

**APLIKASI INHALASI SEDERHANA TAMBAHAN DAUN MINT UNTUK
MENGATASI KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS PADA
KELUARGA Tn. A DENGAN ASMA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi
Diploma III Keperawatan**



Disusun Oleh :

Annisa Rimalasari

NPM: 15.0601.0063

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

APLIKASI INHALASI SEDERHANA TAMBAHAN DAUN MINT UNTUK
MENGATASI KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS PADA
KELUARGA Tn. A DENGAN ASMA

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji KTI
Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 24 Agustus 2018

Pembimbing I

Ns. Sigit Priyanto, M.Kep

NIK. 207608164

Pembimbing II

Ns. Margono, M.Kep

NIK. 158408153

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

APLIKASI INHALASI SEDERHANA TAMBAHAN DAUN MINT UNTUK
MENGATASI KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS PADA
KELUARGA Tn. A DENGAN ASMA

Disusun Oleh :

Annisa Rimalasari

NPM: 15.0601.0063

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 24 Agustus 2018

Susunan Penguji :

Penguji I

Ns. Priyo, M.Kep

NIK. 977208116

Penguji II

Ns. Sigit Priyanto, M.Kep

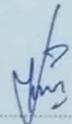
NIK. 207608164

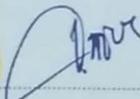
Penguji III

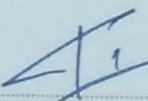
Ns. Margono, M.Kep

NIK. 0621118403

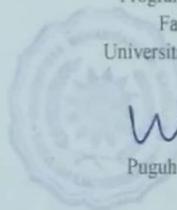


()

()

()

Magelang, 24 Agustus 2018
Program Diploma III Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Dekan,





Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad, taufik, dan hidayahNya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “APLIKASI INHALASI SEDERHANA TAMBAHAN DAUN MINT UNTUK MENGATASI KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS PADA KELUARGA Tn. A DENGAN ASMA”. Adapun tujuan penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat untuk mencapai gelar ahli madya pada Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penulis banyak mengalami berbagai kesulitan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah, berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan terima kasih kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep, Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Priyo, M.Kep, selaku Dosen Penguji I yang bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep, selaku pembimbing 1 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penulis.

6. Ns. Margono, M.Kep, selaku pembimbing 2 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penulis.
7. Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
8. Ayah, Almh ibu, dan adikku yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberi semangat buat penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moril, materiil maupun spiritual, sehingga penyusun Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
9. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang Tahun 2015 yang telah banyak membantu dan memberikan dukungan kritik serta saran.
10. Semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis memohon perlindungan kepada Allah SWT dan berharap laporan ini bermanfaat bagi semuanya.

Wassalamualaikum wr.wb

Magelang, 24 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	1
HALAMAN PENGESAHAN.....	1
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah	3
1.3 Pengumpulan Data	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Asma.....	6
2.2 Konsep Keluarga	14
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	15
2.4 PATHWAY	24
BAB 3 LAPORAN KASUS	25
3.1 Pengkajian	25
3.2 Analisa Data	32
3.3 Skoring	33
3.4 Diagnosa Keperawatan Prioritas	35
3.5 Intervensi Keperawatan	36
3.6 Implementasi Keperawatan	37
3.7 Evaluasi	38
BAB 4 PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
4.1 Pengkajian	Error! Bookmark not defined.
4.2 Diagnosa Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
4.3 Intervensi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.

4.4	Implementasi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
4.5	Evaluasi	Error! Bookmark not defined.
BAB 5 PENUTUP		41
5.1	Kesimpulan.....	41
5.2	Saran.....	42
LAMPIRAN.....		50

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga 19

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit kronis yang tidak ditularkan dari orang ke orang lain, yang saat ini sedang menjadi masalah kesehatan di Indonesia. PTM mempunyai durasi yang panjang dan berkembang dengan lambat. Empat jenis PTM adalah kardiovaskuler (penyakit jantung dan stroke), kanker, penyakit pernapasan (asma dan penyakit paru obstruktif kronis), dan diabetes. Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), 2011 jumlah penderita asma di dunia diperkirakan mencapai 300 juta orang dan diperkirakan meningkat hingga 400 juta pada tahun 2025. Berdasarkan data studi survei kesehatan salah satu PTM yang menjadi 10 penyebab kesakitan dan kematian di Indonesia saat ini adalah asma (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2012).

Asma merupakan gangguan inflamasi kronis di jalan napas yang disebabkan oleh hiperaktivitas bronkus dan obstruksi jalan napas (Kemenkes RI, 2013). Menurut data RISKESDAS tahun 2014 prevalensi penyakit asma di Indonesia sebesar 4,5%. Prevalensi tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah sebesar 7,8%, sedangkan di Jawa Tengah sekitar 4,3%. Dimana angka kejadian asma lebih sering terjadi pada wanita dengan presentasi 4,6%, 2% lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Di kota dan kabupaten Magelang kejadian asma menempati urutan penyakit tidak menular paling tinggi sebanyak 4,6% dan 7,0% diantara penyakit tidak menular lainnya seperti PPOK (penyakit paru obstruktif kronik) sebanyak 2,3% dan 6,7% dan kanker sebanyak 4,4% dan 2,6%. Asma bronkhial cenderung lebih tinggi di daerah Kabupaten Magelang karena berpengaruh pada pendidikan dan status ekonomi yang rendah, sehingga salah satu kondisi ini menyebabkan terjadinya gejala asma (Depkes RI, 2013).

Asma dibedakan menjadi dua jenis berdasarkan faktor pencetusnya yaitu faktor instrinsik yang berasal dari dalam diri seperti faktor psikologis dan faktor ekstrinsik yang berasal dari alergen seperti debu, asap rokok, dan alergi makanan. Gejala asma adalah gangguan pernapasan (sesak), mengi, batuk produktif terutama pada malam hari atau menjelang pagi. Jalan napas yang tersumbat menyebabkan sesak napas, sehingga ekspirasi selalu lebih sulit dan panjang dibanding inspirasi, yang mendorong pasien untuk duduk tegak dan menggunakan setiap otot aksesori pernapasan. Gejala tersebut akan menghilang dengan atau tanpa pengobatan (Kemenkes RI, 2013). Bila gejala-gejala asma yang timbul tidak ditangani maka akan berdampak pada kesehatan penderita. Dampak yang timbul dari asma seperti pneumothorax, emfisema, hipoksemia, gagal napas, dan deformitas thorax (Depkes RI, 2009).

Penyakit asma dapat menurunkan jumlah udara yang dapat diinduksi oleh kontraksi otot polos, penebalan pada dinding jalan napas serta penumpukan sekret yang berlebih pada saluran napas yang disebabkan oleh respon tubuh terhadap alergen (Melastuti & Husna, 2015). Upaya penatalaksanaan asma dilaksanakan secara farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan secara farmakologi dengan obat-obatan seperti bronkodilator, steroid, dan anti-inflamasi hanya bersifat pengontrol maupun pelega. Namun keberhasilan pengobatan asma tidak hanya ditentukan oleh obat-obatan yang dikonsumsi tetapi juga harus ditunjang dengan terapi non farmakologi seperti terapi oksigen, latihan pernapasan, latihan fisik yang teratur, menghindari pemicu asma, dan inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint (Tjitrosoepomo, 2010).

Menurut penelitian yang dilakukan (Siswantoro, 2017) mengenai pengaruh inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint untuk menurunkan sesak napas pada penderita gangguan pernapasan. Sedangkan pada daun mint yang di gunakan untuk aroma terapi mengandung menthol sehingga sering juga digunakan untuk obat batuk. Aroma menthol pada daun mint memiliki anti-inflamasi sehingga nantinya akan membuka saluran pernapasan. Selain itu, daun mint akan

melonggarkan bronkus yang akan melancarkan pernapasan. Berdasarkan hasil *uji Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh data *p value* $0,008 < (\alpha) 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya ada pengaruh inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk menurunkan sesak napas. Dalam penelitian ini inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint dilakukan 3x sehari dalam waktu 5-10 menit saat sesak napas selama 3 hari ternyata sangat efektif untuk mengurangi sesak napas.

Peranan perawat sangat dibutuhkan untuk menerapkan inovasi yang mampu mengurangi sesak napas pada penderita asma serta memberikan suatu pelayanan asuhan keparawatan keluarga melalui proses keperawatan keluarga. Proses perawatan keluarga merupakan suatu hal yang penting untuk menjadikan masyarakat sehat dan sejahtera. Tugas-tugas kesehatan pada keluarga meliputi: mengenal masalah kesehatan keluarga, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, serta menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat (Friedman, 2010).

Upaya yang paling penting dalam penyembuhan asma dengan mengenal dan melakukan perawatan pada anggota keluarga yang tepat, dengan begitu anggota keluarga yang mengalami asma mampu mencegah komplikasi dan gejala asma berulang. Berdasarkan uraian latar belakang diatas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus asma untuk karya tulis ilmiah, dengan judul “Aplikasi inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada keluarga Tn. X dengan asma”.

1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.2.1. Tujuan umum

Mampu memberikan gambaran asuhan keperawatan keluarga dengan masalah utama asma, serta mampu mengaplikasikan inovasi yang dapat mengurangi sesak napas pada klien yang mengalami asma dengan inhalasi sederhana tambahan daun mint.

1.2.2. Tujuan khusus

1.1.2.1. Mampu melakukan pengkajian pada keluarga yang memiliki masalah asma.

1.1.2.2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang diperoleh pada anggota keluarga yang memiliki masalah asma.

1.1.2.3. Mampu merumuskan rencana tindakan keperawatan pada anggota keluarga yang memiliki masalah asma.

1.1.2.4. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada anggota keluarga yang memiliki masalah asma.

1.1.2.5. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan pada anggota keluarga yang memiliki masalah asma.

1.1.2.6. Mahasiswa mampu menerapkan aplikasi inhalasi sederhana tambahan daun mint pada anggota keluarga yang memiliki masalah asma.

