

## **BAB IV PEMBAHASAN**

### **A. Profil Lahan Praktek**

Puskesmas Jungkat berada perbatasan antara Desa Jungkat Dan desa Sungai Nipah, Kecamatan siantan, Kabupaten Mempawah. Jarak Kabupaten mempawah ke puskesmas jungkat berjarak  $\pm 49,2$  Km dari puskesmas jungkat ke Kalimantan Barat (Pontianak)  $\pm 27,5$  Km. Puskesmas Jungkat mempunyai 7 desa binaan dan mempunyai batas wilayah, berikut batas-batasannya :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan desa peniti luar
2. Sebelah Barat berbatasan dengan desa peniti dalam
3. Sebelah Selatan berbatasan dengan desa parit kebyan
4. Sebelah Timur berbatasan dengan desa tambung

Wilayah Kecamatan jungkat hampir sebagian besar terdiri dari daerah dataran rendah yang dilalui Sungai kapuas. Iklim untuk wilayah Kecamatan jungkat sebagian besar wilayah berada di garis Khatulistiwa dengan iklim tropis. Sedangkan keadaan demografis yang meliputi data kependudukan bervariasi pada setiap Desa.

### **B. Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Konsep terkait**

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Asma Bronkial di wilayah kerja Puskesmas Jungkat, maka disini akan terlihat keadaan klien secara nyata. Dalam studi ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pembahasan ini dibuat sesuai dengan tahap-tahap dan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian perencanaan, implementasi, evaluasi. Pada saat pengkajian pada Tn.G didapatkan Tn.G mengalami batuk- batuk, flu , sesak nafas pernafasan 34x/m Tn.G tampak lemah dan pucat. Hal ini sesuai dengan teori Misnadiarly,(2018), dimana menurut teorinya pasien dengan Asma Bronkial mengalami batuk, flu sesak nafas dan nyeri dada dan gangguan pada pola tidur. Hal ini sejalan

dengan teori Menurut Kemenkes RI (2015), Penyakit asma adalah penyakit yang terjadi akibat adanya penyempitan saluran pernapasan sementara waktu sehingga sulit bernapas. Asma terjadi ketika ada kepekaan yang meningkat terhadap rangsangan dari lingkungan sebagai pemicunya. Diantaranya adalah dikarenakan gangguan emosi, kelelahan jasmani, perubahan cuaca, temperatur, debu, asap, bau-bauan yang merangsang, infeksi saluran napas, faktor makanan dan reaksi alergi (Hasdianah, 2015). Beberapa faktor penyebab asma, antara lain umur pasien, status atopi, faktor keturunan, serta faktor lingkungan.

Asma dibedakan menjadi 2 jenis, (Nurarif Huda, 2016) yaitu : **Asma bronkial** : Penderita asma bronkial, 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 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. **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 dispnea. Biasanya terjadi pada saat penderita sedang tidur.

Saat dilakukan pengkajian mengenai riwayat penyakit masa lalu pasien mengatakan pernah mengalami sakit seperti ini sebelumnya, pasien mengatakan pernah menjalani perawatan di rumah sakit sebanyak 2 kali dengan keluhan yang sama, Saat dilakukan pengkajian mengenai riwayat penyakit masa lalu klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang mengalami penyakit yang sama dengan klien dan klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit hipertensi, DM, jantung, dan penyakit lainnya. Hal ini sejalan dengan teori Marni (2015), pasien yang pernah menderita/ mengalami asma bisa mengalami serangan ulangan jika kondisi lemah atau sistem tubuh lemah dan terpapar factor-faktor yang menyebabkan Asma itu sendiri. Sedangkan untuk riwayat sebelum sakit pasien sebelumnya memberihkan perkarangan rumah

yang banyak debu dan kotoran binatang serta terkena air hujan pada saat menjemput suaminya. Pernyataan ini sesuai dengan teori Menurut (Wijaya & Putri, 2015) dalam bukunya dijelaskan klasifikasi asma berdasarkan etiologi adalah sebagai berikut :

- a. Asma ekstrinsik/alergi Asma yang disebabkan oleh alergen yang diketahui sudah terdapat semenjak anak-anak seperti alergi terhadap protein, serbuk sari bulu halus, binatang, dan debu. Asma ekstrinsik sering dihubungkan dengan adanya suatu predisposisi genetik terhadap alergi. Oleh karena itu jika ada faktor-faktor pencetus spesifik seperti yang disebutkan di atas, maka akan terjadi serangan asma ekstrinsik.
- b. Asma instrinsik/idopatik 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 trancheobronkial. . Srerangan asma ini menjadi lebih berat dan sering sejalan dengan berlalunya waktu dan dapat berkembang menjadi bronkhitis kronik dan emfisema. Beberapa pasien akan mengalami asma gabungan.
- c. Asma campuran Asma yang terjadi/timbul karena adanya komponen ekstrinsik dan intrinsik.

