

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERNAPASAN: ASMA BRONCHIALE DI BANGSAL
BOUGENVILLE III RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI**

NASKAH PUBLIKASI

**Diajukan Guna Melengkapi Tugas-Tugas dan Memenuhi
Syarat-Syarat Untuk Menyelesaikan Program
Pendidikan Diploma III Keperawatan**



Oleh

Nining Setiyowati
J200090070

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN DIII
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2012**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERNAPASAN: ASMA BRONCHIALE DI BANGSAL
BOUGENVILLE III RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI**

Nama :Nining Setiyowati
Nim :J200090070
Fakultas :Ilmu Kesehatan

ABSTRAK

Latar belakang : Penyakit saluran pernafasan merupakan penyebab kedua paling banyak, menyebabkan kematian. Setelah gangguan pembuluh darah. Di Indonesia prevalensi gejala penyakit asma melonjak dari sebesar 4,2 % menjadi 5,4% selama 20 tahun terakhir. Sedangkan prevalensi asma di Jawa Tengah sebesar 3,01%.

Tujuan : Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan asma bronchiale meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di dapatkan hasil pasien, bersihan jalan napas kembali efektif, pola napas kembali efektif, kualitas tidur meningkat nafsu makan juga bertambah.

Kesimpulan : Kerjasama antar tim kesehatan dan klien / keluarga sangat di perlukan unuk keberhasilan asuhan keperawatan pada klien, komunikasi terapeutik dapat mendorong pasien lebih kooperatif, latihan napas dalam dapat membuat pola nafas kembali efektif dan membuat klien lebih rileks dan merupakan tindakan yang efektif untuk klien asma.

Kata kunci : asma bronchiale, bersihan jalan nafas, pola nafas.

HALAMAN PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Dosen Penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan diterima untuk melengkapi tugas-tugas dan memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan.

Hari : Kamis

Tanggal : 26 Juli 2012

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

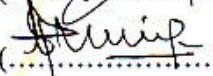
Nama Terang

Tanda Tangan

Penguji I : Vinami Yulian, S.Kep.,Ns

(.....)

Penguji II : Endang Zulaicha S., S.Kp

(.....)

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta



(Arif Widodo, A.Kep, M.Kes)

NIK. 630

Pendahuluan:

Departemen Kesehatan memperkirakan penyakit asma termasuk 10 besar penyebab kesakitan dan kematian di Rumah Sakit dan diperkirakan 10% dari 25 juta penduduk Indonesia menderita asma. Angka kejadian asma pada anak dan bayi sekitar 10-85% dan lebih tinggi dibandingkan dengan orang dewasa (10-45%). Pada anak, penyakit asma dapat mempengaruhi pertumbuhan, karena anak yang menderita penyakit asma sering mengalami kambuh sehingga dapat menurunkan prestasi di sekolah. Prevalensi asma di perkotaan umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan, karena pola hidup di kota besar meningkatkan resiko terjadinya asma. Di Indonesia prevalensi asma sebesar 3,32%, sedangkan di wilayah Jawa Tengah sebesar 3,01% (Oemiati Ratih, dkk. 2010)

Tujuan Penelitian: Dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien asma bronchiale secara komprehensif

Tinjauan Pustaka:.

A.Pengertian

Asma adalah penyakit jalan napas obstruksi intermitten reversibel dimana trakea dan bronchi berespon secara hiperaktif terhadap stimulasi tertentu. Asma dimanifestasikan dengan penyempitan jalan napas yang mengakibatkan dispneu, batuk dan mengi (Smeltzer, 2002).

B.Klasifikasi

Asma Alergik (Ekstrinsik), Asma Non Alergik / Idiopatik (Intrinsik), Asma Campuran (*Mixed Asthma*) .(Soemantri, 2008; Lawrence, 2002).

C. Etiologi

Faktor Predisposisi (genetik), Faktor presipitasi (Alergen, Infeksi Saluran Pernapasan, Stres, Olahraga, Obat-obatan, Polusi udara, Lingkungan kerja, dan Perubahan cuaca)