1.3 Pengumpulan Data

1.3.1. Observasi-parsitipatif

Mengobservasi keadaan umum keluarga, dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik dan pengamatan langsung.

1.3.2. Interview

Melakukan tanya jawab secara langsung dengan keluarga yang terait.

1.3.3. Studi literature

Studi literature penulis menggunakan data dari buku-buku terkait dengan asma, jurnal, artikel, dan lain sebagainya.

1.3.4. Demonstrasi/praktek

Penulis memberikan contoh inhalasi sederhana tambahan daun mint pada keluarga yang memiliki masalah asma sesuai dengan penelitian yang telah ada.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1. Bagi keluarga, klien, dan masyarakat

Diharapkan dapat menjadi dasar dalam membantu mengatasi masalah asma pada anggota keluarga, serta dapat menerapkan inhalasi sederhana tambahan daun mint sebagai alternatif pilihan untuk menangani asma.

1.4.2. Bagi profesi keperawatan

Sebagai sumber rujukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada keluarga dengan masalah asma.

Diharapkan dapat menerapkan inhalasi sederhana tambahan daun mint.

1.4.3. Bagi ilmu pengetahuan

Untuk menambah ilmu pengetahuan dan penanganan pada pasien dengan asma.

1.4.4. Bagi penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan keluarga dengan masalah asma.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Asma

2.1.1. Definisi Asma

Asma adalah inflamasi kronik saluran napas yang disebabkan oleh reaksi hiperresponsif sel imun tubuh terhadap stimulus tertentu dan menimbulkan gejala *dyspnea*, *wheezing*, dan batuk akibat obstruksi jalan napas yang bersifat *reversible* dan terjadi episodik berulang (Brunner & Sudarth, 2011). Menurut (*Global Initiative For Asthma*, 2012) penyakit asma merupakan penyakit dengan adanya penyempitan saluran pernapasan yang melibatkan banyak sel elemennya. Asma juga didefinisikan sebagai kelainan berupa inflamasi kronik saluran napas yang menyebabkan hiperaktivitas bronkus terhadap berbagai rangsangan yang dapat menimbulkan gejala mengi, batuk, sesak napas, dan dada terasa berat terutama pada malam dan dini hari yang umumnya bersifat *reversibel* baik dengan atau tanpa pengobatan (Depkes RI, 2009).

2.1.2. Klasifikasi Asma

Menurut (*Global Initiative For Asthma*, 2012), klasifikasi asma dibagi menjadi:

- a. Step 1 (*intermittent*): gejala perhari $\leq 2x$ dalam seminggu, gejala malam $\leq 2x$ dalam sebulan. RR meningkat, tidak ada retraksi iga ketika bernapas. Fungsi paru PEF atau PEV_1 Variabel PEF $\geq 80\%$ atau $< 20\%$.
- b. Step 2 (*Mild intermittent*): gejala perhari $\geq 2x$ lebih dalam seminggu tetapi tidak 1x sehari serangan asma diakibatkan oleh aktivitas, gejala malam $\geq 2x$ dalam sebulan. RR meningkat, kadang-kadang menggunakan retraksi iga ketika bernapas. Fungsi paru PEF atau PEV_1 Variabel PEF $\geq 80\%$ atau 20% - 30%.
- c. Step 3 (*Moderate persistent*): gejala perhari bisa tiap hari serangan asma disebabkan oleh aktivitas, gejala malam $\geq 1x$ dalam seminggu. RR 30x/menit, biasanya menggunakan retraksi iga ketika bernapas. Fungsi paru PEF atau PEV_1 Variabel PEF 60% - 80% atau $\geq 30\%$.

d. Step 4 (*Severe persistent*): gejala perhari sering dan aktifitas fisik terbatas, gejala malam sering. Fungsi paru PEF atau PEV_1 Variabel PEF $\leq 60\%$ atau $> 30\%$.

2.1.3. Etiologi Asma

Secara umum faktor pencetus asma adalah:

a. Alegen

Alergen merupakan zat-zat tertentu yang dihisap atau dimakan dapat menimbulkan serangan asma seperti debu, tungau, jamur, bulu binatang, tepung sari, beberapa makanan laut (Muttaqin, 2008). Makanan lain yang dapat menjadi faktor pencetus adalah telur, kacang, bahan penyedap, pengawet, pewarna makanan dan susu sapi (Depkes RI, 2009).

b. Infeksi saluran napas

Infeksi saluran napas terutama disebabkan oleh virus. Diperkirakan dua pertiga pasien asma dewasa serangan asmanya ditimbulkan oleh infeksi saluran pernapasan (Muttaqin, 2008). Asma yang muncul pada saat dewasa dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti adanya sinusitis, polip hidung, sensitivitas terhadap aspirin atau obat-obatan Anti-Inflamasi Non Steroid (AINS), atau dapat juga terjadi karena mendapatkan pemicu seperti debu dan bulu binatang di tempat kerja yang mengakibatkan infeksi saluran pernapasan atas yang berulang (Ikawati, 2011).

c. Olahraga

Serangan asma karena *exercise (exercise induced asthma/EIA)* terjadi segera setelah olahraga atau aktivitas fisik yang cukup berat. Lari cepat dan bersepeda merupakan jenis kegiatan paling mudah menimbulkan serangan asma (Muttaqin, 2008).

d. Polusi udara

Pasien asma sangat peka terhadap udara berdebu, asap pabrik atau kendaraan, asap rokok, asap yang mengandung hasil pembakaran dan oksida fotokemikal serta bau yang tajam (Muttaqin, 2008).

2.1.4. Patofisiologi Asma

Pencetus serangan asma dapat disebabkan oleh sejumlah faktor, antara lain: alergen, virus, dan iritan yang dapat menginduksi respon inflamasi akut. Asma dapat terjadi melalui dua jalur, yaitu jalur imunologi dan saraf otonom. Jalur imunologi didominasi oleh antibodi IgE yang merupakan reaksi hipersensitivitas tipe I (tipe alergi), terdiri dari fase cepat dan fase lambat. Reaksi alergi timbul pada orang dengan kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibodi IgE abnormal dalam jumlah besar, golongan ini disebut atopi. Pada asma alergi, terutama antibodi IgE melekat pada permukaan sel mast pada interstisial paru, yang berhubungan erat dengan bronkiolus dan bronkus kecil. Bila seseorang menghirup alergen, terjadi fase sensitisasi dan antibodi IgE pada orang tersebut akan meningkat. Alergen kemudian akan berikatan dengan antibodi IgE yang melekat pada sel mast dan menyebabkan sel ini berdegranulasi mengeluarkan berbagai macam mediator. Beberapa mediator yang dikeluarkan adalah histamin, leukotrien, eosinophil, dan bradikinin. Hal itu akan menimbulkan efek edema lokal pada dinding bronkus kecil, sekresi mukus yang kental dalam lumen bronkiolus, dan spasme otot polos bronkiolus sehingga menyebabkan inflamasi saluran napas (Rengganis, 2008).

Pada jalur saraf otonom, inhalasi alergen akan mengaktifkan sel mast intralumen, makrofag alveolar, nervus vagus, dan mungkin juga epitel saluran napas. Peregangan vagal menyebabkan reflek bronkus, sedangkan mediator inflamasi yang dilepaskan oleh sel mast dan makrofag akan membuat epitel jalan napas lebih permeabel dan memudahkan alergen masuk ke dalam submukosa sehingga meningkatkan reaksi yang terjadi. Kerusakan epitel bronkus oleh mediator yang dilepaskan pada beberapa keadaan reaksi asma dapat terjadi tanpa melibatkan sel mast, misalnya pada hiperventilasi, inhalasi udara dingin, asap, dan kabut. Pada keadaan tersebut reaksi asma terjadi melalui reflek saraf. Ujung saraf eferen vagus mukosa yang terangsang menyebabkan dilepasnya neuropeptida. Neuropeptida itulah yang menyebabkan terjadinya bronkokonstriksi, edema bronkus, hipersekresi lendir, dan aktivitas sel-sel inflamasi (Rengganis, 2008).

2.1.5. Tanda dan Gejala Asma

Gejala asma sering timbul pada waktu malam hari dan pagi hari. Gejala yang timbul berupa batuk-batuk pada pagi hari, siang hari bahkan malam hari, sesak napas, bunyi saat bernapas (*wheezing* atau mengi), rasa tertekan pada dada, dan gangguan tidur karena batuk ataupun sesak napas. Gejala ini terjadi secara *reversible* dan episodik berulang. Gejala asma dapat diperburuk oleh keadaan lingkungan seperti berhadapan dengan bulu binatang, uap kimia, perubahan temperatur, debu, obat-obatan, olahraga berat, serbuk, infeksi sistem respirasi, asap rokok, dan stress (Brunner & Sudarth, 2011).

Gejala tersebut dapat menjadi lebih buruk dengan terjadinya komplikasi terhadap asma sehingga bertambahnya gejala terhadap distress pernapasan yang biasa dikenal dengan satus asmatikus. Status asmatikus yang dialami penderita asma dapat berupa pernapasan *wheezing*, ronkhi ketika bernapas (adanya suara bisnisng ketika bernapas) kemudian bisa berlanjut menjadi perpanjangan ekshalasi, perbesaran vena leher, hipoksemia dan terakhir dengan takhipnea. Namun makin besar obstruksi di bronkus maka suara *wheezing* dapat hilang dan biasanya menjadi pertanda bahaya gagal pernapasan (Brunner & Sudarth, 2011).

2.1.6. Komplikasi Asma

Komplikasi asma meliputi:

2.1.6.1 Pneumothoraks adalah keadaan adanya udara di dalam rongga pleura yang dicurigai bila terdapat benturan atau tusukan dada. Keadaan ini dapat menyebabkan kolaps paru yang lebih lanjut lagi dapat menyebabkan kegagalan napas.

