

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asma Bronkial

1. Pengertian

Sesak nafas dan mengi menjadi suatu pertanda seseorang mengalami asma. Asma merupakan gangguan radang kronik pada saluran napas. Saluran napas yang mengalami radang kronik bersifat peka terhadap rangsangan tertentu, sehingga apabila terangsang oleh factor risiko tertentu, jalan napas menjadi tersumbat dan aliran udara terhambat karena konstiksi bronkus, sumbatan mukus, dan meningkatnya proses radang. Dari proses radang tersebut dapat timbul gejala sesak nafas dan mengi (Almazini, 2012). Sedangkan menurut Wahid dan Suprpto (2013) Asma adalah suatu penyakit dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas pada rangsangan tertentu, yang mengakibatkan peradangan, penyempitan ini bersifat sementara. Dari beberapa pengertian tersebut penulis dapat menyimpulkan asma merupakan suatu penyakit saluran pernafasan yang mengalami penyempitan karena hipereaktivitas oleh faktor risiko tertentu. Penyempitan ini bersifat sementara serta menimbulkan gejala sesak nafas dan mengi.

2. Etiologi

Menurut Wijaya & Putri (2014) etiologi asma dapat dibagi atas :

- a. Asma ekstrinsik / alergi

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

b. Asma instrinsik / idopatik

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

c. Asma campuran

Asma yang timbul karena adanya komponen ekstrinsik dan intrinsik.

3. Klasifikasi

Menurut Wijaya dan Putri (2014) kasifikasi asma berdasarkan berat penyakit, antara lain :

a. Tahap I : Intermitten

Penampilan klinik sebelum mendapat pengobatan :

- 1) Gejala inermitten < 1 kali dalam seminggu
- 2) Gejala eksaserbasi singkat (mulai beberapa jam sampai beberapa hari)
- 3) Gejala serangan asma malam hari < 2 kali dalam sebulan
- 4) Asimptomatis dan nilai fungsi paru normal diantara periode eksaserbasi
- 5) PEF atau FEV1 : $\geq 80\%$ dari prediksi
Variabilitas < 20%

- 6) Pemakaian obat untuk mempertahankan kontrol :

Obat untuk mengurangi gejala intermitten dipakai hanya kapan perlu inhalasi jangka pendek β_2 agonis

- 7) Intensitas pengobatan tergantung pada derajat eksaserbasi kortikosteroid oral mungkin dibutuhkan.

b. Tahap II : Persisten ringan

Penampilan klinik sebelum mendapatkan pengobatan :

- 1) Gejala ≥ 1 kali seminggu tetapi < 1 kali sehari
- 2) Gejala eksaserbasi dapat mengganggu aktivitas dan tidur
- 3) Gejala serangan asma malam hari > 2 kali dalam sebulan
- 4) PEF atau FEV1 : $> 80\%$ dari prediksi

Variabilitas 20-30%

- 5) Pemakaian obat harian untuk mempertahankan kontrol :

Obat-obatan pengontrol serangan harian mungkin perlu bronkodilator jangka panjang ditambah dengan obat-obatan antiinflamasi (terutama untuk serangan asma malam hari).

c. Tahap III : Persisten sedang

Penampilan klinik sebelum mendapat pengobatan :

- 1) Gejala harian
- 2) Gejala eksaserbasi mengganggu aktivitas dan tidur
- 3) Gejala serangan asma malam hari > 1 kali seminggu
- 4) Pemakaian inhalasi jangka pendek β_2 agonis setiap hari
- 5) PEV atay FEV1 : $> 60\% - < 80\%$ dari prediksi

Variabilitas $> 30\%$

- 6) Pemakaian obat-obatan harian untuk mempertahankan kontrol :
Obat-obatan pengontrol serangan harian inhalasi kortikosteroid bronkodilator jangka panjang (terutama untuk serangan asma malam hari)

d. Tahap IV : Persisten berat

Penampilan klinik sebelum mendapat pengobatan :

