

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Asma**

##### **1. Definisi**

Asma merupakan gangguan inflamasi kronik pada saluran napas yang melibatkan banyak sel-sel inflamasi seperti *eosinofil*, sel *mast*, *leukotrin* dan lain-lain. Inflamasi kronik ini berhubungan dengan hiper responsif jalan napas yang menimbulkan episode berulang dari mengi (*wheezing*), sesak napas, dada terasa berat dan batuk terutama pada malam dan pagi dini hari, kejadian ini biasanya ditandai dengan obstruksi jalan napas yang bersifat *reversible* baik secara spontan atau dengan pengobatan (Wijaya and Toyib, 2018).

Asma bronkhial adalah jenis penyakit jangka panjang atau kronis pada saluran pernapasan yang ditandai dengan peradangan dan penyempitan saluran napas yang menimbulkan sesak atau sulit bernapas, selain sulit bernapas penderita asma juga bisa mengalami gejala lain seperti nyeri dada, batuk-batuk, dan mengi. Asma bisa diderita semua golongan usia baik muda maupun tua (Astuti and Darliana, 2018).

Asma adalah suatu keadaan dimana saluran napas mengalami penyempitan karena hipersensivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat berulang dan di antara episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal. Penderita asma bronkial, hipersensitif dan hiperaktif terhadap rangsangan dari luar, seperti debu rumah, bulu binatang, asap, dan bahan lain penyebab alergi.

Gejala kemunculan sangat mendadak, sehingga gangguan asma bisa datang secara tiba-tiba jika tidak dapat mendapatkan pertolongan secepatnya, resiko kematian bisa datang. Gangguan asma bronkial juga bisa muncul lantaran adanya radang yang mengakibatkan penyempitan saluran pernapasan bagian bawah. Penyempitan ini akibat berkerutnya otot polos saluran pernapasan, pembengkakan selaput lendir, dan pembentukan timbunan lendir yang berlebihan (Purwanto, 2016).

## 2. Penyebab asma

Penyebab awal terjadinya inflamasi saluran pernapasan pada penderita asma belum diketahui mekanismenya. (Putra, Arafat and Syam, 2020) Faktor pencetus yang dapat menimbulkan serangan asma bronkial adalah :

### a. Faktor Presipitasi :

#### 1) *Allergen*

*Allergen* adalah zat-zat tertentu yang bila dihisap atau dimakan dapat menimbulkan serangan asma, misalnya debu rumah, tungai debu rumah (*dermatophagoides pteronissynus*), spora jamur, bulu kucing, bulu binatang, beberapa makanan laut, dan sebagainya.

#### 2) Infeksi saluran pernapasan

Infeksi saluran pernapasan terutama disebabkan oleh virus. Virus *influenza* merupakan salah satu faktor pencetus yang paling sering menimbulkan asma bronkiale. Diperkirakan, dua pertiga penderita asma dewasa, serangan asmanya ditimbulkan oleh saluran pernapasan.

### 3) Tekanan jiwa

Tekanan jiwa bukan penyebab asma tetapi pencetus asma, karena banyak orang yang mendapat tekanan jiwa tetapi tidak menjadi penderita asma bronkial. Faktor ini berperan mencetuskan serangan asma terutama pada orang yang agak labil kepribadiannya. Hal ini lebih menonjol pada wanita dan anak-anak.

### 4) Olahraga atau kegiatan jasmani yang berat

Sebagian penderita asma bronkial akan mendapatkan serangan asma bila melakukan olahraga atau aktivitas fisik yang berlebihan. Lari cepat dan bersepeda adalah dua jenis kegiatan paling mudah menimbulkan serangan asma.

### 5) Obat-obatan

Beberapa klien dengan asma bronkial sensitive atau alergi terhadap obat tertentu seperti penisillin salisilat, beta *blocker*, kodein, dan sebagainya.

### 6) Polusi udara

Klien asma sangat peka terhadap udara berdebu, asap pabrik atau kendaraan, asap rokok, asap yang mengandung basil pembakaran dan aksida foto kemikal, serta bau yang tajam.

