikan kebutuhan ini menjadi dua bagian yaitu, Pertama lebih mengarah pada harga diri. Kebutuhan ini dianggap kuat, mampu mencapai sesuatu yang memadai, memiliki keahlian tertentu menghadapi dunia, bebas dan mandiri. Sedangkan kebutuhan yang lainnya lebih pada sebuah penghargaan, yaitu keinginan untuk memiliki reputasi dan prestise tertentu (penghormatan atau penghargaan dari orang lain). Kebutuhan ini akan memiliki dampak secara psikologis berupa rasa percaya diri, bernilai, kuat dan sebagainya.

5. Kebutuhan aktualisasi diri (Self Actualization).

Kebutuhan inilah yang menjadi puncak tertinggi pencapaian manusia setelah kebutuhan-kebutuhan di atas terpenuhi. Pencapaian aktualisasi diri ini berdampak pada kondisi psikologi yang meninggi pula seperti perubahan persepsi, dan motivasi untuk selalu tumbuh dan berkembang.

Kasus asma yang dialami oleh klien kelolaan mengalami KDM yaitu gangguan kebutuhan oksigenasi, Menurut Aritonang et al., (2020) Oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling mendasar. Keberadaan oksigen merupakan salah satu komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme dan untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel – sel tubuh.

Gangguan kebutuhan oksigen pada pasien asma, yaitu proses inspirasi terjadi ketika adanya kontraksi yang minimal dari otot pernapasan yang mengakibatkan diafragma terdorong ke atas sehingga membutuhkan energi yang tinggi untuk mengangkat rongga dada dan pengembangan paru menjadi minimal hal tersebut menyebabkan oksigen (O₂) yang masuk ke paru – paru berkurang Muttaqin (2015), Andarmoyo (2016) menambahkan

gangguan atau masalah dari oksigenasi adalah hipoksia, perubahan pola napas, obstruksi jalan napas, dan pertukaran gas.

Adapun penanganan dari masalah kebutuhan oksigenasi yaitu latihan batuk efektif, pemberian oksigen, fisioterapi dada, dan penghisapan lendir, pada pasien asma yang kambuh jika tidak ditangani dengan cepat dan segera, serangan ini bisa menyebabkan kekurangan oksigen (Hipoksia) yang dapat berujung pada kematian pada penderitanya (Andarmoyo, 2016).

C. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu, pengkajian yang lengkap, akurat sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan sesuai dengan respon individu.

Menurut Muttaqin (2015), untuk bisa menegakkan diagnosis asma diperlukan beberapa bagian yaitu :

a. Anamnesis

Pengkajian mengenai nama, umur, jenis kelamin perlu dilakukan pada pasien penderita asma. Tempat tinggal bisa menggambarkan kondisi lingkungan tempat pasien berada. Berdasarkan data tersebut, dapat pula diketahui faktor yang memungkinkan menjadi pencetus serangan asma. Gangguan emosional dan status perkawinan bisa juga menjadi faktor pencetus serangan asma. Keluhan utama asma terdiri dari sesak napas, bernapas terasa berat di bagian dada, dan adanya keluhan sulit untuk bernapas.

b. Riwayat penyakit saat ini

Klien dengan serangan asma datang mencari pertolongan terutama dengan keluhan sesak napas hebat dan mendadak. Lalu diikuti dengan gejala lain seperti wheezing, penggunaan otot bantu pernapasan, kelelahan, dan perubahan tekanan darah. Serangan asma mendadak secara klinis dapat dibagi menjadi tiga tingkat. Tingkat pertama

ditandai dengan batuk – batuk berkala dan kering, pada stadium ini terjadi edema dan pembengkakan bronkhus. Tingkat kedua ditandai dengan batuk disertai mukus yang berbusa. Klien merasa sesak, berusaha bernapas dalam, ekspirasi memanjang disertai wheezing. Klien lebih suka duduk dengan tangan diletakkan pada pinggir tempat tidur, tampak pucat, gelisah, dan warna kulit mulai membiru. Tingkat tiga ditandai dengan hampir tidak terdengarnya suara napas karena aliran udara napas kecil, tidak ada batuk, pernapasan menjadi dangkal dan tidak teratur, irama pernapasan meningkat karena asfiksia.

c. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit yang pernah di derita di masalalu seperti adanya infeksi saluran pernapasan atas, sakit tenggorokan, amandel, sinusitis, dan polip hidung. Riwayat serangan asma, frekuensi, waktu, dan alergen yang dicurigai sebagai pencetus serangan, serta riwayat pengobatan yang dilakukan untuk dapat meringankan gejala – gejala asma.

d. Pengkajian Psiko – sosial

Kecemasan dan koping yang tidak efektif sering ditemukan pada pasien dengan asma. Status ekonomi pun juga bisa berdampak pada gangguan emosional yang berasal dari lingkungan sekitar dan kerja.