2.1.6.2 Hiposekemia adalah kondisi penurunan tekanan parsial oksigen dalam darah (PaO_2).

2.1.6.3 Emfisema adalah penyakit obstruktif kronik akibat kurangnya elastisitas paru dan luas permukaan alveoli.

2.1.6.4 Gagal napas dapat terjadi bila pertukaran oksigen terhadap karbondioksida dalam paru-paru tidak dapat memelihara laju konsumsi oksigen dan pembentukan karbondioksida dalam sel-sel tubuh.

2.1.6.5 Deformitas thoraks (Depkes RI, 2009).

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang Asma

Pada asma bronkial pemeriksaan diagnostik yang dilakukan antara lain:

- a. Tes faal paru dan ukur arus puncak ekspirasi (APE) dilakukan pada pagi dan malam hari.
- b. Tes kulit, misalnya ditemukan debu dan serpih kulit berarti mempunyai atopi.
- c. Tes darah eosinophil.
- d. Tes profokasi, lari selama 6 menit catat APE sebelum dan sesudah lari.
- e. Scanning paru, dengan scanning paru melalui inhalasi dapat dipelajari bahwa redistribusi udara selama serangan asma tidak menyeluruh pada paru-paru.
- f. Spirometri untuk menunjukkan adanya obstruksi jalan napas *reversible*, cara paling cepat dan sederhana dalam mendiagnosis asma adalah melihat respon pengobatan pemberian bronkodilator aerosol (inhaler atau nebulizer) golongan adrenergik. Peningkatan FEV1 (*Force Expiratory Volume*) atau FVC lebih dari 20% menunjukkan diagnosis asma. Pemeriksaan spirometri saja tidak penting untuk menilai berat obstruksi dan efek pengobatan tetapi banyak penderita tanpa keluhan juga pemeriksaan spirometrinya menunjukkan obstruksi (Musliha, 2010).

2.1.8. Penatalaksanaan Asma

Secara garis besar, penatalaksanaan asma dapat dibedakan menjadi:

2.1.8.1. Pengendalian asma

Manajemen pengendalian asma terdiri atas:

a. Pengetahuan

Memberikan pengetahuan kepada penderita asma tentang keadaan penyakitnya dan mekanisme pengobatan yang akan dijalaninya kedepan.

b. Monitor

Memonitor asma secara teratur kepada tim medis yang menangani penyakit asma. Memonitor perkembangan gejala, hal-hal apa saja yang mungkin terjadi terhadap penderita asma dengan kondisi gejala yang dialami.

c. Menghindari faktor resiko

Hal yang paling mungkin dilakukan penderita asma dalam mengurangi gejala asma adalah menghindari faktor pencetus yang dapat meningkatkan gejala asma. Faktor resiko ini dapat berupa makanan, obat-obatan, polusi, dan sebagainya (*Global Initiative For Asthma*, 2012).

2.1.8.2. Pengobatan secara farmakologis

Pengobatan farmakologis terhadap penderita asma dilakukan berdasarkan tingkat keparahan terhadap gejala asma tersebut. Pada penderita asma *intermitten* tidak ada farmakologis sedangkan pada penderita asma *mild intermitten* menggunakan pilihan obat glukosteroid inhalasi dan didukung oleh teofilin, kromones, atau leukotrien. Untuk asma *moderate persisten* menggunakan pilihan obat β -agonist inhalasi dikombinasi dengan glukokortikoid inhalasi, teofilin atau leukotriene.

Obat pengontrol asma (*Controller*) sebagai berikut:

a. Glukokortikosteroid inhalasi: jenis obat ini digunakan selama satu bulan lebih untuk mengurangi gejala inflamasi asma. Obat ini dapat menimbulkan iritasi pada bagian saluran napas atas dan dapat memberikan efek sistemik, menekan kerja adrenal atau mengurangi aktivitas osteoblast.

b. Glukokortikosteroid oral: mekanisme kerja obat ini sama dengan glukokortikosteroid inhalasi. Namun obat ini dapat menimbulkan hipertensi, diabetes, penekanan kerja hipotalamus-pituitary dan adrenal, katarak, obesitas, dan kelemahan.

c. *Kromones (Sodium Cromoglycate dan Nedocromyl Sodium)*: obat ini dapat menurunkan jumlah eosin bronkhial pada gejala asma selain itu obat ini juga dapat menimbulkan batuk jika pemakaian menggunakan formulasi powder.

d. *Teofilin*: obat ini berfungsi untuk menghilangkan gejala asma atau mencegah asma bronkhial dengan merelaksasi secara langsung otot polos bronki dan

pembuluh darah pulmonal. Efek samping dari obat ini berupa mual, muntah, diare, sakit kepala, dan insomnia.

e. *Leukotriens*: obat ini berfungsi sebagai anti inflamasi, mengurangi gejala batuk dan menurunkan gejala asma (*Global Initiative For Asthma*, 2012).

Obat untuk meringankan asma (*Reliever*) terdiri atas: (1) B₂-agonist inhalasi dan oral: obat ini bekerja sebagai bronkodilator yang digunakan untuk mengontrol gejala asma. Obat ini dapat menstimuli kerja jantung, tremor otot skeletal dan hipoksia. (2) Antikolinergik: obat ini sebagai bronkodilator yang dapat meningkatkan fungsi paru dan juga dapat menyebabkan mulut kering dan pengeluaran mukus (*Global Initiative For Asthma*, 2012).

2.1.8.3. Penatalaksanaan asma secara non farmakologis

Secara non farmakologis, penatalaksanaan asma dapat dilakukan dengan inhalasi sederhana. Penderita asma biasanya mempunyai gejala seperti batuk, mengi, dan sesak napas. Gejala tersebut dapat terjadi pada pagi ataupun malam hari yang sangat mengganggu aktivitas ataupun tidur penderita. Sebagai pengganti obat-obatan, penderita bisa menggunakan inhalasi sederhana (metode penguapan) dengan tambahan daun mint untuk mengurangi gejala yang timbul seperti sesak napas. Pada daun dan ujung-ujung cabang tanaman mint yang sedang berbunga mengandung 1% minyak atsiri, 78% mentol bebas, 2% mentol tercampur ester, dan sisanya resin, tannin, asam cuka (Tjitrosoepomo, 2010).

Kandungan penting yang terdapat didaun mint adalah menthol (dekongestan alami). Dimana minyak esensial menthol yang terdapat didaun mint, berguna untuk melonggarkan saluran pernapasan. Aroma menthol yang terdapat pada daun mint memiliki anti inflamasi yang nantinya akan membuka saluran pernapasan. Daun mint juga akan melonggarkan bronkus sehingga akan melancarkan pernapasan. Sedangkan minyak atsiri dapat memperlebar saluran pernapasan sehingga akan memungkinkan aliran udara masuk ke paru-paru menjadi lebih lancar dan akan meringankan pernapasan (Tjitrosoepomo, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian (Siswantoro, 2017) didapatkan adanya pengaruh nilai skala sesak napas sebelum dan sesudah diberikan inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint. Pada hasil *Uji Wilcoxon Signed rank Test* diperoleh data *p value* $0,0008 < (\alpha) 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya ada pengaruh inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint terhadap penurunan sesak napas. Pada hasil *Uji Mann Whiney U* menunjukkan *p value* $0,0006 < (\alpha) 0,05$ yang berarti ada perbedaan antara nilai skala sesak napas kelompok eksperimen yang diberikan inhalasi sederhana tambahan daun mint dengan nilai skala sesak napas kelompok kontrol tanpa diberikan inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint.

Pada kelompok eksperimen sebelum diberikan inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint didapatkan 5 responden mengalami sesak napas dengan derajat sedang dan 3 responden mengalami sesak napas dengan derajat berat. Kemudian sesudah diberikan inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint menjadi 4 responden mengalami sesak napas dengan derajat ringan, 3 responden dengan sesak napas derajat sedang, dan 1 responden dengan sesak napas derajat berat. Dalam penelitian ini inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint dilakukan 3x sehari dalam waktu 5-10 menit saat sesak napas selama 3 hari ternyata sangat efektif untuk mengurangi sesak napas.

Cara pembuatan inhalasi sederhana tambahan daun mint yaitu dengan merebus 500cc air hingga mendidih, pindahkan air tersebut ke dalam kom, lalu tambahkan 15-20 helai daun mint. Setelah itu diamkan kira-kira 2-3 menit, tunggu sampai aroma daun mint tercium. Tempatkan pasien dengan nyaman dan letakkan kom dimaja yang berada didepan pasien. Kemudian pasang corong dihidung dan diarahkan ke kom yang berisi air tambahan daun mint. Hirup uap yang keluar dari corong selama kurang lebih 5-10 menit. Jika sudah tidak tercium aroma daun mint, lepaskan corong dan bersihkan hidung sampai mulut yang terkena uap.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1. Definisi Keluarga

Menurut (Friedman, 2010) keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

2.2.2. Fungsi Keluarga

Menurut (Friedman, 2010) fungsi keluarga terbagi menjadi lima antara lain:

- a. Fungsi afektif (*The affective function*) adalah fungsi keluarga yang di butuhkan untuk mengajarkan segala sesuatu kepada anggota keluarga yang berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikologi anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi adalah perkembangan dan perubahan yang dilalui individu untuk interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, norma-norma, serta tingkah laku sesuai tingkat perkembangan anak.
- c. Fungsi reproduksi (*The reproduction function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup keluarga.
- d. Fungsi ekonomi (*The economic fungtion*) yaitu fungsi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga dan kemampuan untuk meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The health care function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga yang merupakan tugas keluarga di bidang kesehatan.

2.2.3. Tugas Keluarga dalam Pemeliharaan Kesehatan

Menurut (Friedman, 2010) keluarga mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. Mengenal gangguan dan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat terhadap anggota keluarga yang sakit.

- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepada anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik dengan fasilitas kesehatan.