Ada beberapa hal yang merupakan faktor predisposisi dan presipitasi timbulnya serangan asma :

- a. 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. Karena adanya bakat alergi ini, penderita sangat mudah terkena penyakit asma bronkhial jika terpapar dengan faktor pencetus. Selain itu hipersentifisitas saluran pernafasannya juga bisa diturunkan.
- b. Faktor presipitasi Alergen Dimana alergen dapat dibagi menjadi 3 jenis, yaitu

- 1) Inhalan, yang masuk melalui saluran pernapasan Contohnya : debu, bulu binatang, serbuk bunga, spora jamur, bakteri dan polusi
  - 2) Ingestan, yang masuk melalui mulut Contohnya : makanan dan obat-obatan
  - 3) Kontak, yang masuk melalui kontak dengan kulit Contohnya : perhiasan, logam dan jam tangan
- c. Cuaca lembab dan hawa pegunungan yang dingin sering mempengaruhi asma. Atmosfir yang mendadak dingin merupakan faktor pemicu terjadinya serangan asma. Kadang-kadang serangan berhubungan dengan musim, seperti: musim hujan, musim kemarau, musim bunga. Hal ini berhubungan dengan arah angin serbuk bunga dan debu.
- d. Stress/ gangguan emosi dapat menjadi pencetus serangan asma, selain itu juga bisa memperberat serangan asma yang sudah ada. Disamping gejala asma yang timbul harus segera diobati penderita asma yang mengalami stress/gangguan emosi perlu diberi nasehat untuk menyelesaikan masalah pribadinya. Karena jika stressnya belum diatasi maka gejala asmanya belum bisa diobati.
- e. Lingkungan kerja Mempunyai hubungan langsung dengan sebab terjadinya serangan asma. Hal ini berkaitan dengan dimana dia bekerja. Misalnya orang yang bekerja di laboratorium hewan, industri tekstil, pabrik asbes, polisi lalu lintas. Gejala ini membaik pada waktu libur atau cuti.
- f. Olah raga/ aktifitas jasmani yang berat Sebagian besar penderita asma akan mendapat serangan jika melakukan aktifitas jasmani atau olah raga yang berat. Lari cepat paling mudah menimbulkan serangan asma. Serangan asma karena aktifitas biasanya terjadi segera setelah selesai aktifitas tersebut.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran GCS (15 E=4, V=5, M=4) dengan kesadaran klien composmentis, klien bisa merespon secara spontan, kemudian pasien bisa berorientasi dan menjawab pertanyaan perawat dengan baik, dan klien bisa mengikuti perintah seperti disuruh untuk

mengangkat tangannya. Hal ini sejalan dengan teori Marni (2014), kesadaran pasien yang mengalami asma composmentis, keadaan umum lemah. Didapatkan kesadaran composmentis karena tidak ada gangguan karna klien tidak mengalami gangguan pada tingkat kesadaran dan didapatkan konjungtiva tidak anemis mata Bersih, tidak ada kotoran, mata simetris kiri dan kanan, Pupil isokor, scleratidak ikterik, tidak ada gangguan penglihatan. Hasil pengkajian didapatkan telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan ditelinga, tidak ada gangguan pendengaran tidak ada cairan. Hal ini sejalan dengan teori .Menurut Marni (2015), yang dikaji pada pasien asma tidak ada perdarahan di telinga, simetri, bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau proses kehidupan. Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien asma menurut SDKI (2017) dan Donsu, Induniasih, dan Purwanti (2015) yaitu :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif
2. Gangguan pertukaran gas
3. Pola nafas tidak efektif
4. Ansietas
5. Gangguan Pola Tidur

Hasil pengkajian pada Tn.G pada tanggal 03 Juni 2023 menunjukkan klien mengalami batuk berdahak, flu dan sesak nafas, RR 34x/i. Menurut WHO pernafasan normal yaitu 12-20x/i pada usia dewasa. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.G di dapatkan 3 diagnosa yang sesuai yaitu :

1. Gangguan pertukaran gas b/d bronkospasme
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif

#### **D. Intervensi Keperawatan**

Intervensi Keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2015)

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus. Karena tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien pada saat pengkajian.