- 1) Gejala terus-menerus
- 2) Gejala eksaserbasi sering
- 3) Gejala serangan asma malam hari sering
- 4) Aktivitas fisik sangat terbatas oleh asma
- 5) PEF atau FEV1 : $\leq 60\%$ dari prediksi
- 6) Variabilitas $> 30\%$

4. Faktor Risiko

Obstruksi jalan napas pada asma disebabkan oleh

- a. Kontraksi otot sekitar bronkus sehingga terjadi penyempitan napas.
- b. Pembengkakan membrane bronkus
- c. Bronkus berisi mucus yang kental

Adapun faktor predisposisi pada asma yaitu:

- a. Genetik

Diturunkannya bakat alergi dari keluarga dekat, akibat adanya bakat alergi ini penderita sangat mudah terkena asma apabila dia terpapar dengan faktor pencetus.

Adapun faktor pencetus dari asma adalah:

a. Alergen

Merupakan suatu bahan penyebab alergi. Dimana ini dibagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) Inhalan, yang masuk melalui saluran pernapasan seperti debu, bulu binatang, serbuk bunga, bakteri, dan polusi.
- 2) Ingestan, yang masuk melalui mulut yaitu makanan dan obat-obatan tertentu seperti penisilin, salisilat, beta blocker, kodein, dan sebagainya.
- 3) Kontak, seperti perhiasan, logam, jam tangan, dan aksesoris lainnya yang masuk melalui kontak dengan kulit.

b. Perubahan cuaca

Cuaca lembab dan hawa yang dingin sering mempengaruhi asma, perubahan cuaca menjadi pemicu serangan asma.

c. Lingkungan kerja

Lingkungan kerja merupakan faktor pencetus yang menyumbang 2-15% klien asma. Misalnya orang yang bekerja di pabrik kayu, polisi lalu lintas, penyapu jalanan.

d. Olahraga

Sebagian besar penderita asma akan mendapatkan serangan asma bila sedang bekerja dengan berat/aktivitas berat. Lari cepat paling mudah menimbulkan asma

e. Stres

Gangguan emosi dapat menjadi pencetus terjadinya serangan asma, selain itu juga dapat memperberat serangan asma yang sudah ada. Disamping gejala asma harus segera diobati penderita asma yang mengalami stres harus diberi nasehat untuk menyelesaikan masalahnya (Wahid & Suprpto, 2013).

5. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis yang dapat ditemui pada pasien asma menurut Halim Danokusumo (2000) dalam Padila (2015) diantaranya ialah :

a. Stadium Dini

Faktor hipersekresi yang lebih menonjol

- 1) Batuk berdahak disertai atau tidak dengan pilek
- 2) Ronchi basah halus pada serangan kedua atau ketiga, sifatnya hilang timbul
- 3) Wheezing belum ada
- 4) Belum ada kelainan bentuk thorak
- 5) Ada peningkatan eosinofil darah dan IgE
- 6) BGA belum patologis

Faktor spasme bronchiolus dan edema yang lebih dominan:

- 1) Timbul sesak napas dengan atau tanpa sputum
- 2) Wheezing
- 3) Ronchi basah bila terdapat hipersekresi
- 4) Penurunan tekanan parsial O₂

b. Stadium lanjut/kronik

- 1) Batuk, ronchi
- 2) Sesak napas berat dan dada seolah-olah tertekan
- 3) Dahak lengket dan sulit dikeluarkan
- 4) Suara napas melemah bahkan tak terdengar (silent chest)
- 5) Thorak seperti barel chest
- 6) Tampak tarikan otot stenorkleidomastoideus
- 7) Sianosis
- 8) BGA Pa O₂ kurang dari 80%
- 9) Terdapat peningkatan gambaran bronchovaskuler kiri dan kanan pada Rongen paru
- 10) Hipokapnea dan alkalosis bahkan asidosis respiratorik.

6. Patofisiologi

Asma adalah obstruksi jalan nafas difus reversibel. Obstruksi disebabkan oleh satu atau lebih dari kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronkhi, yang menyempitkan jalan nafas, atau pembengkakan membran yang melapisi bronkhi, atau penghisap bronkhi dengan mukus yang kental. Selain itu, otot-otot bronkhal dan kelenjar mukosa membesar, sputum yang kental, banyak dihasilkan dan alveoli menjadi hiperinflasi, dengan udara terperangkap di dalam jaringan paru. Mekanisme yang pasti dari perubahan ini belum diketahui, tetapi ada yang paling diketahui adalah keterlibatan sistem imunologis dan sistem otonom.

