

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Definisi lansia

Lansia adalah seseorang yang berusia > 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Menurut WHO, lansia adalah mereka yang berusia 60 tahun atau lebih. Para lansia berbicara kepada sekelompok orang yang telah memasuki tatanan kehidupan tertinggi dan sedang mengalami masa kedewasaan. Seiring bertambahnya usia, individu mengalami beberapa perubahan, termasuk perubahan pada struktur sel, jaringan, dan kerangka organ. Perubahan tersebut mengakibatkan melemahnya fisik dan mental yang dapat mempengaruhi kebutuhan finansial dan sosial lansia (V.A.R. Barao et al., 2022).

2. Klasifikasi lansia

Kelompok lanjut usia dapat diklasifikasikan menjadi 4 (empat) golongan, yaitu : (Prastika & Siyam, 2021)

- a. Usia pertengahan, 45-50 tahun (Middle age)
- b. Lanjut usia, 60-74 tahun (Elderly)
- c. Lanjut usia tua, 75-90 tahun (Old)
- d. Usia sangat tua, lebih dari 90 tahun (Very Old)

3. Masalah Kesehatan yang sering terjadi pada lansia

Menurut dr. Nedya Safitri, Sp. PD (2018), masalah-masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia berbeda dari orang dewasa, yang sering disebut dengan sindroma geriatri yaitu kumpulan gejala-gejala mengenai kesehatan yang sering dikeluhkan oleh para lanjut usia dan atau keluarganya (istilah 14 I) yaitu :

- a. *Immobility* (kurang bergerak)

Keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih. Penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot,

ketidak seimbangan, masalah psikologis, depresi atau demensia. Komplikasi yang timbul adalah luka di bagian yang mengalami penekanan terus menerus timbul lecet bahkan infeksi, kelemahan otot, kontraktur/kekakuan otot dan sendi, infeksi paru-paru dan saluran kemih, konstipasi dan lain-lain.

b. *Instability* (Instabilitas dan Jatuh)

Penyebab jatuh misalnya kecelakaan seperti terpeleset, sinkop/kehilangan kesadaran mendadak, dizziness/vertigo, hipotensi ortostatik, proses penyakit dan lain-lain. Dipengaruhi oleh faktor intrinsik (faktor risiko yang ada pada pasien misalnya kekakuan sendi, kelemahan otot, gangguan pendengaran, penglihatan, gangguan keseimbangan, penyakit misalnya hipertensi, DM, jantung, dll) dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan misalnya alas kaki tidak sesuai, lantai licin, jalan tidak rata, penerangan kurang, benda-benda dilantai yang membuat terpeleset dll).

c. *Incontinence Urin dan Alvi* (Besar BAB dan BAK)

Inkontinensia urin didefinisikan sebagai keluarnya urin yang tidak dikehendaki dalam jumlah dan frekuensi tertentu sehingga menimbulkan masalah sosial dan atau kesehatan. Inkontinensia urin akut terjadi secara mendadak dapat diobati bila penyakit yang mendasarinya diatasi misalnya infeksi saluran kemih, gangguan kesadaran, obat-obatan, masalah psikologik dan skizofrenia. Inkontinensia alvi/fekal sebagai perjalanan spontan atau ketidakmampuan untuk mengendalikan pembuangan feses melalui anus, penyebab cedera panggul, operasi anus/rektum, prolaps rektum, tumor dll. Pada inkontinensia urin untuk menghindari sering mengompot pasien sering mengurangi minum yang menyebabkan terjadi dehidrasi.

d. *Intellectual Impairment* (Gangguan Intelektual Seperti Demensia dan Delirium)

Demensia adalah gangguan fungsi intelektual dan memori yang disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungan dengan gangguan tingkat kesadaran sehingga mempengaruhi aktifitas kerja dan

sosial secara bermakna. Demensia tidak hanya masalah pada memori. Demensia mencakup berkurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan juga kehilangan pola sentuh, pasien menjadi perasa, dan terganggunya aktivitas.

- e. Faktor risiko : hipertensi, DM, gangguan jantung, PPOK dan obesitas.