D. Patofisiologi

Obstruksi saluran napas pada asma merupakan kombinasi spasme otot bronkus, sumbatan mukus, edema dan inflamasi dinding bronkus. Obstruksi bertambah berat selama ekspirasi karena secara fisiologis saluran napas menyempit pada fase tersebut. Hal ini mengakibatkan udara distal tempat terjadinya obstruksi terjebak tidak diekspirasi. Selanjutnya terjadi peningkatan volume residu, kapasitas residu fungsional (KRF) dan pasien akan bernapas pada volume yang tinggi mendekati kapasitas total paru (KPT). Keadaan hiperflasi ini bertujuan agar saluran napas tetap terbuka dan pertukaran gas berjalan lancar. Untuk mempertahankan hiperinflasi ini diperlukan otot-otot bantu napas. Gangguan yang berupa obstruksi saluran napas dapat dinilai secara objektif dengan VEP (Volume Ekspirasi Paksa Detik Pertama) atau APE (Arus Puncak Ekspirasi) menggambarkan derajat hiperinflasi paru. Penyempitan saluran napas dapat terjadi baik pada saluran napas yang besar, sedang, maupun kecil. Gejala mengi menandakan ada penyempitan di saluran napas besar, sedangkan pada saluran napas yang kecil, gejala batuk dan sesak lebih dominan dibanding mengi.

E. Tanda Dan Gejala

Batuk, Mengi (*wheezing*), Dispnea dan rasa sesak di dada, Takipnea dan takikardia, Pulsus paradoksus, Hipoksemia, Hiperkapnia dan asidosis respiratorik, Kelainan obstruktif pada uji fungsi paru, Hiperresponsivitas bronkus (McPhee, 2011; Ganong, 2011).

F. Komplikasi

Komplikasi asma meliputi status asmatikus, hipoksemia, pneumothoraks, emfisema, deformitas thoraks, gagal napas (Lawrence, 2002; Sundaru, 2007).

G. Pemeriksaan Penunjang

Pengukuran fungsi paru (spirometri), Uji provokasi bronkus, Pemeriksaan sputum, Pemeriksaan eosinofil total, Uji kulit, Pemeriksaan kadar IgE Total dan IgE spesifik dalam sputum, Foto dada, Analisis Gas Darah. (Sundaru, 2007; Muttaqin, 2008).

Hasil Penelitian:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme dan peningkatan produksi sekret

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas (NANDA, 2011)

Batasan Karakteristik: ada batuk, suara napas tambahan, perubahan frekuensi napas, perubahan irama napas, sianosis, kesulitan berbicara/ mengeluarkan suara, penurunan bunyi napas, dispnea, sputum dalam jumlah yang berlebihan, batuk yang tidak efektif, gelisah (NANDA, 2011).

Diagnosa ini penulis tegakkan sebab ditemukan data subjektif: pasien mengatakan sesak napas dan batuk berdahak sulit dikeluarkan, objektif: pasien tampak sesak napas, batuk berdahak dengan warna putih kekuningan sekret kental. Suara paru wheezing dan ronchi basah. Kemudian di dalam

pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 110/70 mmHg, perubahan frekuensi 28 x/menit, nadi 88x/menit, suhu 38°C. Sejalan dengan batasan karakteristik di NANDA (2011).

Penulis menegakkan diagnosa bersihan jalan sebagai diagnosa pertama karena menurut Maslow (1970) dalam *fundamental keperawatan* (2010) kebutuhan dasar manusia yang paling dasar adalah kebutuhan fisiologis oksigenasi (Potter & Perry, 2010).

Pada kasus, penulis menemukan bahwa hasil pengkajian yang didapatkan tanda dan gejala sesuai dengan batasan karakteristik menurut NANDA (2011). Selain itu, berdasarkan pathway terjadinya obstruksi sehubungan dengan produksi sekret yang meningkat pada saluran pernapasan. Meningkatnya sekret tanpa disertai dengan kemampuan klien dalam batuk efektif membuat sekret yang berkumpul tidak dapat keluar sehingga mempengaruhi bersihan jalan nafas (Sundaru, 2007).

Kemudian penulis menyusun intervensi berdasarkan data-data di atas. Menurut Doenges (2005) intervensi yang tepat untuk bersihan jalan napas adalah auskultasi bunyi napas catat adanya bunyi nafas tambahan, kekentalan dan jumlah sputum, atur posisi semi fowler, bantu pasien latihan nafas dalam, ajarkan cara batuk efektif, lakukan fisioterapi dada dengan teknik postural drainase perkusi dan fibrasi dada, kolaborasi pemberian obat, Nebulizer (via inhalasi), intravena dengan golongan theophyline ethilenodiaminie (aminopilin).