### 7) Lingkungan kerja

Lingkungan kerja diperkirakan merupakan faktor pencetus yang menyumbang 2-15% klien dengan asma bronkial (Qomar, 2018).

#### b. Faktor predisposisi (genetik)

Dimana yang diturunkan adalah bakat alerginya, meskipun belum diketahui bagaimana cara penurunannya yang jelas. Penderita dengan penyakit alergi biasanya mempunyai keluarga dekat juga menderita penyakit alergi. Adanya bakat alergi ini, penderita sangat mudah terkena penyakit asma bronkial jika terpapar

dengan faktor pencetus. Selain itu hipersensitifitas saluran pernapasan juga bisa diturunkan (Haris, Julhana and Nadira, 2018).

### 3. Patofisiologi asma

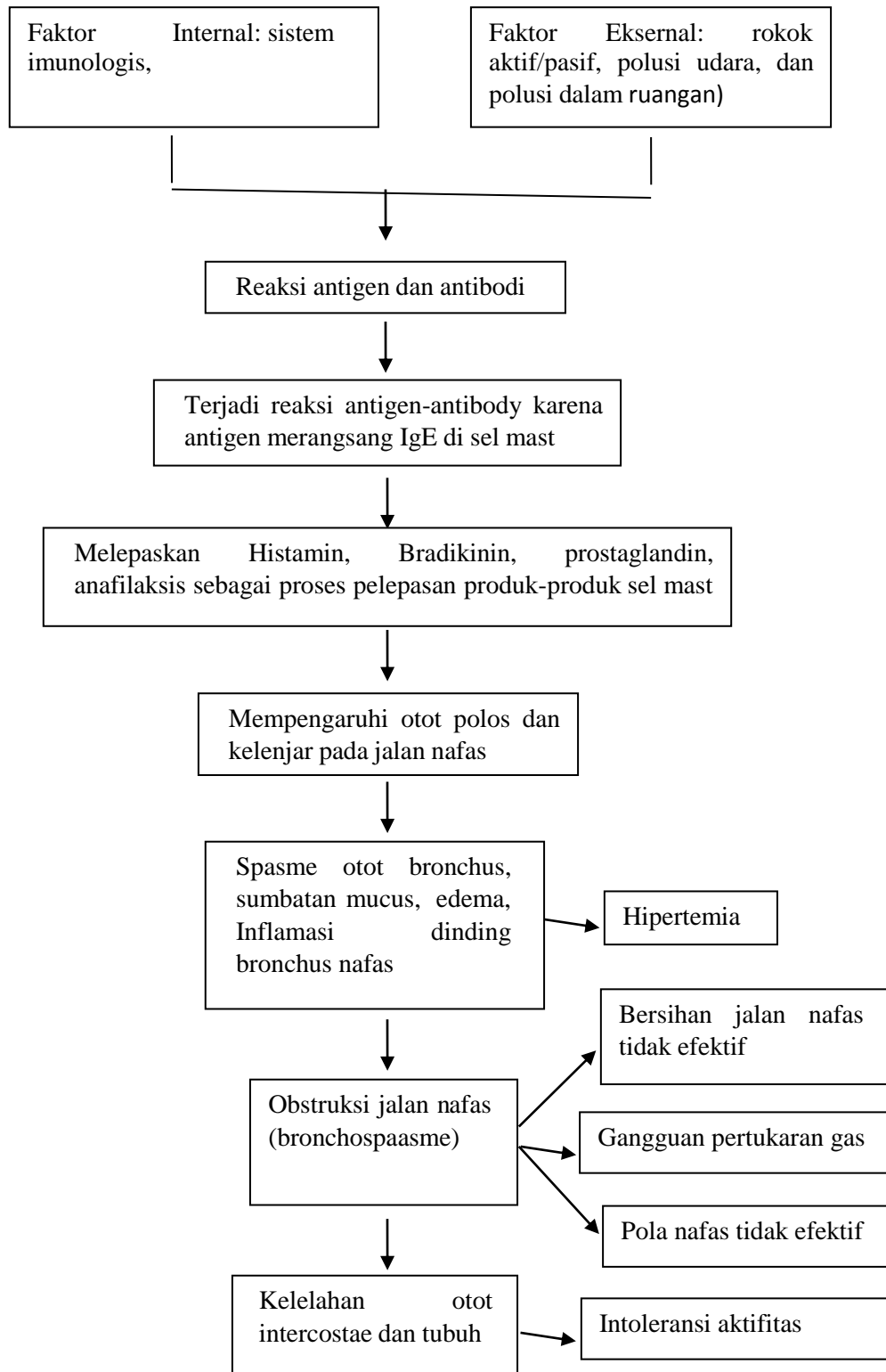
Asma akibat alergi bergantung kepada respon IgE yang dikendalikan oleh limfosit T dan B. Asma diaktifkan oleh interaksi antara antigen dengan molekul IgE yang berikatan dengan sel *mast*. Sebagian besar alergen yang menimbulkan asma bersifat airborne. Alergen tersebut harus tersedia dalam jumlah banyak dalam periode waktu tertentu agar mampu menimbulkan gejala asma. Namun, pada lain kasus terdapat pasien yang sangat responsif, sehingga sejumlah kecil alergen masuk ke dalam tubuh sudah dapat mengakibatkan eksaserbasi penyakit yang jelas (Klau, 2015).