Sindroma derilium akut adalah sindroma mental organik yang ditandai dengan gangguan kesadaran dan atensi serta perubahan kognitif atau gangguan persepsi yang timbul dalam jangka pendek dan berfluktuasi. Gejalanya: gangguan kognitif global berupa gangguan memori jangka pendek, gangguan persepsi (halusinasi, ilusi), gangguan proses pikir (diorientasi waktu, tempat, orang), komunikasi tidak relevan, pasien mengomel, ide pembicaraan melompat-lompat, gangguan siklus tidur.

- f. *Infection* (infeksi)

Pada lanjut usia terdapat beberapa penyakit sekaligus, menurunnya daya tahan/imunitas terhadap infeksi, menurunnya daya komunikasi pada lanjut usia sehingga sulit/jarang mengeluh, sulitnya mengenal tanda infeksi secara dini. Ciri utama pada semua penyakit infeksi biasanya ditandai dengan meningkatnya temperatur badan, dan hal ini sering tidak dijumpai pada usia lanjut, malah suhu badan yang rendah lebih sering dijumpai. Keluhan dan gejala infeksi semakin tidak khas antara lain berupa kebingungan/delirium sampai koma, adanya penurunan nafsu makan tiba-tiba, badan menjadi lemas, dan adanya perubahan tingkah laku sering terjadi pada pasien usia lanjut.

- g. *Impairment of hearing, vision and smell* (gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman)

Gangguan pendengaran sangat umum ditemui pada lanjut usia dan menyebabkan pasien sulit untuk diajak komunikasi. Gangguan penglihatan bisa disebabkan gangguan refraksi, katarak atau komplikasi dari penyakit lain misalnya DM, HT dll.

h. *Isolasi (Depression)*

Isolation (terisolasi) / depresi, penyebab utama depresi pada lanjut usia adalah kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan binatang peliharaan. Selain itu kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan, menyebabkan dirinya terisolasi dan menjadi depresi. Keluarga yang mulai mengacuhkan karena merasa direpotkan menyebabkan pasien akan merasa hidup sendiri dan menjadi depresi. Beberapa orang dapat melakukan usaha bunuh diri akibat depresi yang berkepanjangan.

i. *Inanition (malnutrisi)*

Asupan makanan berkurang sekitar 25% pada usia 40- 70 tahun. Anoreksia dipengaruhi oleh faktor fisiologis (perubahan rasa kecap, pembauan, sulit mengunyah, gangguan usus dll), psikologis (depresi dan demensia) dan sosial (hidup dan makan sendiri) yang berpengaruh pada nafsu makan dan asupan makanan.

j. *Impecunity (Tidak punya penghasilan)*

Dengan semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara perlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat memberikan penghasilan. Usia pensiun dimana sebagian dari lansia hanya mengandalkan hidup dari tunjangan hari tuanya. Selain masalah finansial, pensiun juga berarti kehilangan teman sejawat, berarti interaksi sosial pun berkurang memudahkan seorang lansia mengalami depresi.

k. *Iatrogenic (penyakit karena pemakaian obat-obatan)*

Lansia sering menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang lebih banyak, apalagi sebagian lansia sering menggunakan obat dalam jangka waktu yang lama tanpa pengawasan dokter sehingga dapat menimbulkan penyakit. Akibat yang ditimbulkan antara lain efek samping dan efek dari interaksi obat-obat tersebut yang dapat mengancam jiwa.

1. *Insomnia* (Sulit tidur)

Dapat terjadi karena masalah-masalah dalam hidup yang menyebabkan seorang lansia menjadi depresi. Selain itu beberapa penyakit juga dapat menyebabkan insomnia seperti diabetes melitus dan gangguan kelenjar thyroid, gangguan di otak juga dapat menyebabkan insomnia. Jam tidur yang sudah berubah juga dapat menjadi penyebabnya. Berbagai keluhan gangguan tidur yang sering dilaporkan oleh lansia yaitu sulit untuk masuk kedalam proses tidur, tidurnya tidak dalam dan mudah terbangun, jika terbangun sulit untuk tidur kembali, terbangun dini hari, lesu setelah bangun di pagi hari. Agar bisa tidur: hindari olahraga 3-4 jam sebelum tidur, santai mendekati waktu tidur, hindari rokok waktu tidur, hindari minum minuman berkafein saat sore hari, batasi asupan cairan setelah jam makan malam ada nokturia, batasi tidur siang 30 menit atau kurang, hindari menggunakan tempat tidur untuk menonton tv, menulis tagihan dan membaca.