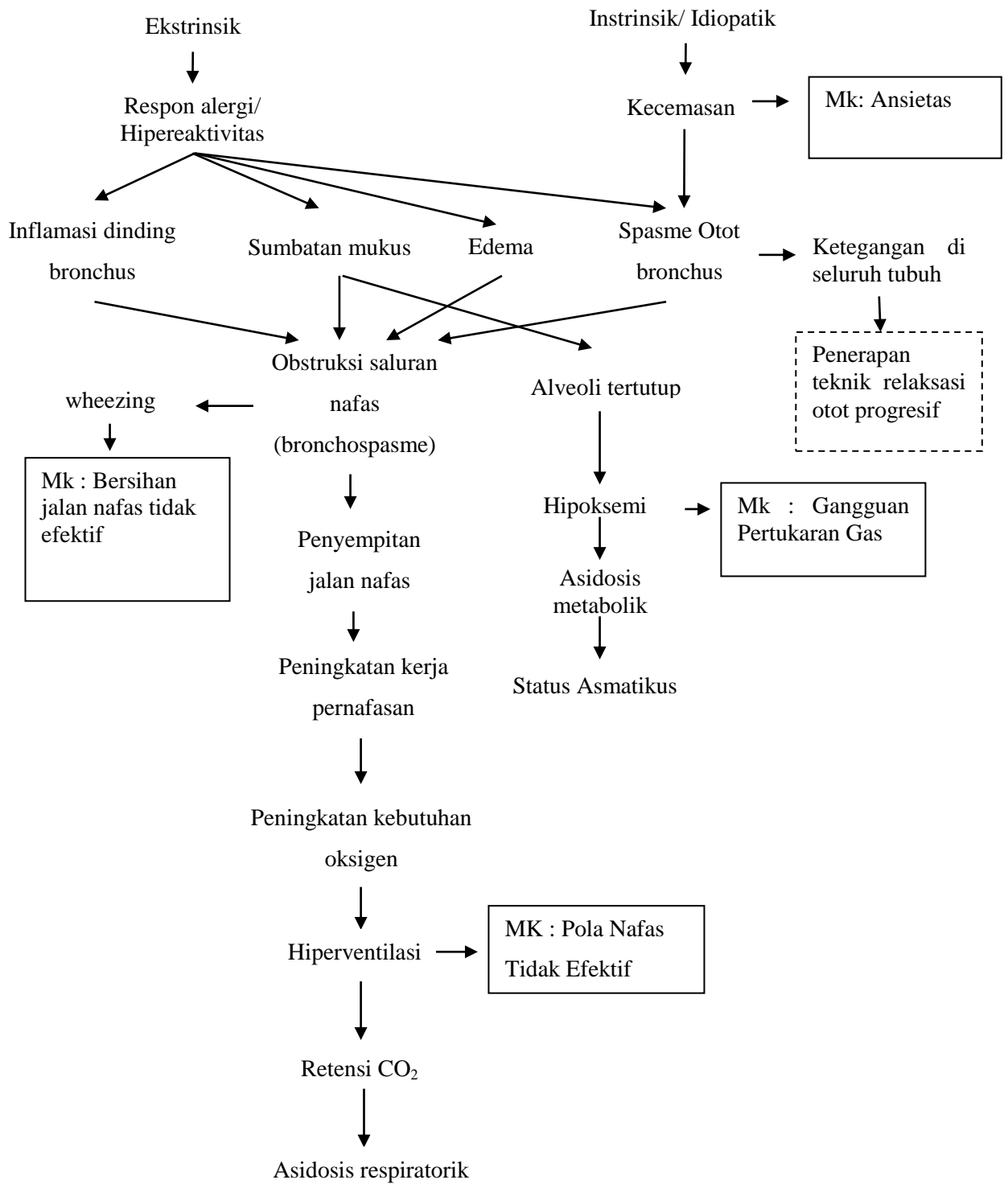
Beberapa individu dengan asma mengalami respon imun yang buruk terhadap lingkungan mereka. Antibodi yang dihasilkan (IgE) kemudian menyerang sel-sel mast dalam paru. Pemajanan ulang terhadap antigen mengakibatkan ikatan antigen dengan antibodi, menyebabkan pelepasan produk sel-sel mast (disebut mediator) seperti histamin, bradikinin, dan prostaglandin serta anafilaksis dari substansi yang bereaksi lambat (SRS-A). Pelepasan mediator ini dalam jaringan paru mempengaruhi otot polos dan kelenjar jalan nafas, menyebabkan bronkospasme, pembengkakan membran mukosa dan pembentukan mukus yang sangat banyak.