2.2.4. Peran perawat dalam memberi asuhan keperawatan pada keluarga:

Peran perawat dalam membantu keluarga yang menderita asma sebagai berikut:

- a. Pengenal tentang gejala sesuatu penyakit tertentu.
- b. Pemberi perawatan pada anggota keluarga yang menderita penyakit.
- c. Koordinator pelayanan kesehatan kepada keluarga yang menderita penyakit asma.
- d. Fasilitator.
- e. Pendidik kesehatan.
- f. Penyuluh dan konsultasi.
- g. Perawat berperan sebagai petunjuk dalam asuhan keperawatan dasar terhadap keluarga yang anggotanya menderita penyakit.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian

Menurut (Friedman, 2010) pengkajian dimaksud untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian dapat dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, atau melalui data sekunder yang didapat dari data puskesmas, desa, bidan dan hasil pemeriksaan laboratorium dan lain sebagainya.

Data yang harus dikaji dalam keluarga, menurut (Friedman, 2010).

2.3.1.1 Data umum keluarga, pengkajian data umum keluarga meliputi:

- a. Nama kepala keluarga (KK), berisi nama kepala keluarga dalam keluarga tersebut dan nama klien ditulis initial sebagai privasi.
- b. Umur dan jenis kelamin KK, berisi umur dan jenis kelamin kepala keluarga dalam satu keluarga tersebut.

- c. Pendidikan KK, berisi pendidikan terakhir yang ditempuh kepala keluarga dalam satu keluarga tersebut.
- d. Pekerjaan KK, menjelaskan pekerjaan tiap hari yang dilakukan kepala keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup satu keluarga tersebut.
- e. Alamat, berisi tempat tinggal alamat lengkap yang ditempati keluarga dalam satu rumah.
- f. Komposisi keluarga, berisi mengenai riwayat anggota keluarga terdiri dari nama anggota keluarga, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, umur, pendidikan, pekerjaan.
- g. Genogram, berisi silsilah keluarga yang terdiri dari tiga generasi disajikan dalam bentuk bagan dengan menggunakan simbol-simbol atau sesuai format pengkajian yang dipakai.
- h. Tipe keluarga, menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan pembagian keluarga tradisional dan non tradisional.
- i. Suku bangsa, menjelaskan mengenai suku bangsa anggota keluarga serta budaya yang terkait dengan kesehatan. Suku bangsa yang dimaksud seperti Jawa, Sunda, Batak, dan lain sebagainya.
- j. Agama, menjelaskan mengenai agama yang dianut masing-masing anggota keluarga serta aturan agama yang dianut oleh keluarga terkait dengan kesehatan.
- k. Status sosial ekonomi, menjelaskan mengenai pendapatan kepala keluarga atau anggota keluarga yang sudah bekerja, kebutuhan sehari-hari serta harta kekayaan atau barang-barang yang dimiliki keluarga.
- 1. Aktivitas rekreasi keluarga, menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam rekreasi atau refreshing. Rekreasi tidak harus ke tempat wisata, tetapi berkumpul bersama keluarga atau menonton TV juga termasuk rekreasi.

2.3.1.2 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini, data ini ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.
- b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga saat ini yang belum terpenuhi dan mengapa belum terpenuhi.

- c. Riwayat keluarga inti, menjelaskan mengenai penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi, sumber kesehatan yang biasa digunakan serta pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan.
- d. Riwayat keluarga sebelumnya, menjelaskan kesehatan dari pihak suami dan istri.

2.3.1.3 Pengkajian lingkungan

- a. Karakteristik rumah, menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, penempatan perabot rumah tangga, WC, serta jarak WC ke sumber air.
- b. Karakteristik tetangga dan komunitas setempat, menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan budaya yang mempengaruhi kesehatan.
- c. Mobilitas geografis keluarga, menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat.
- d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, sejauh mana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat.
- e. Sistem pendukung keluarga, menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan kesehatan, dan lain sebagainya.

2.3.1.4 Struktur komunikasi keluarga meliputi: pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur peran serta nilai dan norma keluarga.

2.3.1.5 Fungsi keluarga terdiri dari: (a) Fungsi afektif/perasaan memiliki, dukungan, kehangatan, kasih sayang, saling menghargai. (b) Fungsi sosialisasi/interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku. (c) Fungsi perawatan kesehatan/mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota yang sakit, memelihara lingkungan yang sehat, menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat. (d) Fungsi reproduksi/mengetahui keluarga merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri, masalah yang muncul jika ada. (e) Fungsi ekonomi/kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan.

2.3.1.6 Stress dan koping keluarga, meliputi stress jangka pendek dan jangka panjang, kemampuan keluarga merespon stressor, strategi koping yang digunakan, strategi koping disfungsi.

2.3.1.7 Pemeriksaan fisik, semua anggota keluarga diperiksa secara lengkap seperti prosedur pemeriksaan fisik di tempat pelayanan kesehatan.

2.3.1.8 Harapan keluarga, terhadap petugas kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian. Proses perumusan diagnosa diawali dengan melakukan analisis data, penentuan diagnosis, kemudian penentuan prioritas diagnosis. Analisis data dilakukan untuk mengelompokkan data hasil pengkajian menjadi data subjektif (DS) dan data objektif (DO). Pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam DS sedangkan data yang diambil dengan observasi, data sekunder atau data selain pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam DO. Rumusan masalah berdasarkan NANDA dan etiologi berdasarkan hasil pengkajian dari tugas perawatan keluarga yang terdiri dari 5 (lima) tugas yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada (Friedman, 2010).

Diagnosa keperawatan keluarga dibedakan menjadi tiga, antara lain: Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan). Diagnosa keperawatan keluarga resiko (ancaman) dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan. Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera (potensial) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan (Chayatin, 2012).

Diagnosa keperawatan keluarga yang muncul pada penderita asma sebagai berikut: (1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan

ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit asma. (2) Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit asma. (3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. (4) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit asma (Rengganis, 2008).

2.3.3. Penentuan Prioritas

Perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosis keperawatan keluarga dalam satu keluarga. Diagnosis terdapat empat kriteria yang akan menentukan prioritas diagnosa, setiap kriteria memiliki bobotnya masing-masing. Kriteria tersebut terdiri dari sifat masalah, kemungkinan masalah untuk diubah, potensial masalah dicegah dan menonjolkan masalah. Setiap kriteria mempunyai skor yang berbeda.

Tabel 2.1 Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga (Susanto, 2012).

Kriteria	Skore	Bobot
1.Sifat masalah Skala : Tidak/kurang sehat Ancaman kesehatan Keadaan sejahtera	2 3 1	1
2.Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3.Potensial masalah untuk dicegah Skala : Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4.Menonjolnya masalah Skala : Masalah berat harus ditangani Ada masalah tapi tidak perlu segera ditangani Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Skoring :

1. Tentukan skor untuk tiap masalah.
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot.
(Skor ÷ angka tertinggi) x bobot.
3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria (Susanto, 2012).

2.3.4. Intervensi Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit asma.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 kali pertemuan, diharapkan tidak ada sumbatan di jalan napas.

Tujuan khusus: setelah dilakukan 1 kali kunjungan, diharapkan keluarga mampu memberikan inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk mengurangi sesak napas.

Kriteria hasil: menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas normal, frekuensi napas normal, tidak ada suara napas abnormal).

Intervensi:

a. Auskultasi suara napas klien, catat adanya suara napas.

R/: untuk mengetahui suara napas pasien.

b. Posisikan klien duduk untuk memaksimalkan ventilasi.

R/: posisi memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

c. Berikan klien terapi inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk mengurangi sesak napas.

R/: untuk mengeluarkan sekret yang ada di jalan napas.

d. Berikan pendidikan kesehatan tentang manfaat dari inhalasi sederhana tambahan daun mint.

R/: agar keluarga klien mengetahui manfaat dari inhalasi sederhana tambahan daun mint.

2. Ketidakefektifan pola napas ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit asma.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 kali pertemuan diharapkan pola napas klien dalam batas normal.

Tujuan khusus: setelah dilakukan 1 kali kunjungan diharapkan keluarga mampu memberikan inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk mengurangi sesak napas.

Kriteria hasil: menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas normal, frekuensi pernapasan dalam batas normal, tidak ada suara napas tambahan) dan tanda-tanda vital dalam rentang normal (TD:60-80/100-120 mmHg, N: 80-100x/m, RR: 18-20x/m).

Intervensi:

a. Monitor pola pernapasan klien.

R/: untuk mengetahui pola napas klien.

b. Auskultasi suara napas klien.

R/: untuk mengetahui suara napas klien.

c. Monitor TD, nadi, respirasi klien.

R/: untuk mengetahui TTV klien.

d. Berikan terapi inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk mengurangi sesak napas.

R/: untuk mengencerkan serket di jalan napas.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 kali pertemuan diharapkan klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

Tujuan khusus: setelah dilakukan 1 kali kunjungan rumah, diharapkan keluarga dapat merawat anggota keluarga yang sakit asma.

Kriteria hasil: klien dapat berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan TD, nadi, dan respirasi.

Intervensi:

a. Tentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien.

R/: mencegah penggunaan energi yang berlebihan karena dapat menimbulkan kelelahan.

b. Anjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas.

R/: memudahkan klien untuk mengenali kelelahan dan waktu untuk istirahat.

c. Anjurkan klien untuk membatasi aktivitas yang cukup berat.

R/: mencegah timbulnya sesak akibat aktivitas fisik yang terlalu berat.

4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit asma.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 kali pertemuan diharapkan keluarga klien mampu mengetahui tentang penyakit asma.

Tujuan khusus: setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 kali kunjungan rumah diharapkan keluarga klien paham tentang penyakit asma.

Kriteria hasil: klien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit (pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan program pengobatan).

Intervensi:

a. Kaji pengetahuan keluarga tentang asma.

R/: untuk mengetahui pengetahuan keluarga klien tentang asma.

b. Kaji pengetahuan keluarga klien tentang tanda dan gejala asma.

R/: untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga klien tentang asma.

c. Berikan pemahaman keluarga klien tentang penyebab asma.