m. *Immuno-deficiency* (penurunan sistem kekebalan tubuh)

Daya tahan tubuh menurun bisa disebabkan oleh proses menua disertai penurunan fungsi organ tubuh, juga disebabkan penyakit yang diderita, penggunaan obat-obatan, keadaan gizi yang menurun. Impotence (Gangguan seksual), Impotensi/ ketidakmampuan melakukan aktivitas seksual pada usia lanjut terutama disebabkan oleh gangguan organik seperti gangguan hormon, syaraf, dan pembuluh darah dan juga depresi.

n. *Impaction* (sulit buang air besar)

Faktor yang mempengaruhi: kurangnya gerak fisik, makanan yang kurang mengandung serat, kurang minum, akibat obat-obat tertentu dan lain-lain. Akibatnya pengosongan usus menjadi sulit atau isi usus menjadi tertahan, kotoran dalam usus menjadi keras dan kering dan pada keadaan yang berat dapat terjadi penyumbatan didalam usus dan perut menjadi sakit.

B. Konsep Medis Asma Bronkhial

1. Pengertian

Batasan Asma Bronkhial yang lengkap yang dikeluarkan oleh *Global Initiative for Asthma* (GINA) dalam (Perdani, 2019) didefinisikan sebagai penyakit heterogen berupa gangguan inflamasi kronik saluran nafas. Penyakit ini didefinisikan dengan gejala berupa mengi, sesak napas, dada terasa berat, dan batuk yang bervariasi serta keterbatasan aliran udara yang bervariasi.

Asma Bronkhial adalah penyakit inflamasi (peradangan) kronik saluran nafas yang ditandai dengan adanya mengi, batuk, dan rasa sesak di dada yang berulang dan timbul terutama pada malam atau menjelang pagi akibat penyumbatan saluran pernapasan (Djamil et al., 2020).

Asma bronkhial adalah suatu kondisi klinis yang ditandai dengan penyempitan bronkus yang berulang namun reversibel, dan di antara gambaran tersedak bronkhial ini, terdapat keadaan ventilasi yang umumnya khas. Pada orang yang tidak rentan terhadap Asma Bronkhial, kondisi ini dapat diaktifkan secara efektif melalui berbagai guncangan, yang menunjukkan hiperaktifitas bronkus tertentu (Khasanah, 2020).

2. Etiologi

Asma Bronkhial bukanlah penyakit menular. Asma Bronkhial tidak disebabkan oleh satu faktor saja. Ada berbagai jenis Asma Bronkhial. Pada beberapa jenis Asma Bronkhial, beberapa anggota keluarga mungkin menderita Asma Bronkhial, tetapi ini tidak terlihat pada beberapa jenis Asma Bronkhial lainnya (*Global Initiative for Asthma* (GINA), 2021).

Etiologi Asma Bronkhial menurut (Khasanah, 2020). yaitu:

- a. Penyakit (penyakit virus seperti *Respiratory Syncytial Infection*, RSV)
- b. Iklim (perubahan suhu secara tiba-tiba dan membahas berat badan)
- c. Inhalansi (bersih, bentuk, serangga, hewan melata mati, bulu binatang, debu, asap, dan knalpot cat)
- d. Makanan (putih telur, tiriskan sapi, kacang tanah, coklat, biji- bijian, dan tomat)

- e. Obat-obatan (ibuprofen)
 - f. Latihan fisik (olahraga berat, usaha, dan cekikikan yang berlebihan)
3. Manifestasi klinis

Secara umum, tanda-tanda serangan asma biasanya berupa sesak napas (terutama di malam hari), kesulitan bernapas/sesak napas, merasa lelah/lemah saat berolahraga, mengi/batuk setelah beraktivitas, lemas sederhana, mudah marah atau sedih, berkurangnya fungsi paru-paru. diukur dengan crest stream meter, indikasi flu/alergi, dan gangguan istirahat. Bronkospasme, peradangan, dan produksi cairan tubuh merupakan penyebab utama gejala asma seperti kesulitan bernapas, mengi, sesak napas, sesak napas, dan kesulitan melakukan olahraga teratur. Tanda-tanda lain dari serangan asma termasuk mengi parah saat menarik napas dalam dan saat menghembuskan napas, bernapas dengan cepat, nyeri dada, penarikan otot berlebih saat bernapas, kesulitan berbicara, perasaan cemas/panik, pucat, keringat dingin, bibir biru pucat, atau kuku biru (sianosis) (Putri, 2021).