Obat yang sering berhubungan dengan induksi fase akut asma adalah aspirin, bahan pewarna seperti tartazin, antagonis beta-adrenergik dan bahan sulfat. Sindrom khusus pada sistem pernapasan yang sensitif terhadap aspirin terjadi pada orang dewasa, namun dapat pula dilihat dari masa kanak-kanak. Masalah ini biasanya berawal dari *rhinitis vasomotor perennial* lalu menjadi *rhinosinusitis hiperplastik* dengan polip nasal akhirnya diikuti oleh munculnya asma progresif. Pasien yang sensitif terhadap aspirin dapat dikurangi gejalanya dengan pemberian obat setiap hari. Setelah pasien yang sensitif terhadap aspirin dapat dikurangi gejalanya dengan pemberian obat setiap hari. Setelah menjalani bentuk terapi ini, toleransi silang akan terbentuk terhadap agen anti inflamasi nonsteroid. Mekanisme terjadinya bronkospasme oleh aspirin ataupun obat lainnya belum diketahui, tetapi mungkin berkaitan dengan pembentukan *leukotrien* yang diinduksi secara khusus oleh aspirin (Klau, 2015).

*Antagonis delta-agrenergik* merupakan hal yang biasanya menyebabkan obstruksi jalan napas pada pasien asma, demikian juga dengan pasien lain dengan peningkatan reaktifitas jalan napas. Oleh karena itu, antagonis *beta-agrenergik* harus dihindarkan oleh pasien tersebut. Senyawa sulfat yang secara luas digunakan sebagai agen sanitasi dan pengawet dalam industri makanan dan farmasi juga dapat menimbulkan obstruksi jalan napas akut pada pasien yang sensitif. Senyawa sulfat tersebut adalah kalium metabisulfit, kalium dan natrium bisulfit, natrium sulfit dan sulfat klorida. Pada umumnya tubuh akan terpapar setelah menelan makanan atau cairan yang mengandung senyawa tersebut seperti salad, buah segar, kentang, kerang dan anggur (Purwanto, 2016).

Faktor penyebab yang telah disebutkan di atas ditambah dengan sebab internal pasien akan mengakibatkan reaksi antigen dan antibodi. Reaksi tersebut mengakibatkan dikeluarkannya substansi pereda alergi yang merupakan mekanisme tubuh dalam menghadapi serangan, yaitu dikeluarkannya histamin, bradikinin, dan anafilatoksin. Sekresi zat-zat tersebut menimbulkan gejala seperti berkontraksinya otot polos, peningkatan permeabilitas kapiler, dan peningkatan sekresi mukus (Fitrianda, 2016).