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Perlu juga mengkaji tentang kesadaran klien, kecemasan, denyut nadi, frekuensi pernapasan yang meningkat, tekanan darah, kegelisahan penggunaan otot – otot bantu pernapasan dan sianosis.

2) Inspeksi

Pada pasien asma bisa terlihat adanya usaha peningkatan dan frekuensi pernapasan, serta penggunaan otot bantu pernapasan. Inspeksi pada bagian dada terutama untuk melihat bentuk dan kesimetrisannya, irama pernapasan, dan frekuensi pernapasan.

3) Palpasi

Meraba bentuk dada apakah simetris atau tidak, dan memeriksajika terdapat nyeri tekan pada dada.

4) Perkusi

Didapatkan suara normal sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah.

5) Auskultasi

Terdapat suara vesikuler yang meningkat disertai dengan ekspirasi lebih dari 4 detik atau 3 kali inspirasi, dengan bunyi tambahan yaitu wheezing pada akhir ekspirasi.

f. Aktivitas

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

g. Pernafasan

Pada saat istirahat atau respons terhadap aktivitas atau latihan nafas memburuk terlentang ditempat tidur, menggunakan otot bantu pernafasan, misal: meninggikan bahu, melebarkan hidung, adanya bunyi nafas tambahan *mengi*, *wheezing*, adanya batuk berulang.

h. Sirkulasi

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

i. Integritas ego

Ansietas, peka rangsangan.

j. Asupan nutrisi

Ketidakmampuan untuk makan karena berat badan turun karena anoreksia.

k. Hubungan sosial

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

l. Seksualitas

Penurunan libido.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Tampubolon, 2020).

Diagnosa yang muncul pada pasien penderita asma yaitu :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Pola nafas tidak efektif
- c. Intoleransi aktivitas
- d. Gangguan pola tidur

Penulis memaparkan pengertian masing-masing dari diagnosa yang muncul pada penderita asma menurut PPNI (2018)

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Bersihan jalan napas adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Penyebabnya adalah spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, disfungsi neuromuskuler, benda asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan napas, proses infeksi, respon alergi, efek agen farmakologis (mis. anastesi). Diagnosa ini ditegakkan bila memenuhi minimal 80% dari tanda mayor, diantaranya : batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan atau/ ronkhi kering, mekonium di jalan napas (pada neonatus) dan tanda minor : dispnea, sulit bicara, ortopnea, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

- b. Pola napas tidak efektif

Pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Penyebabnya adalah depresi pusat

pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskular, gangguan neurologis, imaturitas neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan diafragma, cedera medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan. Diagnosa ini ditegakkan bila memenuhi 80% dari tanda mayor diantaranya : dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, dan tanda minor : pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks antero-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

c. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari. Beberapa penyebabnya yaitu : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton. Diagnosa ini ditegakkan bila memenuhi minimal 80% dari tanda mayor yaitu antara lain : mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat, dan tanda minor : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, tekanan darah berubah, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

d. Gangguan pola tidur

Gangguan pola tidur adalah gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang. Diagnosa ini ditegakkan bila memenuhi minimal 80% dari tanda mayor yaitu mengeluh sulit tidur, mengeluh tidur tidak puas, kemampuan beraktivitas menurun, dan tanda minor yaitu kemampuan beraktivitas menurun, kehitaman pada sekitar mata dan tampak mengantuk.

3. Rencana keperawatan

Menurut Setiadi (2012) dalam Rahma Julia & Simamora H Roymond, (2020), perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan - tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik. Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Rencana Keperawatan pada klien asma sesuai dengan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Klien Asma

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	4
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif	<p>Bersihan jalan nafas Kode :(L.01001) Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Batuk efektif meningkat b. Produksi sputum menurun c. Mengi menurun d. Wheezing menurun e. Meconium neonatus menurun f. Dyspnea menurun g. Orthopnea menurun h. Sulit bicara menurun i. Gelisah menurun j. Frekuensi nafas membaik k. Pola nafas membaik. 	<p>Manajemen jalan nafas Kode :(I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) b. Monitor bunyi nafas tambahan (<i>mengi, wheezing, ronchi</i>) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) d. Identifikasi kemampuan batuk e. Monitor input dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma servikal) b. Posisikan semi- Fowler atau Fowler c. Berikan minum hangat d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu e. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik f. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill h. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi b. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