Implementasi yang dilakukan penulis adalah mengauskultasikan bunyi, nafas, mencatat adanya bunyi nafas tambahan, mengkaji warna, kekentalan dan jumlah sputum, mengatur posisi pasien semi fowler, memberikan nebulizer ventolin 2,5 mg dan methylprednisolone 125 mg, melakukan fisioterapi dada dengan teknik perkusi dan fibrasi dada, mengajarkan cara batuk efektif. Dalam pelaksanaannya tidak semua intervensi bisa dilakukan, seperti melakukan fisioterapi dada dengan postural drainase karena pasien menolak dan kondisinya tidak memungkinkan dilakukan tindakan tersebut. Faktor pendukung adalah pasien dan keluarga kooperatif saat penulis melakukan intervensi, mudah dilakukan sehingga bisa lebih mempercepat proses penyembuhan pasien dan intervensi di atas dirasa tepat guna untuk pasien. Faktor penghambat adalah penulis tidak sepenuhnya bisa mengawasi dan melakukan intervensi di atas selama 24 jam penuh.

Menurut Wilkinson (2007) masalah bersihan jalan napas teratasi jika sesak napas berkurang/tidak sesak napas, batuk berkurang/hilang, dapat mendemonstrasikan batuk efektif, tidak ada suara nafas tambahan dan wheezing berkurang, ronkhi berkurang, pernapasan normal (18-24 x/ menit). Dari hasil evaluasi penulis selama 2 x 24 jam, pasien mengatakan batuk bisa keluar dahak dan pasien tampak batuk berdahak, putih kekuning-kuningan sekret kental, wheezing tidak ada dan ronkhi basah tidak ada, frekuensi pernapasan 24x/menit, dari data-data tersebut didapatkan hasil masalah bersihan jalan napas teratasi, dan intervensi dihentikan. Dari implementasi

penulis menganalisa intervensi yang efektif untuk bersihkan jalan napas adalah inhalasi via nebulizer, yang kurang efektif fisioterapi dada dengan postural drainase.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

Pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat (NANDA, 2011).

Batasan karakteristik: perubahan kedalaman pernapasan, perubahan ekskursi dada, melakukan posisi tiga titik, bradipnea, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan tekanan inspirasi, penurunan ventilasi semenit, penurunan kapasitas vital, dispnea, peningkatan diameter anterior posterior, pernapasan cuping hidung, ortopnea, fase ekspirasi memanjang, takipnea, penggunaan otot aksesorius untuk bernapas (NANDA, 2011).

Diagnosa ini penulis tegakkan sebab ditemukan data subjektif: pasien mengatakan sesak napas dan pasien tampak sesak napas dan berdasarkan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, pernapasan 28 x/menit, nadi 88 x/menit, suhu 36,8°C, auskultasi paru didapatkan hasil bunyi wheezing dan ronkhi basah dengan ekspirasi memanjang. Hal itu sejalan dengan batasan karakteristik dalam teori.

Penulis menegakkan diagnosa ini sebagai diagnosa kedua karena menurut Maslow (1970) dalam *fundamental keperawatan (2010)* kebutuhan dasar manusia yang paling penting adalah oksigen. pola napas yang tidak

efektif mengganggu pertukaran oksigen yang masuk dan keluar ke dalam paru-paru (Potter & Perry, 2010)

Pada kasus, penulis menemukan bahwa hasil pengkajian yang didapatkan tanda dan gejala sesuai dengan batasan karakteristik menurut NANDA (2011). Berdasarkan pathway terjadinya obstruksi. Saluran pernapasan sehubungan udara distal yang terjebak sehingga tidak ada pergerakan udara keluar dan ke dalam sehingga terjadi penurunan ekspansi paru. Penurunan ekspansi paru tanpa disertai dengan kemampuan klien nafas dalam membuat frekuensi pernapasan tidak normal yang menyebabkan pola nafas tidak efektif (Sundaru, 2007).

Kemudian penulis menyusun intervensi berdasarkan data-data di atas. Menurut Doengoes (2005) intervensi yang tepat untuk pola napas adalah kaji frekuensi ke dalaman pernapasan dan ekspansi dada, auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas seperti crackels, mengi, ronkhi, atur posisi semi fowler, observasi pola batuk dan karakter sekret, bantu pasien nafas dalam, ajarkan cara batuk efektif, kolaborasi (berikan oksigen tambahan, berikan humidifikasi tambahan misalnya nebulizer).