### Pohon masalah



**Gambar 1. Pohon masalah**

#### 4. Klasifikasi asma

##### a. Asma bronkiale

Penderita asma bronkiale, hipersensitif dan hiperaktif terhadap rangsangan dari luar, seperti debu rumah, bulu binatang, asap, dan bahan lain penyebab alergi. Gejala kemunculannya sangat mendadak, sehingga gangguan asma bisa datang secara tiba-tiba. Gangguan asma bronkiale bisa muncul karena adanya radang yang mengakibatkan penyempitan saluran pernapasan bagian bawah. Penyempitan ini akibat berkerutnya otot polos saluran pernapasan, pembengkakan selaput lendir, dan pembentukan timbunan lendir yang berlebihan (Fitrianda, 2016).

##### b. Asma kardial

Asma yang timbul akibat adanya kelainan jantung. Gejala asma kardial biasanya terjadi pada malam hari, disertai sesak napas yang hebat. Kejadian ini disebut *nocturnal paroxymul dyspnea*. Biasanya terjadi pada saat penderita tertidur (Fitrianda, 2016).

#### 5. Tanda dan gejala asma

Tanda dan gejala yang muncul yaitu *hipoventilasi*, *dyspnea*, *wheezing*, pusing-pusing, sakit kepala, mual, peningkatan napas pendek, kecemasan, diaphoresis, dan kelelahan. *Hiperventilasi* adalah salah satu gejala awal dari asma. Kemudian sesak napas parah dengan ekspirasi memanjang disertai *wheezing* (diapiks dan hilus). Gejala utama yang sering muncul adalah *dyspnea*, batuk dan mengi. Mengi sering dianggap sebagai salah satu gejala yang harus ada bila serangan asma muncul (Putri, 2018).

6. Pemeriksaan penunjang asma
  - a. Spirometri, digunakan untuk mengkaji jumlah udara yang diinspirasi.
  - b. Uji provokasi bronkus.
  - c. Pemeriksaan sputum.
  - d. Pemeriksaan *cosinofit* total.
  - e. Pemeriksaan tes kulit, dilakukan untuk mencari faktor alergi dengan berbagai *allergen* yang dapat menimbulkan reaksi yang positif pada asma.
  - f. Pemeriksaan kadar IgE total dan IgE spesifik dalam sputum.
  - g. Foto thorak untuk mengetahui adanya pembengkakan, adanya penyempitan bronkus dan adanya sumbatan.
  - h. Analisa gas darah, digunakan untuk mengetahui status kardiopulmoner yang berhubungan dengan oksigenasi
7. Penatalaksanaan asma
  - a. Oksigen 4-6 liter/menit.
  - b. Pemenuhan hidrasi via infus.
  - c. Terbutalin 0,25 mg/6 jam secara subkutan (SC).
  - d. Bronkodilator/antibronkospasme dengan cara *nebulizer* (via inhalasi) dengan golongan terbutaline 0,25 mg (bricasma), fenoterol HBr 0,1 % solution (berotec), orciprenaline sulfur 0,75 mg (Allupent).
  - e. Intravena dengan golongan theophylline ethylenediamine (aminophillin) bolus IV 5-6 mg/ kg BB.
  - f. Peroral dengan aminofillin 3x150 mg tablet, agonis B2 (salbutamol 5 mg atau fenoterol 2,5 mg atau terbutaline 10 mg).



- g. Antiedema mukosa dan dinding bronkus dengan golongan kortikosteroid, deksamethasone 4 mg IV setiap 8 jam.
- h. Mukolitik dan ekspektoran yaitu dengan bronhexime HCL 8 mg per oral 3x1. *nebulizer* (via inhalsi) dengan golongan bronhexime HCL 8 mg dicampur dengan aquades steril (Putri, 2018) .

## **B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif Pada Pasien Dengan Asma Bronkiale**

### 1. Pengertian pola napas tidak efektif

Pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

### 2. Faktor penyebab pola napas tidak efektif

Penyebab terjadinya pola napas tidak efektif antara lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

- a. Depresi pusat pernapasan.
- b. Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan).
- c. Defornitas dinding dada.
- d. Defornitas tulang dada.
- e. Gangguan neuromuskular.
- f. Gangguan neurologis (mis. Elektroensefalogram (EEG) positif, cedera kepala gangguan kejang).
- g. Maturitas neurologis.
- h. Penurunan energi.
- i. Obesitas.
- j. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.