Sistem saraf otonom mempengaruhi paru. Tonus otot bronkial diatur oleh impuls saraf vagal melalui sistem parasimpatis, Asma idiopatik atau nonalergik, ketika ujung saraf pada jalan nafas dirangsang oleh faktor seperti infeksi, latihan, dingin, merokok, emosi dan polutan, jumlah asetilkolin yang dilepaskan meningkat. Pelepasan asetilkolin ini secara langsung menyebabkan

bronkokonstriksi juga merangsang pembentukan mediator kimiawi yang dibahas di atas. Individu dengan asma dapat mempunyai toleransi rendah terhadap respon parasimpatis.

Selain itu, reseptor α - dan β - adrenergik dari sistem saraf simpatis terletak dalam bronki. Ketika reseptor α - adrenergik dirangsang terjadi bronkokonstriksi, bronkodilatasi terjadi ketika reseptor β - adrenergik yang dirangsang. Keseimbangan antara reseptor α - dan β - adrenergik dikendalikan terutama oleh siklik adenosin monofosfat (cAMP). Stimulasi reseptor alfa mengakibatkan penurunan cAMP, mengarah pada peningkatan mediator kimiawi yang dilepaskan oleh sel mast bronkokonstriksi. Stimulasi reseptor beta adrenergik mengakibatkan peningkatan tingkat cAMP yang menghambat pelepasan mediator kimiawi dan menyebabkan bronkodilatasi. Teori yang diajukan adalah bahwa penyekatan β - adrenergik terjadi pada individu dengan asma. Akibatnya asmatik rentan terhadap peningkatan pelepasan mediator kimiawi dan konstriksi otot polos (Wijaya dan Putri, 2014).

7. Pathway



(Padila, 2015)

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Padila (2015) yaitu :

a Spirometri

Untuk mengkaji jumlah udara yang diinspirasi

b Uji provokasi bronkus

c Pemeriksaan sputum

d Pemeriksaan eosinofil total

e Pemeriksaan tes kulit

Dilakukan untuk mencari faktor alergi dengan berbagai alergen yang dapat menimbulkan reaksi yang positif pada asma.

f Pemeriksaan kadar IgE total dan IgE spesifik dalam sputum

g Foto thorak untuk mengetahui adanya pembengkakan, adanya penyempitan bronkus dan adanya sumbatan

h Analisa gas darah

Untuk mengetahui status kardiopulmoner yang berhubungan dengan oksigenasi.

9. Komplikasi

Komplikasi menurut Wijaya & Putri (2014) yaitu :

a. Pneumothorak

b. Pneumomediastium dan emfisema sub kutis

c. Atelektasis

d. Aspirasi

e. Kegagalan jantung/ gangguan irama jantung

- f. Sumbatan saluran nafas yang meluas / gagal nafas

Asidosis

10. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Wijaya & Putri (2014) yaitu :

Non farmakologi, tujuan dari terapi asma :

- a. Menyembuhkan dan mengendalikan gejala asma
- b. Mencegah kekambuhan
- c. Mengupayakan fungsi paru senormal mungkin serta mempertahankannya
- d. Mengupayakan aktivitas harian pada tingkat normal termasuk melakukan exercise
- e. Menghindari efek samping obat asma
- f. Mencegah obstruksi jalan nafas yang ireversibel

Farmakologi, obat anti asma :

- a. Bronchodilator
Adrenalin, epedrin, terbutallin, fenotirol
- b. Antikolinergin
Iptropiem bromid (atrovont)
- c. Kortikosteroid
Predrison, hidrokortison, orodexon.
- d. Mukolitin
BPH, OBH, bisolvon, mucapoel dan banyak minum air putih.