R/: agar keluarga klien mengetahui tentang penyebab asma.

d. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, tanda gejala, penyebab, dan program pengobatan untuk pasien asma.

R/: agar keluarga klien dapat mengetahui tentang pengertian, tanda gejala, penyebab, dan program pengobatan asma.

2.3.5. Implementasi

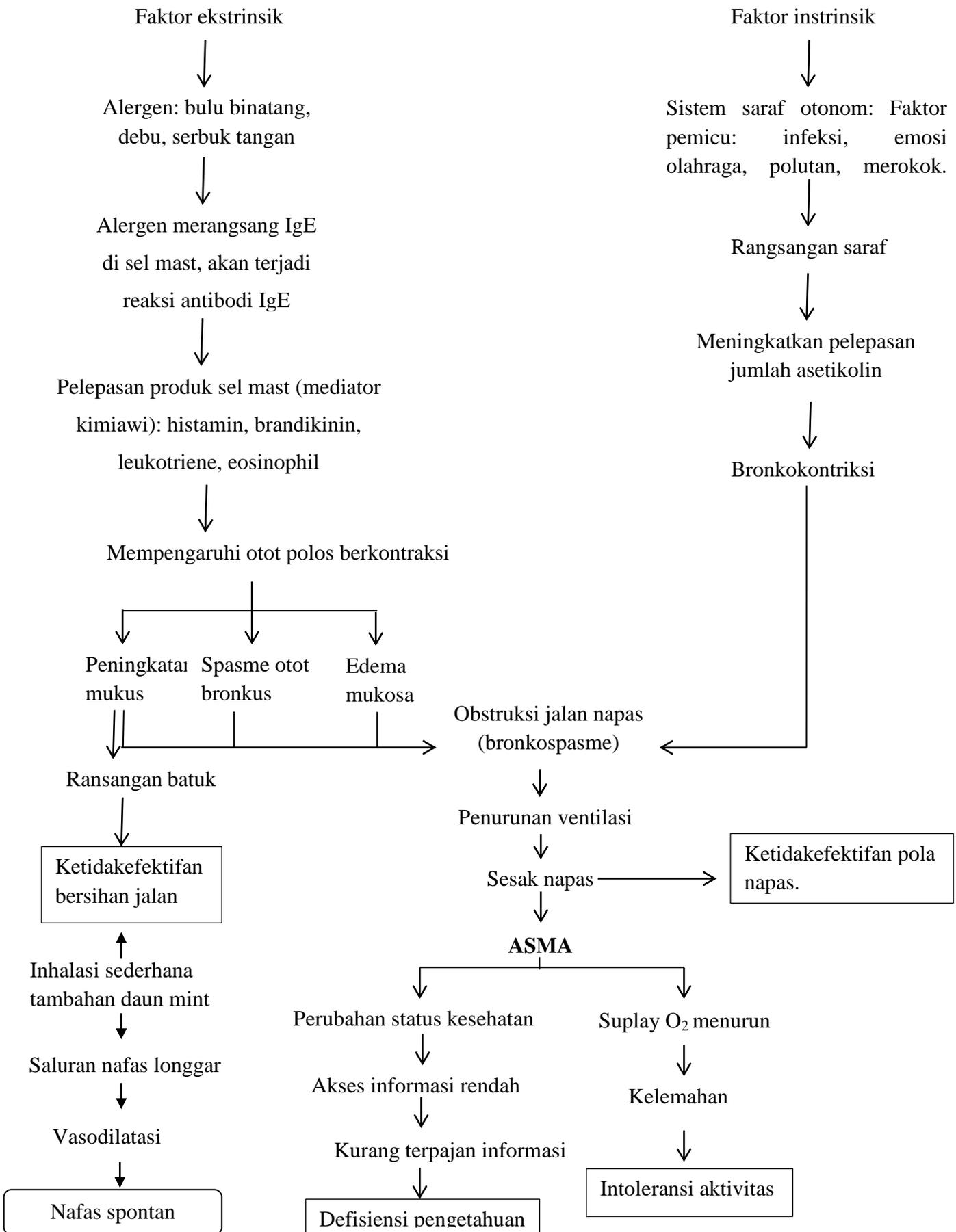
Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk: mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan yang berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2012).

Implementasi asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural menggunakan tiga strategi utama, yaitu: mempertahankan budaya yang sesuai dengan situasi dan kondisi kesehatannya saat ini, negosiasi budaya yang lebih menguntungkan situasi dan kondisi kesehatan saat ini, dan melakukan restrukturisasi budaya, yaitu dengan menggantikan budaya yang lebih sesuai dengan situasi kesehatannya saat ini (Sudiharto, 2012).

2.3.6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga. Sebagai komponen kelima dalam proses keperawatan, evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan akan menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan evaluasi (Sudiharto, 2012).

2.4 PATHWAY



(Rengganis, 2008).

BAB 3

LAPORAN KASUS

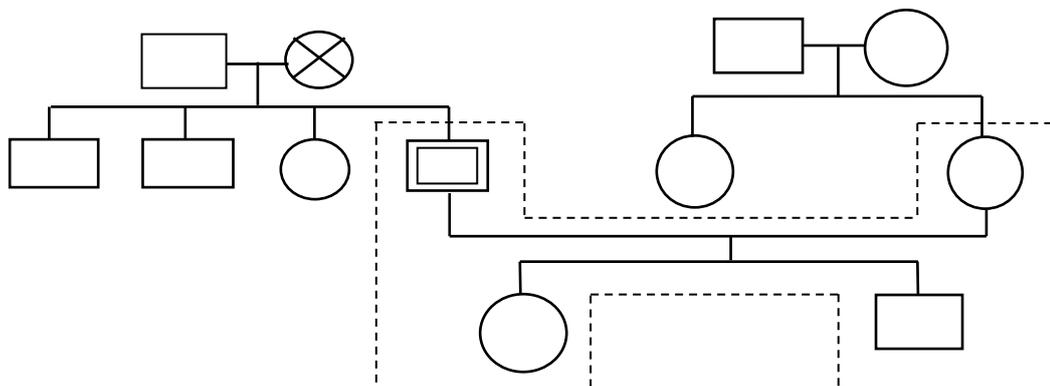
Penulis akan menguraikan pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pada Tn. A dengan ketidakefektifan pola napas, yang dilakukan pada tanggal 09 Juli 2018. Asuhan keperawatan ini dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 10 Juli 2018 sampai dengan tanggal 12 Juli 2018 di wilayah Kaliangkrik Kabupaten Magelang. Asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Umum

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan tanggal 09 Juli 2018 di keluarga Tn. A didapatkan data melalui hasil observasi, wawancara langsung (*autoanamnesa*) dengan klien ataupun dengan keluarga klien (*alloanamnesa*), serta pemeriksaan. Data yang diperoleh dari hasil pengkajian adalah sebagai berikut: kepala keluarga bernama Tn. A berumur 46 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP, pekerjaan petani, alamat di Dusun Junjungan Rt 03 Rw 06 Desa Giriwarno Kecamatan Kaliangkrik Kabupaten Magelang. Tn. A mempunyai istri bernama Ny. A berumur 30 tahun bekerja sebagai pedagang, pendidikan terakhir SMP. Tn. A mempunyai 2 orang anak yaitu An. U berumur 12 tahun masih sekolah dan An. Z berumur 8 tahun masih sekolah.

Komposisi keluarga Tn. A dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

-  : laki-laki
-  : Klien
-  : perempuan
-  : perempuan meninggal karena penyakit jantung
- : garis pernikahan
- : tinggal serumah

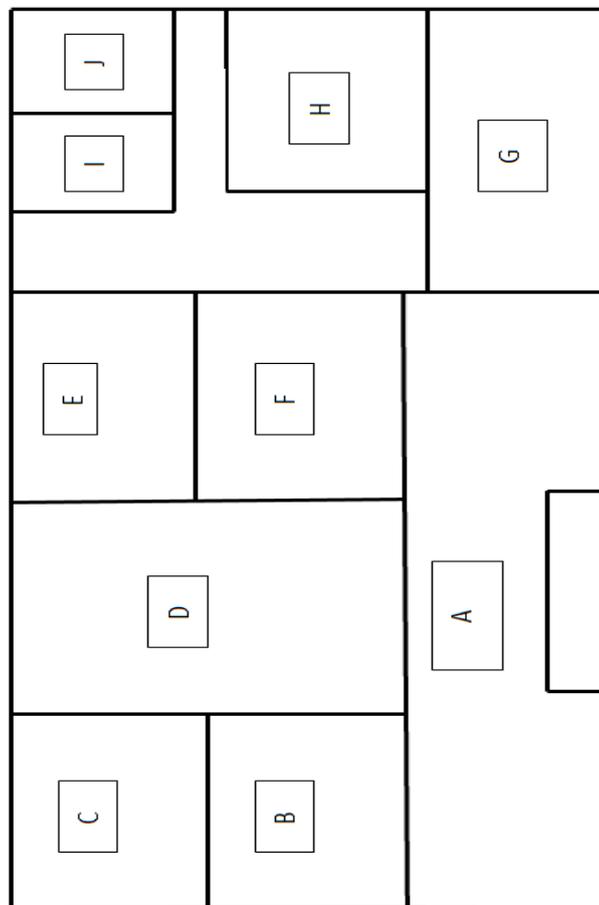
Berdasarkan data dari genogram diatas diperoleh tipe keluarga Tn. A adalah keluarga inti terdiri dari ayah, ibu, dan 2 orang anak. Suku bangsa dari garis keturunan keluarga Tn. A adalah suku jawa, agama yang dianut oleh keluarga Tn. A adalah agama islam dan keluarga Tn. A menjalankan ibadah sesuai ketentuan. Status eonomi keluarga Tn. A saat ini bekerja sebagai petani, yang digunakan untuk menghidupi keluarganya dan menyekolahkan anaknya. Aktivitas rekreasi keluarga Tn. A hanya berbincang-bincang dengan tetangganya dan menonton televisi sebagai hiburan.