Indikasi asma dapat berupa batuk yang menguntungkan, sesak napas, dapat terdengar suara napas (mengi), riwayat sensitifitas, dan riwayat asma dalam keluarga. Efek samping ini secara teratur menampilkan ciri-ciri khas termasuk variabel pemicu, kejadian berulang atau tidak teratur, menurun pada malam hari, dan keringanan tanpa batas dengan atau tanpa pengobatan (Putri, 2021).

4. Patofisiologi

Asma disebabkan oleh faktor pencetus seperti alergen, stress, dan cuaca dimana antigen yang terikat IGE pada permukaan sel mast atau basofil mengeluarkan mediator: histamine, platelet, bradikinin dll menyebabkan permeabilitas kapiler meningkat dan terjadi odema mukosa, sekresi produktif, kontriksi otot polos meningkat. Dibagi menjadi dua yaitu konsentrasi O₂ dalam darah menurun dan spasme otot polos sekresi kelenjar bronkus meningkat menyebabkan penyempitan/obstruksi proksimal dari bronkus pada tahap ekspirasi dan inspirasi ditandai dengan mukus berlebih, batuk, wheezing, sesak napas menimbulkan diagnosa

keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Dimana terjadi tekanan partial oksigen dialveoli menurun. Suplai O₂ ke jaringan menurun terjadi gangguan perfusi jaringan perifer. Suplai O₂ ke otak menurun menyebabkan terjadi koma, dimana hiperkapnea menyebabkan gelisah dan terjadi Ansietas. Konsentrasi O₂ dalam darah menurun terjadi hipoksemia menyebabkan suplai darah dan O₂ ke jantung berkurang, asidosis metabolik, dan menimbulkan diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas. Suplai darah dan O₂ ke jantung berkurang menyebabkan cardiac output yang dibagi dua tekanan darah menurun, kelemahan dan keletihan menyebabkan timbulnya diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dan menimbulkan diagnosa keperawatan penurunan curah jantung. Penyempitan jalan pernapasan ada dua kebutuhan O₂ meningkat terjadi Hiperventilasi dan retensi O₂ hingga terjadi Asidosis respiratorik. Peningkatan kerja otot pernapasan terjadi penurunan nafsu makan hingga menimbulkan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan menimbulkan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas (Nurarif dan Hadhi, 2015).

5. Pemeriksaan penunjang

Menurut Rilyani dkk (2023) sebagai berikut:

a. Pengukuran Fungsi Paru (spirometri)

Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilator aerosol golongan adrenergik. Peningkatan FEV atau FVC sebanyak lebih dari 20% menunjukkan diagnosis asma.

b. Tes Provokasi Bronkus

Tes ini dilakukan pada spirometri internal. Penurunan Fev sebesar 20% atau lebih setelah tes provokasi dan denyut jantung 80-90% dari maksimum dianggap bermakna bila menimbulkan penurunan PEFR 105 atau lebih.

c. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Analisa Gas Darah (AGD/Astrup): hanya dilakukan pada serangan asma berat karena terdapat hipoksemia, hiperkapnea, dan asidosis respiratorik.

- 2) Sputum: adanya badan kreola adalah karakteristik untuk serangan asma yang berat, karena hanya reaksi yang hebat saja yang menyebabkan trensudasi dari edema mukosa, sehingga terlepaslah sekelompok sel-sel epitelnya dari perlekatannya. Pewarnaan gram penting untuk melihat adanya bakteri, cara tersebut kemudian diikuti kultur dan uji resistensi terhadap antibiotic.
 - 3) Pemeriksaan darah rutin dan kimia: jumlah sel leukosit yang lebih dari 15.000/mm³ terjadi karena adanya infeksi SGOT dan SGPT meningkat disebabkan kerusakan hati akibat hipoksia dan hiperkapnea.
 - d. Pemeriksaan radiologi: hasil pemeriksaan radiologi pada klien asma bronkial biasanya normal, tetapi prosedur ini harus tetap dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya proses patologi di paru atau komplikasi asma seperti pneumothoraks, pneumomediastinum, atelectasis.
6. Penatalaksanaan
- Secara garis besar menurut (Mustopa, 2021) pengobatan Asma Bronkial dibagi dalam pengobatan non farmakologik dan pengobatan farmakologik diantaranya :
- a. Pengobatan non farmakologik
 - 1) Latihan batuk efektif
Merupakan cara untuk melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif dengan tujuan untuk membersihkan laring, trakea, dan bronchiolus dari sekret arau benda asing di jalan nafas.
 - 2) Posisi Semi Fowler atau Fowler
Posisi semi fowler atau fowler adalah posisi dengan tubuh setengah duduk atau duduk, digunakan untuk membantu minimalkan sesak napas.
 - 3) Pendidikan Kesehatan
Tujuan dari konsultasi ini adalah untuk membantu klien memperluas pengetahuan tentang asma, secara sadar menghindari