B. Konsep Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Rochman,2010).

2. Tingkat kecemasan

Menurut Ratih (2012) semua orang pasti mengalami kecemasan pada derajat tertentu, *Peplau* mengidentifikasi 4 tingkatan kecemasan yaitu:

a Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadarkan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

b Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah

naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.

c Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu: persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

d Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi

kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keluarga

Menurut Donsu, Induniasih, Purwanti (2015) pengkajian yang dilakukan pada keluarga yaitu :

- a. Data Umum : nama kepala keluarga, alamat, pekerjaan, struktur keluarga, genogram, dll
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
 - 1) Tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan saat ini
 - 2) Riwayat kesehatan keluarga inti
 - 3) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya
- c. Pengkajian lingkungan : karakteristik lingkungan rumah, karakteristik tetangga, dan interaksi dengan masyarakat, dll
- d. Struktur dan fungsi keluarga
 - 1) Pola komunikasi keluarga : cara berkomunikasi antar anggota keluarga
 - 2) Struktur kekuatan : kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku (*key person*)
 - 3) Struktur peran : peran masing-masing anggota baik formal maupun nonformal

- 4) Nilai atau norma keluarga : nilai dan norma serta kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan
- 5) Fungsi keluarga : dukungan keluarga terhadap anggota lain, fungsi perawatan kesehatan (pengetahuan tentang sehat/sakit, kesanggupan keluarga)
- 6) Fungsi keperawatan. Tujuan dari fungsi keperawatan :
 - a) Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenal masa kesehatan
 - b) Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
 - c) Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 - d) Mengetahui kemampuan keluarga memelihara/modifikasi lingkungan rumah yang sehat
 - e) Mengetahui kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dimasyarakat
- e. Stres dan coping keluarga
- f. Keadaan gizi keluarga
- g. Pemeriksaan fisik

Menurut Wijaya dan Putri (2014) pengkajian yang digunakan pada pasien dengan asma yaitu :

- 1) Identitas klien : Meliputi nama, Usia, Jenis Kelamin, ras, dll
- 2) Informasi dan diagnosa medik penting
- 3) Data riwayat kesehatan

Pernah menderita penyakit asma sebelumnya, menderita kelelahan yang amat sangat dengan sianosis pada ujung jari.

- 4) Riwayat kesehatan sekarang
 - a) Biasanya klien sesak nafas, batuk-batuk, lesu tidak bergairah, pucat tidak ada nafsu makan, sakit pada dada dan pada jalan nafas.
 - b) Sesak setelah melakukan aktivitas
 - c) Sesak nafas karena perubahan udara dan debu
 - d) Batuk dan susah tidur karena nyeri dada.
- 5) Riwayat kesehatan keluarga
 - a) Riwayat keluarga yang memiliki asma
 - b) Riwayat keluarga yang menderita penyakit alergi seperti rinitis alergi, sinustis, dermatitis, dan lain-lain.
- 6) Aktivitas / istirahat
 - a) Keletihan, kelelahan, malaise
 - b) Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernafas.
 - c) Ketidakmampuan untuk tidur perlu tidur dalam posisi duduk tinggi.
 - d) Dispnea pada saat istirahat, aktivitas dan hiburan.
- 7) Sirkulasi : Pembengkakan pada ekstremitas bawah
- 8) Integritas ego terdiri dari peningkatan faktor resiko dan perubahan pola hidup
- 9) Makanan dan cairan : mual/muntah, nafsu makan menurun, ketidakmampuan untuk makan

10) Pernafasan

- a) Nafas pendek, dada rasa tertekan dan ketidakmampuan untuk bernafas
- b) Batuk dengan produksi sputum berwarna keputihan
- c) Pernafasan biasanya cepat, fase ekspirasi biasanya memanjang
- d) Penggunaan otot bantu pernafasan
- e) Bunyi nafas mengi sepanjang area paru pada ekspirasi dan kemungkinanselama inspirasi berlanjut sampai penurunan/ tidak adanya bunyi nafas.