Dari pengkajian riwayat tahap perkembangan keluarga. Tahap perkembangan keluarga Tn. A saat ini tahap V keluarga dengan anak remaja. Anak pertama Tn. A berumur 12 tahun dan anak kedua Tn. A berumur 8 tahun. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi. An. U dan An. Z belum selesai sekolah. Riwayat keluarga inti Tn. A saat ini tidak ada yang mempunyai penyakit berat, hanya saja akhir-akhir ini Tn. A sering sesak nafas pada saat kedinginan dan kecapaian. Dilihat dari riwayat keluarga sebelumnya dari garis kerurunan Tn. A mempunyai riwayat penyakit keturunan penyakit asma. Sedangkan dilihat dari riwayat garis keturunan Ny. A tidak memiliki riwayat penyakit keturunan.

Data lingkungan pada karakteristik rumah Tn. A adalah berbentuk permanen, luas bangunan 84 meter², ventilasi rumah cukup terdapat jendela disetiap ruangan,

pencahayaannya cukup. Untuk kebutuhan MCK keluarga Tn. A sudah menggunakan kamar mandi dan WC. Pembuangan air limbah dibuang diselokan. Disekitar rumah Tn. A tidak terdapat air menggenang. Lingkungan Tn. A cukup bersih. Jarak rumah dengan sumber kesehatan ± 0.5 km.

Denah rumah Tn. A



Keterangan:

A: Ruang tamu

F: Kamar tidur

B: Kamar tidur

G: Warung

C: Kamar tidur

H: Dapur

D: Ruang santai

I: WC

E: Ruang makan

J: Kamar mandi

Karakteristik rumah dan komunitas RW. Sebagian masyarakat dilingkungan sekitar rumah Tn. A pada siang hari sebagian bekerja. Mobilitas geografi keluarga, keluarga Tn. A jarang bepergian jauh. Keluarga Tn. A memiliki sepeda motor yang dapat digunakan untuk bepergian. Rumah Tn. A berada di pedesaan, lokasi rumah mudah dijangkau dengan kendaraan. Tn. A setelah menikah dengan Ny. A bertempat tinggal di Junjungan dan belum pernah berpindah tempat tinggal. Perkumpulan keluarga besar Tn. A dilakukan setiap setahun sekali pada saat lebaran, hubungan keluarga Tn. A dengan tetangga baik, Tn. A sering mengikuti perkumpulan yang diadakan oleh warga, Ny. A juga sering mengikuti kumpulan ibu-ibu PKK dan yasinan setiap malam kamis. Anak-anaknya juga aktif dalam masyarakat, mengikuti perkumpulan remaja dan TPA. Hubungan keluarga Tn. A dengan keluarga besarnya baik, keluarga saling mendukung dan membantu salah satu keluarganya mempunyai masalah.

Pengkajian struktur keluarga. Pola komunikasi dalam keluarga Tn. A biasanya menggunakan bahasa jawa. Pola komunikasi yang digunakan adalah terbuka. Dalam keluarga Tn. A jika mempunyai masalah diselesaikan dengan musyawarah bersama. Struktur peran, Tn. A berperan sebagai kepala keluarga, suami, dan bapak dari 2 orang anak. Tn. A menafkahi keluarganya menggunakan penghasilannya sebagai petani. Ny. A sebagai seorang istri dan ibu dari 2 orang anak, setiap hari Ny. A melayani dan memenuhi kebutuhan suami dan anaknya. An. U berperan sebagai anak pertama dan kakak dari satu orang adik, saat ini masih bersekolah. An. Z berperan sebagai seorang anak terakhir dan adik dari satu orang kakak. An. Z mempunyai peran penyelesaian sekolahnya.

Keluarga memiliki berbagai macam fungsi. Dari hasil pengkajian fungsi yang pertama yaitu fungsi afektif pada keluarga Tn. A terlihat sangat harmonis antar anggota keluarga, keluarga Tn. A saling memberikan perhatian dan kasih sayang, menghormati dan berusaha memelihara hubungan baik antar anggota keluarganya. Fungsi sosial, keluarga Tn. A mengatakan selalu membina sosialisasi pada anaknya sehingga dapat menaati norma dan peraturan sesuai dengan perkembangan, serta dapat berinteraksi dengan lingkungan secara baik. Fungsi perawatan kesehatan keluarga Tn. A dalam mengenal masalah kesehatan Tn. A kurang mengerti tentang penyakitnya. Sebelumnya Tn. A pernah memeriksakan di klinik tentang penyakit asma yang dideritanya. Tn. A juga kurang mengetahui cara mengontrol sesak nafasnya. Fungsi reproduksi Tn. A setelah menikah dengan Ny. A kurang lebih 14 tahun memiliki 2 orang anak, saat ini Ny. A menggunakan KB suntik. Fungsi ekonomi Tn. A saat ini masih bekerja sebagai petani yang digunakan untuk kebutuhan sehari-hari dan membiayai sekolah anaknya.

Pengkajian stress dan coping keluarga. Stressor jangka panjang yang terjadi keluarga Tn. A mengatakan kedua anaknya masih bersekolah, masih membutuhkan biaya karena anak pertama baru masuk SMP dan anak kedua masih dibangku SD. Stressor jangka pendek keluarga Tn. A mengatakan sakit yang diderita Tn. A tidak sembuh-sembuh walaupun sudah dibawa ke klinik tetapi masih sering sesak nafas. Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor, keluarga Tn. A selalu memberi dorongan dan semangat kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan/masalah yang lainnya. Strategi coping yang digunakan apabila keluarga Tn. A memiliki permasalahan diselesaikan dengan musyawarah, untuk permasalahan masing-masing anggota diselesaikan sendiri-sendiri apabila bisa diselesaikan.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keluarga Tn. A adalah keadaan umum baik, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36.5⁰C, respirasi 26x/menit. pemeriksaan fisik umum kepala tidak ada hematom, rambut berwarna hitam ada uban, pada mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien

tidak mengalami penurunan penglihatan. Pada telinga terdapat serumen sedikit, pendengaran klien baik. Pada hidung tidak ada pembesaran polip, lubang hidung simetris, indra pembau masih baik, tidak ada nafas cuping hidung. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Pada bibir dan mulut sianosis tidak ada, tidak ada peradangan gusi, mukosa bibir kering, tidak sariawan.

Pada pemeriksaan dada (paru-paru), inspeksi simetris, inspirasi dan ekspirasi terlihat lebih panjang inspirasi, palpasi ekstras dada baik, perkusi sonor, tidak ada nyeri saat diperkusi, auskultasi *wheezing*, frekuensi nafas 26x/menit, pola nafas cepat dan dangkal, irama nafas lebih panjang saat inspirasi daripada ekspirasi. Pada pemeriksaan dada (jantung), inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi, palpasi ictus cordis teraba di intercostal 4-5 midclavicula sinistra, perkusi redup, auskultasi bunyi S1 dan S2 reguler. Pemeriksaan pada abdomen, inspeksi simetris, tidak ada luka pada daerah perut, auskultasi bising usus 10x/menit, perkusi timpani, palpasi tidak ada nyeri tekan. Pada ekstremitas atas, edema tidak ada, deformitas tidak ada, kekuatan otot 5/5. Pada ekstremitas bawah, tidak ada edema, tidak ada deformitas, kekuatan otot 5/5.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keluarga Ny. A adalah keadaan umum baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36.5⁰C, respirasi 20x/menit. pemeriksaan fisik umum kepala tidak ada hematom, rambut berwarna hitam, pada mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien tidak mengalami penurunan penglihatan. Pada telinga terdapat serumen sedikit, pendengaran klien baik. Pada hidung tidak ada pembesaran polip, lubang hidung simetris, indra pembau masih baik, tidak ada nafas cuping hidung. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Pada bibir dan mulut sianosis tidak ada, tidak ada peradangan gusi, mukosa bibir lembab, tidak sariawan.

Pada pemeriksaan dada (paru-paru), inspeksi simetris, inspirasi dan ekspirasi terlihat lebih panjang inspirasi, palpasi ekstras dada baik, perkusi sonor, tidak ada nyeri saat diperkusi, auskultasi vesikuler. Pada pemeriksaan dada (jantung),

inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi, palpasi ictus cordis teraba di intercostal 4-5 midclavicula sinistra, perkusi redup, auskultasi bunyi S1 dan S2 reguler. Pemeriksaan pada abdomen, inspeksi simetris, tidak ada luka pada daerah perut, ausjultasi bising usus 10x/menit, perkusi timpani, palpasi tidak ada nyeri tekan. Pada ekstremitas atas, edema tidak ada, deformitas tidak ada, kekuatan otot 5/5. Pada ekstremitas bawah, tidak ada edema, tidak ada deformitas, dan kekuatan otot 5/5.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keluarga An. U adalah keadaan umum baik, nadi 80x/menit, suhu 36.5°C , respirasi 23x/menit. pemeriksaan fisik umum kepala tidak ada hematom, rambut berwarna hitam, pada mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien tidak mengalami penurunan penglihatan. Pada telinga terdapat serumen sedikit, pendengaran klien baik. Pada hidung tidak ada pembesaran polip, lubang hidung simetris, indra pembau masih baik, tidak ada nafas cuping hidung. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Pada bibir dan mulut sianosis tidak ada, tidak ada peradangan gusi, mukosa bibir lembab, tidak sariawan.