1	2	3	4 20
2	Pola Nafas Tidak Efektif	Pola Napas Kode :(L.01004) Kriteria Hasil : a. Ventilasi semenit meningkat b. Kapasitas vital meningkat c. Diameter thoraks anterior-postellor meningkat d. Tekanan ekspirasi meningkat e. Tekanan inspirasi meningkat f. Dispnea menurun g. Penggunaan otot bantu napas menurun h. Pemanjangan fase ekspirasi menurun i. Ortopnea menurun j. Pernapasan pursed-tip menurun k. Pernapasan cuping hidung menurun l. Frekuensi nafas membaik m. Kedalaman napas membaik n. Ekskursi dada membaik	Manajemen jalan napas Kode :(I.01011) Observasi a. Monitor pola napas (Frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head tilt dan chin lift (jaw thrust jika curiga trauma servikal) b. Posisikan semi Fowler atau Fowler c. Berikan minum hangat d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu e. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik f. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill h. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi b. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3	Intoleransi aktivitas	Toleransi aktivitas Kode :(L.05047) Kriteria hasil : a. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat b. Kecepatan berjalan	Terapi aktivitas Kode : (I.05186) Observasi a. Identifikasi defisit tingkat aktivitas b. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas c. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas

1	2	3	4
		<p>Meningkat</p> <p>c. Jarak berjalan meningkat</p> <p>d. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</p> <p>e. Keluhan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>f. Toleransi menaiki tangga meningkat</p> <p>g. Keluhan lelah menurun</p> <p>h. Dispnea saat aktivitas menurun</p> <p>i. Dispnea setelah aktivitas menurun</p> <p>j. Aritmia saat aktivitas menurun</p> <p>k. Sianosis menurun</p> <p>l. Perasaan lemah menurun</p> <p>m. Frekuensi nadi membaik</p> <p>n. Warna kulit membaik</p> <p>o. Tekanan darah membaik</p> <p>p. Saturasi oksigen membaik</p> <p>q. Warna kulit membaik</p> <p>r. Frekuensi oksigen membaik</p> <p>s. EKG iskemia membaik</p>	<p>yang diinginkan</p> <p>d. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>e. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. Bekerja) dan waktu luang</p> <p>f. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas.</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</p> <p>b. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>c. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</p> <p>d. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>e. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>f. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>g. Fasilitasi pasien dengan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>h. Fasilitasi aktivitas rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</p> <p>i. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi atau gerak</p> <p>j. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>k. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</p> <p>l. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>m. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. Kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai</p> <p>n. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif terstruktur, dan aktif</p> <p>o. Tingkatkan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan</p>

1	2	3	4
			<p>kecemasan (mis. Vocal group, permainan sederhana, bola volly, tenis meja, jogging, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri dan teka teki dan kartu)</p> <p>p. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>q. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>r. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>s. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>t. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas.</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari, jika perlu</p> <p>b. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>c. Anjurkan cara melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual dan kognitif dalam menjaga fungsi kesehatan</p> <p>d. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>e. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p> <p>b. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu.</p>
4	Gangguan pola tidur	Pola tidur Kode :(L.05045) Kriteria hasil : a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun	Dukungan tidur Kode : (I.05174) Observasi a. Identifikasi aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/fisiologis)

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> c. Keluhan tidak puas tidur menurun c. Keluhan pola tidur berubah menurun d. Keluhan istirahat tidak cukup menurun e. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur malam, minum banyak air sebelum tidur) d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memodifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) b. Batasi waktu tidur siang, jika perlu c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur d. Tetapkan jadwal tidur e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan f. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur c. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur d. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur e. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM f. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis, psikologi, gaya hidup, sering berubah shift kerja) g. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan & strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Zebua, 2020).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai (Tampubolon, 2020).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan Keperawatan Keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif. Asuhan Keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Diagnosa Keperawatan Keluarga adalah diagnosa tunggal dengan penerapan Asuhan Keperawatan mengaplikasikan tujuan khusus dengan memodifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut:

- a. TUK 1 : Mampu mengenal masalah
Dominan capaian hasil : Pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

- b. 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 *caregiver* dan emosional.

- c. TUK 3 : Mampu merawat
Dominan capaian hasil : Kesehatan keluarga, yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan *caregiver*, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

- d. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan
Dominan capaian hasil : Kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang dimana dapat mengurangi faktor resiko.

- e. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan
Dominan capaian hasil : adalah pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu sumber sumber-sumber kesehatan.