- k. Sindrom *hipoventilasi*.
- l. Kerusakan inervasi diafragma.
- m. Cedera pada medula spinalis.
- n. Efek agen farmakologis.
- o. Kecemasan.

3. Data mayor dan minor pola napas tidak efektif

Pola napas tidak efektif terdiri dari gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda gejala minor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

a. Gejala dan tanda mayor

- 1) Subjektif : *dispnea*.
- 2) Objektif : penggunaan otot bantu jalan pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (misalnya *takipnea*, *bradipnea*, *hiperventilasi*, *kussmaul*, *cheyne-stokes*).

b. Gejala dan tanda minor

- 1) Subjektif : *ortopnea*.
- 2) Objektif : pernapasan *purse-lip*, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, dan ekskursi dada berubah.

4. Penatalaksanaan pola napas tidak efektif

a. Manajemen jalan napas I.01011 tindakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

- 1) Observasi
  - a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
  - b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. mengi, *wheezing*).

## 2) Terapeutik

- a) Berikan oksigen, jika perlu.
- b) Ajarkan tehnik *purse lips breathing*.

### (1) Pengertian *purse lips breathing*

*Purse lips breathing* adalah latihan pernapasan dengan menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara dengan cara bibir lebih dirapatkan atau dimonyongkan dengan waktu ekshalasi lebih di perpanjang. Terapi rehabilitasi paru-paru dengan *purse lips breathing* ini adalah cara yang sangat mudah dilakukan, tanpa memerlukan alat bantu apapun, dan juga tanpa efek negatif seperti pemakaian obat-obatan (Suzanne c. Smeltzer, 2013).

### (2) Manfaat *purse lips breathing*

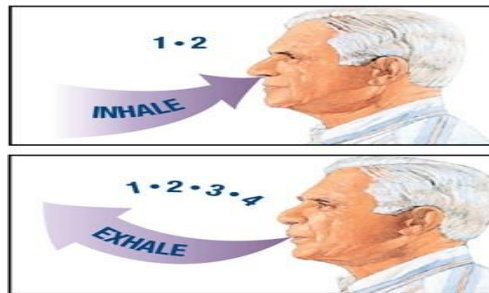
Manfaat dari *purse lips breathing* ini adalah untuk membantu klien memperbaiki transport oksigen, menginduksi pola napas lambat dan dalam, membantu pasien untuk mengontrol pernapasan, mencegah kolaps dan melatih otot-otot ekspirasi untuk memperpanjang ekshalasi dan meningkatkan tekanan jalan napas selama ekspirasi, dan mengurangi jumlah udara yang terjebak (Wardani, 2019).

Latihan pernapasan dengan *purse lips breathing* memiliki tahapan yang dapat membantu menginduksi pola pernapasan lambat, memperbaiki transport oksigen, membantu pasien mengontrol pernapasan dan juga melatih otot respirasi, dapat juga meningkatkan pengeluaran karbondioksida yang disebabkan oleh terperangkapnya karbondioksida karena alveoli kehilangan elastisitas, sehingga pertukaran gas tidak dapat dilakukan dengan maksimal dan meningkatkan ruang rugi di paru-paru. Namun dengan latihan pernapasan *purse lips breathing* ini

dapat meningkatkan pengeluaran karbondioksida dan juga meningkatkan jumlah oksigen didalam darah darah, dan membantu menyeimbangkan *homeostasis*. Jika *homeostasis* mulai seimbang maka tubuh tidak akan meningkatkan upaya kebutuhan oksigen dengan meningkatkan pernapasan yang membuat penderita emfisema mengalami sesak napas atau pola pernapasan tidak efektif.

(3) Prosedur *purse lips breathing*

- (a) Atur posisi pasien dalam posisi semi *fowler*.
- (b) Instruksikan pasien untuk mengambil napas dalam, kemudian mengeluarkannya secara perlahan-lahan melalui bibir yang membentuk seperti huruf O.
- (c) Ajarkan bahwa pasien perlu mengontrol fase ekhalasi lebih lama dari fase inhalasi.
- (d) Menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat lalu jaga mulut agar tetap tertutup selama inspirasi dan tahan napas selama 2 detik.
- (e) Hembuskan napas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka sambil mengkontraksikan otot-otot abdomen selama 4 detik. Lakukan inspirasi dan ekspirasi selama 5 sampai 8 kali latihan.
- (f) Selama prosedur, tingkatkan keterlibatan dan kenyamanan pasien.
- (g) Kaji toleransi pasien selama prosedur (SOP pada lampiran 1).