11) Keamanan : riwayat reaksi alergi / sensitif terhadap zat

h. Harapan keluarga

Perlu dikaji harapan keluarga terhadap perawat (petugas kesehatan) untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien asma menurut SDKI

(2017) dan Donsu, Induniasih, dan Purwanti (2015) yaitu :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit

- d. Ansietas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam merawat anggota yang sakit
- e. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam merawat anggota yang sakit

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Rencana keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) dapat dijabarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 1. Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA	Tujuan	Intevensi
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan jalan nafas tetap paten dengan kriteria hasil : 1. Batuk meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi nafas membaik 7. Polanafas membaik	Intervensi : Manajemen jalan nafas 1. Observasi a. Monitor bunyi nafas tambahan b. Monitor sputum 2. Terapeutik a. Posisikan semifowler atau fowler b. Berikan minum hangat c. Berikan oksigen jika perlu 3. Edukasi a. Ajarkan teknik batuk efektif 4. Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian bronkodilator,

ekspektoran,
mukolitik

Intervensi : Manajemen Asma

1. Observasi
 - a. Monitor frekuensi dan keadaan nafas
 - b. Monitor tanda dan gejala hipoksia
 - c. Monitor bunyi nafas tambahan
2. Terapeutik
 - a. Berikan posisi semifowler 30-45°
3. Edukasi
 - a. Anjurkan meminimalkan ansietas yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen
 - b. Anjurkan bernafas lambat dan dalam
 - c. Ajarkan mengidentifikasi dan menghindari pemicu

- | | | | |
|----|--|--|--|
| 2. | Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit | Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan pernafasan pasien membaik, dengan kriteria hasil :
1. Tingkat kesadaran pasien meningkat
2. Bunyi nafas tambahan menurun
3. Gelisah menurun
4. Nafas cuping hidung menurun | Intervensi : Pemantauan respirasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas b. Monitor pola nafas c. Monitor kemampuan batuk efektif d. Monitor adanya produksi sputum e. Monitor adanya sumbatan jalan nafas f. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru g. Auskultasi bunyi nafas h. Monitor saturasi oksigen |
|----|--|--|--|
-

			<ul style="list-style-type: none"> 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien b. Dokumentasikan hasil pantauan 3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan
			<p>Intervensi : Dukungan ventilasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas b. Monitor status respirasi dan oksigenasi 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Pertahankan kepatenan jalan nafas b. Berikan posisi semifowler atau fowler c. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan 3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Ajarkan malakukan teknik relaksasi nafas dalam b. Ajarkan teknik batuk efektif
3.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan bagi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pola nafas pasien kembali normal, dengan kriteria hasil : 1. Ventilasi semenit meningkat	<p>Intervensi : Manajemen jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor pola nafas 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Posisikan semifowler atau fowler

anggotanya yang sakit	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tekanan ekspirasi dan inspirasi meningkat 3. Penggunaan otot bantu nafas menurun 4. Frekuensi nafas membail 5. Kedalaman nafas membaik 	<ol style="list-style-type: none"> b. Berikan oksigen jika perlu 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Intervensi : Dukungan ventilasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas b. Monitor status respirasi dan oksigenasi 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan kepatenan jalan nafas b. Berikan posisi semifowler atau fowler c. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan malakukan teknik relaksasi nafas dalam
4. Ansietas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam merawat anggota yang sakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kecemasan pasien berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Frekuensi pernafasan menurun 	<p>Intervensi : Terapi relaksasi otot progresif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman b. Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks c. Monitor adanya indikator tidak rileks 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi b. Berikan posisi yang nyaman bersandar dikursi atau posisi tidur