Teori di atas sesuai dengan pernyataan Achjar (2014), menyatakan bahwa asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, tahap ini merupakan dasar dalam mengidentifikasi kebutuhan keperawatan klien. Pengkajian yang sistematis dengan pengumpulan data dan di evaluasi untuk mengetahui status kesehatan klien. Pengkajian yang akurat, sistematis dan kontinu akan membantu menentukan tahapan selanjutnya

dalam proses keperawatan (Olfah, 2016).Pengkajian yang harus dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga meliputi :

a. Data umum

1. Identitas pasien Berisi tentang identitas pasien 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 diagnosa penyakit, riwayat pengobat, riwayat perawatan gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan head to toe.
3. Data Kesehatan Keluarga Berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, ventilasi, bagaimana pencahayaan, kelembapan, lingkungan rumah, kebersihan rumah, kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana sarana MCK yang ada di lingkungan rumah.
4. Struktur keluarga Pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi dalam keluarga, sumber-sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.
5. Fungsi keluarga

Bagian ini mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga menurut Komang & Achjar (2012, Hal. 302) yaitu:

a) KMK mengenal masalah

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

b) KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat luasnya masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah

terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

f. KMK merawat keluarga yang sakit

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

g. KMK memelihara kesehatan/memodifikasi lingkungan

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

2) Prioritas Masalah

Skala prioritas diperoleh dari berbagai data yang telah didapatkan di depan, 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 memaparkan skala prioritas sebagai berikut:

Tabel 2.2 : Skala prioritas masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	Sifat masalah	Aktual Potensial Resiko	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah dapat diubah	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

Gambar 2.3 : Skoring skala prioritas

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

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

a. Kriteria sifat masalah

Kriteria ini berangkat dari tiga pokok, yaitu tidak/kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera. Tidak atau kurang sehat merupakan kondisi dimana anggota keluarga terserang suatu penyakit hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan berkembang atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan semestinya. Ancaman kesehatan merupakan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini berlaku dari penyakit yang ringan hingga paling berat, sumber dari penyakit ini biasanya dari yang dikonsumsi, pola hidup, dan gaya hidup sehari-hari.

b. Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada klien tingkat pasangan terdiri dari tiga bagian yaitu, mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah. Sebaiknya yang mudah terlebih dahulu ditangani dari pada yang lain.

c. Kriteria potensi pencegahan masalah

Potensi ini juga mengacu pada tingkatan yaitu, tinggi, cukup, rendah. Perbedaan 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.

d. Kriteria masalah menonjol

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

- 1) Masalah yang benar-benar ditangani
- 2) Ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani
- 3) Ada masalah tetapi tidak dirasakan

3) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap selanjutnya setelah proses pengkajian. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Olfah, 2016). Dalam penentuan diagnosa keperawatan keluarga meliputi 5 tugas pokok keluarga yaitu:

1. Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan.
2. Ketidakmampuan keluarga membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
3. Ketidakmampuan keluarga memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
5. Ketidakmampuan keluarga merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat.

4) Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul. Intervensi yang dilakukan dalam rencana keperawatan keluarga adalah menentukan sasaran, menentukan

tujuan atau objektif, menentukan pendekatan dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan, menentukan kriteria dan standar kriteria yang mengacu pada pengetahuan, sikap dan tindakan. Standar mengacu kepada lima tugas keluarga sedangkan kriteria mengacu kepada tiga hal yaitu pengetahuan (kognitif), sikap (afektif) dan tindakan (psikomotor) (Lucia Firsty & Mega Anjani Putri, 2021). Intervensi keperawatan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Menurut Wahyu Widagdo dan Siti Nur Kholifah (2016) perencanaan keperawatan adalah tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga yang berfokus pada tugas kesehatan keluarga yaitu

1. Keluarga mampu mengenal masalah
2. Keluarga mampu mengambil keputusan
3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit
4. Keluarga mampu memelihara kesehatan.
5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

5) Implementasi

Implementasi adalah rencana tindakan untuk mencapai sebuah tujuan yang sudah ditetapkan kegiatan ini juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon seseorang sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan serta menilai data yang akan datang. Ada 4 tahap pelaksanaan pajak implementasi yang pertama berfokus pada klien kedua berorientasi pada tujuan ketiga memperhatikan keamanan fisik dan psikologis klien keempat kompeten. Pengisian format dan tindakan keperawatan dibagi menjadi 3 yang pertama nomor diagnosa keperawatan yang kedua tanggal dan jam yang ketiga tindakan atau intervensi.

Menurut Wahyu Widagdo dan Siti Nur Kholifah (2016) Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan

perawat untuk membantu klien dan keluarga untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

6) Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur dari hasil proses keperawatan (Suarni dan Apriani, 2017). Tujuan dari evaluasi antara lain: untuk menentukan kesehatan dan perkembangan klien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan perawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan sebagai tanggung jawab dan tanggungugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Untuk mempermudah evaluasi/ memantau perkembangan pasien digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

S: Data subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien

O: Data objektif

Data hasil observasi perawat

A: Analisa

Merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi

P: Planning

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan sebelumnya tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan pada umumnya dihentikan.