Implementasi yang dilakukan penulis adalah mengauskultasikan bunyi, nafas, mencatat adanya bunyi nafas tambahan, mengobservasi pola batuk dan karakter sekret, membantu pasien nafas dalam, mengajarkan cara batuk efektif, memberikan nebulizer ventolin 2,5 mg, mengatur posisi pasien

semi fowler, memberikan oksigen tambahan O₂ sebanyak 2 liter, mengkaji warna, kekentalan dan jumlah sputum. Dalam pelaksanaannya semua tindakan telah dilakukan oleh penulis. Faktor pendukung adalah pasien dan keluarga kooperatif saat penulis melakukan intervensi, mudah dilakukan sehingga bisa lebih mempercepat proses penyembuhan pasien dan intervensi di atas dirasa tepat guna untuk pasien. Faktor penghambat adalah penulis tidak sepenuhnya bisa mengawasi dan melakukan intervensi di atas selama 24 jam penuh.

Menurut Wilkinson (2007) masalah pola napas teratasi jika pola napas efektif, Rr 18 – 24 x/menit, suara napas normal dan bersih,TTV dalam batas normal (TD = 120/80 mmHg, N = 80x/menit S = 36-37°C, Rr = 18-24 x/menit. Dari hasil evaluasi penulis selama 2 x 24 jam, pasien mengatakan sudah lega, tidak sesak napas ditandai dengan frekuensi napas 24x/menit, bukti wheezing tidak ada, ronkhi basah tidak ada, dari data-data tersebut didapatkan hasil masalah pola napas teratasi, intervensi dipertahankan. Dari implementasi penulis menganalisa intervensi yang efektif untuk pola napas tidak efektif adalah inhalasi via nebulizer,yang kurang efektif adalah posisi semifowler.

3. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan faktor lingkungan (bising)

Gangguan istirahat tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (NANDA, 2011).

Batasan karakteristik adalah perubahan pola tidur normal, keluhan verbal merasa kurang istirahat, kurang puas tidur, penurunan kemampuan fungsi, melaporkan sering terjaga, melaporkan tidak mengalami kesulitan jatuh tidur (NANDA, 2011).

Diagnosa ini penulis tegakkan sebab ditemukan data subjektif: pasien mengatakan tidak bisa tidur malam, objektif: pasien tampak lelah, mata merah, bengkak, konjungtiva anemis, tidur malam \pm 3 jam, dan tidur siang \pm 1 jam. Dan dari data tersebut didapatkan diagnosa yang tidak ada di teori, tetapi muncul di kasus. Lingkungan yang tidak mendukung seperti ramai, banyak pengunjung, mengganggu kenyamanan pasien sehingga mempengaruhi pasien dalam istirahat tidur .

Penulis menegakkan diagnosa ini sebagai diagnosa ketiga karena menurut Maslow (1970) *dalam fundamental keperawatan(2010)* kebutuhan istirahat tidur adalah kebutuhan dasar fisiologis manusia yang paling dasar. Istirahat tidur yang cukup membantu mempercepat kesembuhan pasien.

Pada kasus, penulis menemukan bahwa hasil pengkajian yang didapatkan tanda dan gejala sesuai dengan batasan karakteristik menurut NANDA (2011). Kemudian penulis menyusun intervensi berdasarkan data-data di atas. Menurut Doengoes intervensi yang tepat untuk masalah istirahat tidur adalah kaji kebiasaan pasien sebelum tidur, ciptakan lingkungan yang

tenang, anjurkan pasien bersikap rileks, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi.

Implementasi yang dilakukan penulis adalah mengkaji kebiasaan pasien sebelum tidur, menganjurkan pasien bersikap rileks, menciptakan lingkungan yang tenang, membatasi jumlah pengunjung. Faktor pendukungnya adalah pasien keluarga kooperatif saat penulis melakukan intervensi. Faktor penghambat adalah lingkungan rumah sakit yang ramai serta banyak pengunjung.

Menurut Wilkinson (2007) masalah istirahat tidur dapat teratasi jika pasien tampak segar, mata tidak merah, tidak bengkak, pasien dapat tidur \pm 7-8 jam. Dan dari hasil evaluasi penulis, masalah istirahat tidur hanya dapat teratasi sebagian dalam waktu 3 x 24 jam. Hal ini dikarenakan faktor lingkungan rumah sakit yang tidak mendukung. Terbukti dengan pasien mengatakan lebih rileks bisa tidur selama \pm 5 jam, pasien tampak lebih segar, mata tidak bengkak dan tidak merah. Dari implementasi penulis menganalisa intervensi yang efektif untuk gangguan istirahat tidur adalah anjurkan bersikap rileks, yang kurang efektif adalah ciptakan lingkungan tenang.