	5. Frekuensi nadi menurun		c. Beri waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi
	6. Tekanan darah menurun		
	7. Pucat menurun	3. Edukasi	
	8. Konsentrasi membaik		a. Anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit
			b. Ajarkan langkah-langkah sesuai prosedur
			c. Anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan merilekskan otot 20-30 detik, masing masing 4-8 kali
			d. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram
			e. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang
			f. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks
			g. Anjurkan bernafas dalam dan perlahan
5.	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam merawat anggota	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang	Intervensi Pendampingan Keluarga 1. Observasi a. Identifikasi kebutuhan keluarga terkait masalah kesehatan keluarga b. Identifikasi tugas kesehatan keluarga yang terhambat

yang sakit	<p>dialami meningkat</p> <p>2. Aktifitas keluarga mengatasi masalah kesehatan dengan tepat meningkat</p> <p>3. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat</p> <p>4. Gejala penyakit anggota menurun</p> <p>5. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat</p> <p>6. Kemampuan meningkatkan kesehatan meningkat</p> <p>7. Pencapaian pengendalian kesehatan</p>	<p>c. Identifikasi dukungan spiritual yang mungkin untuk keluarga</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Berikan harapan yang realistis</p> <p>b. Bina hubungan saling percaya dengan keluarga</p> <p>c. Dengarkan keinginan dan perasaan keluarga</p> <p>d. Dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan keluarga</p> <p>3. Edukasi</p> <p>a. Ajarkan mekanisme koping yang dapat dijalankan keluarga</p> <p>Intervensi : Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan</p> <p>1. Observasi</p> <p>a. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan</p> <p>b. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan</p> <p>b. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal</p> <p>3. Edukasi</p> <p>a. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga</p>
------------	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada pasien. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan evaluasi. Tahap pelaksanaan keperawatan meliputi: fase persiapan (preparation), tindakan dan dokumentasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Dion dan Betan (2013) evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan keluarga. Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu:

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni Subjektif (data berupa keluhan klien), Objektif (data hasil

pemeriksaan), Analisa data (perbandingan data dengan teori), dan Planning (perencanaan).

b Evaluasi Sumatif

Evaluasi Sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait layanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir pelayanan.

D. Tehnik Relaksasi Otot Progresif

1. Pengertian

Relaksasi otot progresif merupakan terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Dengan menegangkan dan melemaskan beberapa kelompok otot dan membedakan sensasi tegang dan rileks, seseorang bisa menghilangkan kontraksi otot dan mengalami rasa rileks (Soewondo, 2009 dalam Resti 2014). Setelah seseorang melakukan relaksasi dapat membantu tubuhnya menjadi rileks, dengan begitu dapat memperbaiki berbagai aspek kesehatan fisiknya. Relaksasi otot progresif hingga saat ini menjadi salah satu metode relaksasi tanpa mengeluarkan biaya, tidak ada efek samping, dan mudah diterapkan.

2. Waktu pelaksanaan

Waktu yang diperlukan untuk melakukan relaksasi otot progresif sehingga dapat menimbulkan efek yang maksimal adalah sebanyak 1-2 kali dalam sehari dengan sekali tindakan selama 15 menit dan dilakukan kurang lebih selama satu sampai dua minggu. Untuk selanjutnya pada tahap follow up diperlukan waktu sekitar 2 minggu setelah diterapkan terapi tersebut.

3. Tujuan Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Herodes (2010), Alim (2010), dan Potter (2005) dalam Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa tujuan dari teknik ini adalah:

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik.
- b. Mengurangi distritmia jantung, kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokus perhatian seperti relaks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, dan
- g. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

4. Indikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa indikasi dari terapi relaksasi otot progresif, yaitu:

- a. Klien yang mengalami insomnia.

- b. Klien sering stres.
- c. Klien yang mengalami kecemasan.
- d. Klien yang mengalami depresi.

5. Pelaksanaan Teknik Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2011) tahap sebelum melakukan teknik ini yaitu: tahap persiapan, kemudian tahap prosedur teknik relaksasi otot progresif. Seperti yang telah terlampir dalam Standar Operasional Prosedur dapat dilihat pada Lampiran 4. SOP Relaksasi Otot Progresif.