**Gambar 2. Purse lips breathing**

### **C. Asuhan Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif Pada Penderita Asma Bronkiale**

#### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan bersinambungan. Sebenarnya, pengkajian adalah proses bersinambungan 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 (Ariestianti, Pangkahila and Purnawati, 2014).

##### **a. Identitas klien**

###### **1) Usia**

Asma bronkiale 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**

Saat ini kejadian asma lebih banyak pada laki-laki akibat polusi asap rokok (Ekarini, 2012).

### 3) Tempat tinggal dan jenis pekerjaan

Lingkungan kerja diperkirakan merupakan faktor pencetus yang menyumbang 2- 15% klien dengan asma bronkiale. Kondisi rumah, pajanan *allergen* hewan di dalam rumah, pajanan asap rokok tembakau, kelembaban, dan pemanasan (Klau, 2015).

### 4) Keluhan utama

Keluhan utama yang timbul pada klien dengan asma bronkiale adalah *dispnea* (Oliver, 2013).

#### *b. Initial survey*

Menentukan pasien responsif atau tidak responsif yaitu dengan menggunakan metode AVPU (*Alert, Verbal, Painful, Unresponsive*), karena lebih cepat atau lebih mudah dilakukan..(Handoko, 2019)

#### *c. Survey primer dan resusitasi*

##### 1) *Airway dan cervical control*

Hal pertama yang dinilai adalah kelancaran *airway*. Meliputi pemeriksaan adanya obstruksi jalan napas yang dapat disebabkan benda asing. Dalam hal ini dapat dilakukan “*chin lift*” atau “*jaw thrust*”. Selama memeriksa dan memperbaiki jalan napas, harus diperhatikan bahwa tidak boleh dilakukan ekstensi, fleksi atau rotasi dari leher (Asmarani, 2018).

##### 2). *Breathing dan ventilation*

Mengkaji fungsi pernapasan diantaranya jenis pernapasan, frekwensi pernapasan, retraksi otot bantu napas, kelainan dinding thoraks, bunyi napas, dan hembusan napas (Handoko, 2019).

### 3). *Circulation*

Mengkaji keadaan sirkulasi yaitu tingkat kesadaran, perdarahan (internal atau eksternal), kapilari refill, tekanan darah, nadi radial atau karotis, akral perifer (Asmarani, 2018).

### 4). *Disability*

Mengkaji fungsi neurologis yaitu *Glasgow Coma Scale* (GCS), reflex fisiologis, reflex patologis, dan kekuatan otot (Handoko, 2019).

#### d. Pengkajian Sekunder/*Survey* Sekunder

##### a) Riwayat kesehatan dahulu

Terdapat data yang menyertakan adanya faktor predisposisi timbulnya penyakit ini, di antaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran napas bagian bawah.

##### b) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat penyakit sekarang yang biasa timbul pada pasien asma yaitu pasien mengalami sesak napas, pasien yang sudah menderita penyakit asma, bahkan keluarga yang sudah menderita penyakit asma/faktor genetik.

##### c) Riwayat kesehatan keluarga

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

#### e. Pemeriksaan fisik

##### 1) Keadaan umum

*Dispnea*, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal.

## 2) Tanda-tanda vital

Kapasitas vital menurun yaitu nadi lemah dan cepat, respirasi meningkat.

## 3) Pemeriksaan paru

- a) Inspeksi: Frekuensi irama, kedalaman dan upaya bernapas, seperti *takipnea*, *dyspnea* progresif, pernapasan dangkal, pernapasan cuping hidung, retraksi dinding dada, pernapasan *purse-lip*, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun (Asmarani, 2018).
- b) Palpasi: Terdapat nyeri tekan dan nadi mungkin mengalami peningkatan (takikardia), diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ekskursi dada berubah.
- c) Auskultasi: Suara napas tambahan dan suara paru.
- d) Perkusi: Suara sonor untuk keadaan normal, dan suara hipersonor atau hiposonor pada posisi yang sakit, suara pekak terjadi bila terisis cairan pada paru.