Pada pemeriksaan dada (paru-paru), inspeksi sometris, inspirasi dan ekspirasi terlihat lebih panjang inspirasi, palpasi ekstrasi dada baik, perkusi sonor, tidak ada nyeri saat diperkusi, auskultasi vesikuler. Pada pemeriksaaan dada (jantung), inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi, palpasi ictus cordis teraba di intercostal 4-5 midclavicula sinistra, perkusi redup, auskultasi bunyi S1 dan S2 reguler. Pemeriksaan pada abdomen, inspeksi simetris, tidak ada luka pada daerah perut, ausjultasi bising usus 8x/menit, perkusi timpani, palpasi tidak ada nyeri tekan. Pada ekstremitas atas, edema tidak ada, deformitas tidak ada, kekuatan otot 5/5. Pada ekstremitas bawah, tidak ada edema, tidak ada deformitas, dan kekuatan otot 5/5.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keluarga An. Z adalah keadaan umum baik, nadi 85x/menit, suhu 36.5°C , respirasi 23x/menit. pemeriksaan fisik umum

kepala tidak ada hematoma, rambut berwarna hitam, pada mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien tidak mengalami penurunan penglihatan. Pada telinga terdapat serumen sedikit, pendengaran klien baik. Pada hidung tidak ada pembesaran polip, lubang hidung simetris, indra pembau masih baik, tidak ada nafas cuping hidung. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Pada bibir dan mulut sianosis tidak ada, tidak ada peradangan gusi, mukosa bibir lembab, tidak sariawan.

Pada pemeriksaan dada (paru-paru), inspeksi simetris, inspirasi dan ekspirasi terlihat lebih panjang inspirasi, palpasi ekstrasid dada baik, perkusi sonor, tidak ada nyeri saat dipercusi, auskultasi vesikuler. Pada pemeriksaan dada (jantung), inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi, palpasi ictus cordis teraba di intercostal 4-5 midclavicula sinistra, perkusi redup, auskultasi bunyi S1 dan S2 reguler. Pemeriksaan pada abdomen, inspeksi simetris, tidak ada luka pada daerah perut, auskultasi bising usus 7x/menit, perkusi timpani, palpasi tidak ada nyeri tekan. Pada ekstremitas atas, edema tidak ada, deformitas tidak ada, kekuatan otot 5/5. Pada ekstremitas bawah, tidak ada edema, tidak ada deformitas, dan kekuatan otot 5/5.

3.2 Analisa Data

Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan, maka didapat data masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas ditandai dengan data subjektif Tn. A mengeluh sesak nafas dan batuk, sesak nafas biasanya kambuh saat kedinginan dan kecapekan, nafasnya pendek dan cepat, klien susah tidur. Keluarga Tn. A mengatakan tidak tahu bagaimana cara mengurus Tn. A. Keluarga Tn. A khawatir jika penyakit asma yang diderita bertambah parah. Data objektifnya yaitu respirasi 26x/menit, N: 84x/menit. Klien tampak lemas dan terengah-engah saat bernafas.

Data kedua yaitu intoleransi aktivitas dengan data subjektif Tn. A mengatakan badan lemas, klien mengeluh sesak nafas, keluarga Tn. A mengatakan pada saat sesak nafas nya kambuh, Tn. A hanya tiduran dan tidak melakukan kegiatan.

Keluarga Tn. A mengatakan Tn. A tidak melakukan pemeriksaan secara rutin pada tenaga kesehatan. Data objektifnya yaitu Tn. A tampak lemah, mukosa bibir klien tampak kering, klien tampak pucat, TD: 140/90 mmHg.

Data ketiga yaitu defisiensi pengetahuan dengan data subjektif Tn. A mengatakan kurang mengetahui cara mengontrol sesak nafasnya. Keluarga mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita Tn. A dan cara menanganinya. Data objektifnya yaitu keluarga dan klien tampak bingung dan belum begitu mengerti tentang penyakit Tn. A, keluarga tampak menanyakan tentang penyakit dan cara merawat Tn. A.

Dari data diatas diperoleh diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit asma. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit asma.

3.3 Skoring

Skoring dan prioritas masalah keperawatan yang muncul yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Sifat masalah: aktual mendapatkan nilai 3/3x1 dengan hasil 1 pembenaran masalah: aktual, respirasi 26x/menit, nafas cepat, karena Tn. A mengalami sesak nafas. Kemungkinan masalah dapat diubah: sebagian, mendapat nilai 2/2x2 dengan hasil 2 pengetahuan keluarga Tn. A tentang penyakit yang diderita Tn. A masih terbatas. Tn. A tidak rutin kontrol ke puskesmas. Potensi masalah dapat dicegah: cukup, nilai 2/3x1 hasil 2/3 dengan pembenaran lama masalah sudah 5 tahun, Tn. A sudah kontrol ke klinik. Pada menonjolnya masalah: masalah berat harus segera ditangani mendapatkan nilai 2/2x1 hasil 1 dengan pembenaran keluarga menyadari jika Tn. A mempunyai penyakit asma dan jika tidak segera ditangani akan muncul berbagai ancaman bagi Tn. A,

sehingga keluarga ingin segera mengatasi masalah tersebut. Dari skoring tersebut pada masalah pertama mendapatkan skor total $4 \frac{2}{3}$.

Skoring dan prioritas masalah keperawatan kedua yang muncul yaitu intoleransi aktivitas. Sifat masalah: aktual mendapatkan nilai $3/3 \times 1$ hasil 1 dengan pembedaan asma yang dialami oleh Tn. A menyebabkan Tn. A tidak sanggup melakukan aktivitas-aktivitas yang berat dan menyebabkan Tn. A harus istirahat. Kemungkinan masalah dapat diubah: mudah mendapat nilai $2/2 \times 2$ hasil 2 dengan pembedaan masalah intoleransi aktivitas terjadi karena sesak nafas pada Tn. A bertambah saat beraktivitas. Untuk potensial masalah dapat dicegah: tinggi mendapat nilai $3/3 \times 1$ hasil 1 dengan pembedaan kemungkinan masalah dapat dicegah dengan menghindari faktor pencetus serta fasilitas pelayanan kesehatan pasien dapat dijangkau. Pada menonjolnya masalah: masalah berat segera ditangani mendapat nilai $1/2 \times 1$ hasil $1/2$ dengan pembedaan Tn. A mengatakan badannya lemas dan susah melakukan aktivitas karena sesak nafas. Dari skoring tersebut pada masalah kedua mendapatkan skor $4 \frac{1}{2}$.

Skoring dan prioritas masalah keperawatan ketiga yang muncul yaitu defisiensi pengetahuan. Sifat masalah: resiko mendapatkan nilai $2/3 \times 1$ hasil $2/3$ dengan pembedaan kurang pengetahuan akan cara penanganan asma. Kemungkinan masalah dapat diubah: mudah mendapat nilai $2/2 \times 2$ hasil 2 dengan pembedaan pemberian penjelasan dan pengetahuan yang tepat dapat membantu keluarga Tn. A untuk mengontrol sesak nafas pada Tn. A. Untuk potensial masalah dapat dicegah: cukup mendapat nilai $2/3 \times 1$ hasil $2/3$ dengan pembedaan pemberian pendkes tentang asma dan meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang asma. Pada menonjolnya masalah: masalah berat segera ditangani mendapat nilai $2/2 \times 1$ hasil 1 dengan pembedaan keluarga Tn. A menyadari dengan tidak terlalu capai dan menghindari alergen supaya sesak nafas tidak kambuh. Dari skoring tersebut pada masalah ketiga mendapatkan skor $3 \frac{4}{3}$.

Dari skoring kedua masalah, maka ditentukan prioritas masalah yang mengacu pada jumlah atau nilai total akhir skoring. Sehingga prioritas masalah mengambil dari total yang paling tinggi. Berdasarkan skoring yang sudah dinilai didapatkan bahwa diagnosa keperawatan dengan prioritas adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit asma.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit asma.

3.4 Diagnosa Keperawatan Prioritas

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn. A setelah dilakukan analisa data memunculkan beberapa diagnosa keperawatan:

3.1.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Dengan data subjektif klien mengatakan batuk dan nafasnya cepat dan pendek, klien mengeluh kalau malam susah tidur, klien mengatakan sesak nafas kambuh saat pencapaian dan pada saat dingin. Dari garis keturunan Tn. A neneknya mempunyai riwayat penyakit asma. Data objektif nafas Tn.A tampak cepat, klien tampak lemas, RR: 26x/menit, TD: 140/90 mmHg, Nadi: 84x/menit.

3.1.2 Intoleransi aktivitas. Dengan data subjektif Tn. A mengatakan badannya lemas, klien mengeluh sesak nafas. Keluarga Tn. A mengatakan pada saat sesak nafas nya kambuh, Tn. A hanya tiduran dan tidak melakukan kegiatan. Keluarga juga mengatakan jika klien tidak rutin melakukan pemeriksaan di tenaga kesehatan. Data objektifnya yaitu Tn. A tampak lemah, mukosa bibir klien tampak kering, klien tampak pucat, TD: 140/90 mmHg.

3.1.3 Defisiensi pengetahuan. Dengan data subjektif klien mengatakan kurang tahu cara mengontrol sesak nafas agar dapat berkurang. Keluarga Tn. A mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit Tn. A dan cara merawatnya.

Data objektif keluarga Tn. A tampak bingung dan belum begitu mengerti dengan penyakit asma, istri Tn. A selalu menanyakan penyakit yang diderita suaminya.

3.5 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas memiliki dua tujuan yaitu tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjangnya setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang sakit. Tujuan jangka pendek setelah diberikan tindakan keperawatan yang diberikan selama 1x60 menit diharapkan keluarga mampu mendemonstrasikan inhalasi sederhana tambahan daun mint secara teratur sesuai ketentuan, keluarga mau membawa anggota keluarga yang mengalami asma untuk kontrol ke puskesmas.

Menurut penelitian yang dilakukan (Siswantoro, 2017) mengenai pengaruh inhalasi sederhana dengan tambahan daun mint untuk menurunkan sesak napas pada penderita gangguan pernapasan. Sedangkan pada daun mint yang di gunakan untuk aroma terapi mengandung menthol sehingga sering juga digunakan untuk obat batuk. Aroma menthol pada daun mint memiliki anti-inflamasi sehingga nantinya akan membuka saluran pernapasan. Selain itu, daun mint akan melonggarkan bronkus yang akan melancarkan pernapasan. Berdasarkan hasil *uji Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh data *p value* $0,008 < (\alpha) 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya ada pengaruh inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk menurunkan sesak napas.