Simpulan dan Saran:

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari dan melakukan pengkajian baik secara teoritis maupun tinjauan kasus didapatkan hasil data.

1. Pengkajian dilakukan dengan dua metode berpola dan *head to toe* yang mendukung untuk ditegakkan diagnosa.
2. Diagnosa menurut NANDA (2011) terdiri dari lima diagnosa. Setelah dilakukan pengkajian keperawatan dan analisa kasus muncul empat diagnosa pada klien. Satu diagnosa tidak terdapat di teori tetapi terdapat di kasus adalah gangguan istirahat tidur.
3. Intervensi yang muncul dalam teori Doengoes (2003) tidak sepenuhnya dijadikan intervensi oleh penulis pada pengelolaan klien karena situasi dan kondisi klien serta situasi dan kondisi kebijakan dari institusi rumah sakit.

Pada implementasi keperawatan didapatkan gambaran bahwa yang paling penting dalam penanganan pasien asma adalah memaksimalkan dan menggerakkan perawat dalam memberikan implementasi yang sesuai dengan keadaan dan hasil pemeriksaan penunjang yang bertujuan mencegah komplikasi.

4. Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil, masalah teratasi pada diagnosa bersihan jalan napas berhubungan dengan bronkospasme, peningkatan produksi sekret, pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Masalah teratasi sebagian pada diagnosa gangguan istirahat tidur berhubungan dengan faktor lingkungan (bising), nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.

5. Pada evaluasi keperawatan didapatkan hasil bahwa dibutuhkan waktu yang cukup lama untuk memantau perkembangan kondisi klien, mengingat faktor pencetus asma yang sulit untuk dicegah dan dirubah, dan pasien asma perlu penanganan segera untuk menghindari komplikasi lanjutan.

A. Saran

Sehubungan dengan hal di atas maka penulis menyampaikan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien

Hendaknya pasien dengan gangguan asma bronkhiale dapat mencegah atau menghindari faktor yang dapat menimbulkan asma dan melibatkan keluarga dalam menciptakan yang minimal yang dapat mencetuskan asma.

2. Bagi perawat

- a. Agar meningkatkan mutu kualitas asuhan keperawatan (aspek pengkajian sampai evaluasi)
- b. Kolaborasi antara tenaga kesehatan lain lebih ditingkatkan.

3. Bagi rumah sakit

Lebih meningkatkan sistem pemberian pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Firshein, Richard, N. 2010. *Langkah Revolusioner Sembuh Dari Asma* Penerjemah Ali Akbar. Yogyakarta: B-First.
- Ikawati, Zullies. 2011. *Penyakit Sistem Pernapasan dan Tatalaksana Terapinya*. Yogyakarta: Bursa Ilmu

- Lawrence, M, dkk. 2003. *Diagnosis dan Terapi Kedokteran* Penerjemah Abdul Gofir, dkk. Jakarta: EGC.
- Martin, Susan, dkk. 2007. *Standar Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Mc. Phee dan Ganong. 2010. *Patofisiologi Penyakit*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Pernapasan* . Jakarta: Salemba Medika
- Nanda International. 2011. *Diagnosis Keperawatan Defnisi dan Klasifikasi 2009-2011*. Jakarta: EGC.
- Nilawati. 2009. *Asuhan Keperawatan Asma Bronkhial*. <http://httpyasirblogspot.com/2009/01/asuhan-keperawatan-asma-bronkhial.html>. Selasa 15 Mei 2010 pukul 20.30 WIB
- Nurseid.2010. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Asma*. <http://www.nurseid.co.cc/2010/04/asuhan-keperawatan-pada-klien-dengan-16.html>. Selasa 15 Mei 2010 pukul 20.10 WIB
- Oemiati, Ratih, Sihombing, dan Qomariah. 2010. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penyakit Asma di Indonesia. <http://jurnalpdii.lipi.go.id/admin/jurnal/201104149-0853-9987.pdf>. Diakses 16 Juni 2012, jam 19.05 WIB
- Plottel, Claudia, S. 2010. *Seratus Tanya Jawab Mengenai Asma* Edisi ke-2. Jakarta: Indeks
- Robbins, dkk.2007.*Keperawatan Penyakit Asma*. Pionir:Jakarta
- Rubensten D dan Wayne D. 2008. *Lecture Notes Kedokteran Klinis* Penerjemah Anisa Rahmalia. Edisi ke-6. Jakarta: Erlangga.
- Smeltzer, Suzanne, C. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Vol. 1. Jakarta: EGC.