##### 1. Diagnosa Pertama

Gangguan pertukaran gas b/d bronkospasme di tandai dengan adanya batuk berdahak dan flu,serta sesak nafas rencana yang dilakukan adalah Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas,Monitor pola nafas, Monitor kemampuan batuk efektif, Monitor adanya produksi sputum,Monitor adanya sumbatan jalan nafas, Palpasi kesimetrisan ekspansi paru,Auskultasi bunyi nafas, Monitorsaturasi oksigen dan mengajarkan Teknik *Diaphragma Breathing Exercise*.

##### 2. Diagnosa kedua

Gangguan bersihan jalan nafas ditandai dengan batuk berdahak,flu, dan sesak nafas, , Rencana yang dilakukan adalah manajemen bersihan jalan nafas (Monitor pernafasan, monitor warna sputum, monitor penyebab gangguan bersihan jalan nafas dan berikan minum air hangat, berikan terapi inhali nebulizer. Hal ini sesuai dengan SIKI (2019). Rencana akan dilakukan untuk memonitor pernafasan, warna sputum, sehingga nantinya diharapkan bersihan jalan nafas membaik( RR 24x/i), klien tampak lebih nyaman dan sesak nafas berkurang

##### 3.

#### **E. Implementasi Keperawatan**

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut data bentuk nyata. Terlebih dahulu penulis menulis strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksanakan, yang di mulai dengan

melakukan pendekatan pada klien dan keluarga agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Diagnosa Pertama

Gangguan pertukaran gas b/d bronkospasme di tandai dengan adanya batuk berdahak dan flu,serta sesak nafas rencana yang dilakukan adalah Mengukur suhu dan TD Menghitung nadi dan RR Mengajarkan teknik nafas dalam dengan cara *Diafragma Breathing*, Memberikan terapi nebulizer Memberikan therapy obat oral :Methylprednisolon 3 x 1, Soprofan 2x1 tablet, Vilapon 3x1 tablet, Dexanta 4x1 sendok makan, OBH combi 3x1 sendok makan selama 3 hari.

b. Diagnosa kedua

Gangguan bersihan jalan nafas ditandai dengan batuk berdahak,flu, dan sesak nafas, Melakukan manajemen bersihan jalan nafas memonitor pernafasan , memonitor warna sputum, dan menganjurkan untuk minum air hangat, memberikan terapi inhalsi nebulizer Selama 3 hari

## F. Evaluasi

Setelah dilakukan pemberian terapi inhalasi selama 3 hari pada Tn.G dan hasil evaluasi akhir yaitu pada tanggal 05 Juni 2023 dari diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, sebagian Diagnosa telah teratasi. Pada diagnosa pertama setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah Gangguan pertukaran gas b/d bronkospasme teratasi di tandai dengan sesak yang berkurang. Pada Diagnosa bersihan jalan nafas membaik dengan manajemen bersihan jalan nafas, dengan hasil pernafasan Tn.G 24x/menit, Tn.G tampak lebih nyaman, secret sudah berkurang dan secret lebih mudah di keluarkan ,batuk sudah berkurang, Tn.G tampak sudah tidak sesak lagi da kemampuan batuk efektif sudah membaik. Hal ini sesuai dengan tujuan SLKI dimana tujan dari SLKI dari bersiha jalan nafas tidak efektif adalah sekret berkurang atau hilang kemampua batuk efektif membaik, sesak nafas berkurang

atau tidak sesak lagi, suara nafas juga membaik dan tidak Mengalami gangguan Pola Tdur lagi.

Hal ini sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia yang dilakukan adalah manajemen bersihan jalan nafas penerapan manajemen bersihan jalan nafas ini memungkinkan masalah bersihan jalan nafas ini teratasi karena dengan mengobservasi pernafasan, sputun, dan cairan pada hidung, (Jitowiyono,2015) .