Rencana keperawatan, posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. Kaji keluhan yang dirasakan klien, ukur respirasi klien, anjurkan Tn. A untuk menghindari zat alergen supaya tidak terjadi kekambuhan pada sesak nafasnya, ajarkan Tn. A dan keluarga membuat inhalasi sederhana tambahan daun mint, anjurkan Tn. A untuk menghirup inhalasi sederhana tambahan daun mint, berikan

pendidikan kesehatan tentang asma, motivasi Tn. A untuk kontrol rutin di puskesmas.

3.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi untuk ketidakefektifan bersihan jalan nafas dilakukan selama 3 hari, tindakan setiap harinya antara lain:

Hari pertama dilakukan tanggal 10 Juli 2018 jam 15.00 mengkaji keluhan yang dirasakan Tn. A, mengukur respirasi Tn. A, mendiskusikan dengan keluarga cara perawatan asma dirumah, dengan respon Tn. A mengatakan sesak nafas saat dingin, keluarga mengatakan belum paham akan perawatan Tn. A dirumah. Respirasi 26x/menit, Tn. A tampak lemas, keluarga Tn. A tampak bingung. Jam 15.30 mendemonstrasikan pembuatan inhalasi sederhana tambahan daun mint pada keluarga Tn. A dengan respon keluarga mengatakan paham dengan cara pembuatan inhalasi sederhana tambahan daun mint. Menganjurkan Tn. A untuk menghirup uap inhalasi sederhana dengan respon klien mengatakan aroma daun mint tercium dan keluarga Tn. A tampak membuat inhalasi sederhana tambahan daun mint. Jam 15.50 menganjurkan Tn. A untuk rutin kontrol ke puskesmas dengan respon Tn. A mengatakan akan kontrol rutin ke puskesmas tiap bulannya dan klien tampak lemas.

Tindakan keperawatan yang dilakukan tanggal 11 Juli 2018 jam 18.00 mengevaluasi tindakan yang sudah dianjurkan kepada Tn. A (membuat inhalasi sederhana tambahan daun mint) dengan respon keluarga Tn. A mengatakan sudah bisa membyat inhalasi sederhana tambahan daun mint. Jam 18.15 memberikan inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk Tn. A dengan respon Tn. A mengatakn aroma daun mint terasa, Tn. A mengatakan lebih enak setelah menghirup uap daun mint dan Tn. A tampak lebih rileks. Jam 18.30 mengobservasi keadaan Tn. A dengan respon Tn. A mengatakan lebih rileks, dan sesak nafas sudah berkurang, respirasi 23x/menit.

Tindakan keperawatan tanggal 12 Juli 2018 jam 17.00 memberikan inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk Tn. A dengan respon Tn. A mengatakan aroma daun mint tercium dan sudah enak, Tn. A tampak lebih rileks. Jam 17.30 mengobservasi keadaan Tn. A dengan respon Tn. A mengatakan sudah tidak sesak nafas lagi, Tn. A tampak rileks, respirasi 24x/menit.

3.7 Evaluasi

Evaluasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas dilakukan pada tanggal 10 Juli 2018 jam 16.00 WIB yaitu data subjektif Tn. A mengatakan masih sesak nafas, Tn. A mengeluh kalau malam susah tidur, keluarga mengatakan sudah bisa membuat inhalasi sederhana tambahan daun mint. Data objektif Tn. A tampak lemas, dan sesak nafas, respirasi 25x/menit. Dari evaluasi analisis dari Tn. A dan keluarga, masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi. Evaluasi perencanaan lanjutkan intervensi evaluasi tindakan yang sudah diajarkan (membuat inhalasi sederhana tambahan daun mint), berikan inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk Tn. A, observasi keadaan Tn. A.

Evaluasi hari kedua tanggal 11 Juli 2018 jam 18.45 WIB yaitu data subjektif keluarga Tn. A mengatakan sudah melakukan inhalasi sederhana tambahan daun mint pada Tn. A, Tn. A mengatakan sekarang sudah mendingan, sesak nafasnya sudah berkurang. Data objektif Tn. A tampak lebih rileks, Tn. A masih terlihat lemas, respirasi 23x/menit. Dari evaluasi analisis Tn. A dan keluarga masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi sebagian. Evaluasi perencanaan lanjutan intervensi berikan inhalasi sederhana tambahan daun mint untuk Tn. A, observasi keadaan Tn. A.

Evaluasi hari ketiga tanggal 12 Juli 2018 jam 18.00 WIB dengan data subjektif Tn. A mengatakan kalau sesak nafas sudah diberi inhalasi sederhana tambahan daun mint, klien mengatakan sudah tidak sesak nafas sekarang dan sudah lebih enak nafasnya. Data objektif klien tampak lebih rileks, respirasi 20x/menit.

Evaluasi perencanaan dari keluarga Tn. A modifikasi intervensi anjurkan Tn. A untuk memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan, anjurkan Tn. A melakukan inhalasi sederhana tambahan daun mint yang diajarkan secara mandiri, dan anjurkan Tn. A untuk mengontrol pernafasan jika terjadi sesak nafas.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Setelah penulis melakukan pengkajian pada keluarga Tn. A di Junjungan Giriwarno Kaliangkrik Magelang. Berdasarkan teori dan konsepnya dapat disimpulkan klien mengalami asma dengan keluhan sesak nafas, bunyi nafas mengi (*wheezing*), nafas yang dangkal dan cepat, RR: 26x/menit, sehingga menyebabkan klien tidak bisa melakukan aktivitas dan kurang informasi tentang penyakit yang dideritanya. Penulis melakukan pengkajian dengan cara observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik.

5.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada keluarga Tn. A yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas, intoleransi aktivitas, dan defisiensi pengetahuan. Adapun diagnosa prioritas menurut perhitungan skoring yang ditegakkan adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

5.1.3 Intervensi keperawatan

Intervensi yang telah diberikan penulis mengacu pada beberapa teori dan hasil penelitian. Rencana yang diberikan antara lain monitor tanda-tanda vital, catat keluhan pasien, auskultasi suara nafas, catat jika ada suara tambahan, posisikan klien setengah duduk untuk memaksimalkan ventilasi, ajarkan cara membuat inhalasi sederhana tambahan daun mint, dan anjurkan klien untuk menghindari faktor pencetus asma.

5.1.4 Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan selama tiga kali kunjungan rumah, keluarga dan klien diajarkan cara membuat inhalasi sederhana tambahan daun mint. Anjurkan klien

untuk menghirup uap air yang keluar. Inhalasi sederhana tambahan daun mint dilakukan 3 hari selama sesak nafas dan dilakukan pengukuran frekuensi nafas sebelum dan setelah diberikan terapi.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi untuk diagnosa prioritas ketidakefektifan jalan nafas nafas setelah diberikan terapi inhalasi sederhana tambahan daun mint selama tiga hari dapat teratasi. Rencana tindakan selanjutnya menganjurkan klien untuk memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan, menganjurkan klien melakukan terapi inhalasi sederhana tambahan daun mint yang diajarkan secara mandiri, dan menaungkan klien untuk mengontrol pernafasan jika terjadi sesak nafas.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil karya tulis ilmiah, maka saran yang diberikan penulis adalah sebagai berikut:

1.4.5. Bagi keluarga, klien, dan masyarakat

Diharapkan dapat menjadi dasar dalam membantu mengatasi masalah asma pada anggota keluarga, serta dapat menerapkan inhalasi sederhana tambahan daun mint sebagai alternatif pilihan untuk menangani asma.

1.4.6. Bagi profesi keperawatan

Sebagai sumber rujukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada keluarga dengan masalah asma.

Diharapkan dapat menerapkan inhalasi sederhana tambahan daun mint.

1.4.7. Bagi ilmu pengetahuan

Untuk menambah ilmu pengetahuan dan penanganan pada pasien dengan asma.

1.4.8. Bagi penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan keluarga dengan masalah asma.

DAFTAR PUSTAKA

- Aru W, S. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid II, edisi V*. Jakarta: interna publishing.
- Brunner & Sudarth. (2011). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Chayatin, N. (2012). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI. (2009). *Pedoman Pengendalian Penyakit Asma*. Jakarta.
- Depkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta: Gosyen Publisng.
- Friedman, M. M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Global Initiative For Asthma. (2012). *Global Strategy For Asthma Management and Prevention*. Canada: Global Initiative For Asthma.
- Ikawati, Z. (2011). *Penyakit Sistem Pernafasan dan Tatalaksana Terapinya*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Kemenkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). *Laporan Nasional 2013*. <https://doi.org/10.24127/RISKESDAS2013> Desember 2013
- Melastuti, E., & Husna, L. (2015). Efektifitas Teknik Pernafasan Butekyo Terhadap Pengontrolan Asma di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang. *Jurnal Keperawatan Dan Pemikiran Ilmiah*, 1(4), 1–7.
- Musliha. (2010). *Keperawatan Gadar Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muttaqin. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nanda International. (2018). *NANDA-1 Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. (2012). Penyakit Tidak Menular. *Buletin Jendela Data Dan Informasi Kesehatan*. <https://doi.org/10.24127/JENDALA2012>

- Rengganis, I. (2008). Diagnosa dan Tatalaksana Asma Bronkhial. *Majalah Kedokteran Indonesia. Vol 58. No 11.*
- Siswanto, E. (2017). Pengaruh Aroma Terapi Daun Mint Dengan Inhalasi Sederhana Terhadap Penurunan Sesak Nafas Pada Pasien Tuberkulosis Paru. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan.*
- Sudiharto. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transtruktural.* Jakarta: EGC.
- Susanto. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga.* Jakarta: CV Trans info medika.
- Tjitrosoepomo, G. (2010). *Taksonomi Tumbuhan Obat-Obatan.* Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Wilkinson, A. (2012). *Rencana Asuhan dan Dokumentasi keperawatan: Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif (edisi 9).* Jakarta: EGC.