## 2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Berdasarkan perumusan Diagnosis keperawatan menurut SDKI menggunakan format *problem, etiology, sign and symptom* (PES) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan yang ditegaskan dalam masalah ini adalah pola napas tidak efektif. berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan *dispnea*, penggunaan otot bantu pernapasan, fase



ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (*takipnea*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### 3. Rencana Keperawatan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), setelah merumuskan Diagnosis dilanjutkan dengan intervensi dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan klien. Tahapan ini disebut perencanaan keperawatan yang meliputi penentuan prioritas Diagnosis keperawatan, menetapkan sasaran dan tujuan, menetapkan kriteria evaluasi serta merumuskan intervensi serta aktivitas keperawatan.

Rencana keperawatan pada pola napas tidak efektif, menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dapat dijabarkan sebagai berikut

#### a. Tujuan dan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x jam maka diharapkan pola napas tidak efektif membaik dengan kriteria hasil:

- 1) *Dyspnea* menurun (5).
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun (5).
- 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun (5).
- 4) *Orthopnea* menurun (5).
- 5) Pernapasan *purse-lip* menurun (5).
- 6) Pernapasan cuping hidung menurun (5).
- 7) Frekuensi napas membaik (5).
- 8) Kedalaman napas membaik (5).

b. Intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Manajemen jalan napas I.01011 tindakan

1) Observasi : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) dan monitor bunyi napas tambahan (mis. mengi, *wheezing*).

2) Terapeutik :

a) Berikan oksigen, jika perlu.

b) Ajarkan tehnik *purse lips breathing*.

(1) Atur posisi pasien dalam posisi semi *fowler*.

(2) Instruksikan pasien untuk mengambil napas dalam, kemudian mengeluarkannya secara perlahan-lahan melalui bibir yang membentuk seperti huruf O.

(3) Ajarkan bahwa pasien perlu mengontrol fase ekhalasi lebih lama dari fase inhalasi.

(4) Menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat lalu jaga mulut agar tetap tertutup selama inspirasi dan tahan napas selama 2 detik.

(5) Hembuskan napas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka sambil mengkontraksikan otot-otot abdomen selama 4 detik. Lakukan inspirasi dan ekspirasi selama 5 sampai 8 kali latihan.

(6) Selama prosedur, tingkatkan keterlibatan dan kenyamanan pasien.

(7) Kaji toleransi pasien selama prosedur (SOP pada lampiran 1).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi

disusun dan ditunjukkan kepada *nursing orders* untuk membantu klien untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor- faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Implementasi keperawatan menurut (Budiono, 2016), dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional diantaranya :

a. Independen

Independen implementasi merupakan implemetasi yang diprakarsai oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya membantu dalam *activity daily living* (ADL), perawatan diri, pemenuhan kebutuhan *psiko-sosio-spiritual*, memberikan dorongan motivasi.

b. Interdependen

Interdependen implentasi adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, injeksi, infus, pemasangan kateter urin, pemasangan *nasogastric tube*, dan lain-lain. serta respon pasien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

c. Dependen

Dependen implementasi adalah tindakan perawat atas dasar rujukan dari profesi lain seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog, dan sebagainya dalam hal pemberian pada klien sesuai dengan diit yangtelah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran fisioterapi.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan implementasi klien adalah fokus evaluasi. Langkah- langkah dalam mengevaluasi asuhan keperawatan adalah menganalisis respon klien, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan, dan perencanaan untuk asuhan di masa depan (Marrelli, 2014). Perumusan evaluasi formatif meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP yaitu :

- a. Subjektif (S) : perkembangan keadaan yang didasarkan pada apayang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien.
- b. Objektif (O) : perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.
- c. Analisis (A) : penilaian darikedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah berkembang kearah perbaikan atau kemunderan.
- d. Perencanaan (P) : rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.