Terapi non farmakologis yang umumnya digunakan untuk pengelolaan asma adalah dengan melakukan terapi pernapasan. Terapi pernapasan bertujuan untuk melatih cara bernapas yang benar, melenturkan dan memperkuat otot pernapasan, melatih ekspektorasi yang efektif, meningkatkan sirkulasi, mempercepat dan mempertahankan pengontrolan asma yang ditandai dengan penurunan gejala dan meningkatkan kualitas hidup bagi penderitanya. Pada penderita asma terapi pernapasan selain ditujukan untuk memperbaiki fungsi alat pernapasan, juga bertujuan melatih penderita untuk dapat mengatur pernapasan pada saat terasa akan datang serangan, ataupun sewaktu serangan asma (Nugroho, 2016).

#### **G. Analisis salah satu intervensi dengan konsep dan penelitian terkait**

Intervensi keperawatan pada masalah Gangguan pertukaran gas dan bersihan jalan nafas yang ditimbulkan akibat penumpukan secret si bronkus dan cairan pada hidung sehingga pasien mengalami sesak, salah satunya cara untuk menangani masalah bersihan jalan nafas tersebut adalah dengan pemberian terapi inhalasi nebulizer dan *Diafragmatic Breathing Exercise* tujuannya pemberian terapi ini adalah untuk membantu bersihan jalan nafas kembali membaik dan klien tidak merasa sesak, trauma serta memberikan ketenangan dan rasa rileks/ nyaman pasien saat dilakukan tindakan. Terdapat perbedaan bersihan jalan nafas sesudah diberikan terapi dan sebelum di berikan terapi, Dimana setelah diberikan *Diafragmatic Breathing Exercise* pasien merasa lebih nyaman pada saat bernafas lebih lega secret lebih mudah dikeluarkan, dimana

pada saat sebelum pasien mendapatkan terapi pasien tampak kurang nyaman dan sesak nafas secret sulit di keluarkan

Salah satu cara melakukan *Diafragma Breathing* adalah Subjek penelitian pernapasan diafragma yaitu subjek penelitian duduk dalam posisi tegak, posisi kepala agak menunduk, letakkan tangan kanan pada perut diatas perut (abdomen)/ pusat (umbilikus) dan tangan kiri pada dada (toraks) untuk panduan mengenali gerakan pada iga yang membatasi pernafasan diafragma, tarik nafas sekuat kuatnya melalui hidung, lalu tahan selama 3-5 detik, sesuai toleransi penderita selanjutnya keluarkan nafas perlahan menghembus melalui mulut yang akan mendorong perut kedalam dan keatas , gerakan tangan menunjukkan penderita telah melakukan latihan dengan benar (Nikmah, Purba, Deli 2017). Tujuan dari *Diafragma Breathing* adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas ( Suddarth & Brunner, 2015). Hal ini sejalan Penelitian yang dilakukan oleh Yuvita Dwi Rahmasari (2015), yang menyatakan ada pengaruh DBE terhadap fungsi pernapasan Respiratory rate dan arus puncak ekspirasi (RR dan APE). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Panutan (2013) yang menyatakan ada pengaruh DBE terhadap peningkatan arus puncak ekspirasi pada pasien asma (Nurmalasari, et al. 2016)

Selain itu juga diperlukan perawatan yang komprehensif berupa pemberian motivasi latihan fisik dari pihak keluarga atau orang terdekat, pengobatan, pola nutrisi, dan kontrol pernapasan. Kontrol pernapasan salah satunya dengan penilaian fungsi paru dengan menggunakan *peak flow* meter. Jika pemeriksaan dilakukan secara rutin dan menunjukkan peningkatan nilai, maka klien akan semakin adaptif. Intervensi *diaphragm breathing exercise* ini dapat memaksimalkan fungsi paru dengan meningkatkan kekuatan otot pernapasan, mengurangi gejala sesak hingga menurunkan tingkat komplikasi,

namun pada klien asma fungsi paru tidak dapat kembali normal dikarenakan obstruksi saluran napas pada pasien asma bersifat irreversibel dan terjadi karena perubahan struktural pada saluran napas kecil yaitu inflamasi, fibrosis, metaplasia sel goblet dan hipertropi otot polos penyebab utama obstruksi jalan napas (PDPI 2015).