pemicu, minum obat dengan benar dan berkonsultasi dengan tim kesehatan.

4) Hindari faktor pemicu

Klien perlu membantu mengidentifikasi pemicu serangan asma yang ada di lingkungannya dan mengajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pemicu, termasuk asupan cairan yang tepat untuk klien.

5) Fisioterapi dada

Terapi fisik dapat digunakan untuk meningkatkan sekresi lendir. Hal ini dapat dicapai dengan drainase postural, perkusi, dan vibrasi dada.

6) Inhalasi sederhana

Pemberian uap air hangat yang di campur dengan minyak kayu putih dengan langkah pertama ambil satu baskom yang berisi air panas yang masih mengeluarkan uap dan tambahkan minyak kayu putih sebanyak 3-5 tetes, hal ini bertujuan untuk merubah minyak kayu putih dalam bentuk aerosol dan dapat sampai pada organ saluran pernafasan dan terdeposisi di paru. Langkah kedua posisikan kepala diatas mangkuk air panas, hal ini bertujuan untuk memfokuskan uap pada saluran pernapasan. Langkah ketiga menutup kepala dan mangkuk dengan handuk, hal ini bertujuan untuk meminimalisir ruang dan dapat mengoptimalkan uap yang akan dihirup. Langkah keempat instruksikan untuk menghirup uap yang dihasilkan dari air panas dan minyak kayu putih secara perlahan dan rileks, hal ini bertujuan untuk mengatur pola nafas ketika uap dihirup. Langkah kelima anjurkan untuk rutin melakukan terapi selama tiga hari berturut-turut dengan durasi waktu 10-15 menit, hal ini bertujuan untuk mengoptimalkan terapi dalam mengurangi sesak nafas (Arini & Syarli, 2022).

b. Pengobatan farmakologik

- 1) *Agonis beta*. Aerosol bekerja sangat cepat dengan 3-4 semprotan, dengan interval 10 menit antara semprotan pertama dan kedua. Obat ini mengandung Metaproterenol (Alupent, Metrapel).
- 2) *Metil Xantin*. Metilxantin adalah aminofilin dan teofilin, dan obat ini diberikan bila golongan beta agonis tidak memberikan hasil yang memuaskan. Untuk orang dewasa, berikan 125-200 mg 4 kali sehari. Jika agonis beta tidak merespon dengan baik terhadap metilxantin, kortikosteroid harus diberikan. Aerosol bentuk steroid (dipropionate beclomethasone) dengan dosis 800 empat kali sehari. Steroid jangka panjang memiliki efek samping, sehingga efek samping steroid jangka panjang harus dipantau dengan cermat.
- 3) *Ketotifen*, efeknya sama dengan dosis harian 2 x 1 mg chromolin. Efeknya dapat diberikan secara oral.
- 4) *Ipratropium bromida* (Atroben). Atroben adalah obat antikolinergik yang diberikan dalam bentuk aerosol dan bersifat bronkodilator.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Konsep Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

a. Pengertian

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah terhambatnya saluran pernafasan yang ditandai dengan dyspnea, gelisah perubahan frekuensi napas, sputum berlebih, suara napas tambahan, dan batuk yang tidak efektif (Agustina et al, 2022).

Dampak yang terjadi jika ketidakefektifan bersihan jalan napas tidak segera diatasi, dapat menimbulkan kekurangan oksigen dalam sel tubuh. Sel tubuh yang kekurangan oksigen akan sulit berkonsentrasi karena metabolisme terganggu akibat kurangnya suplai oksigen dalam darah (Widodo & Pusporatri, 2020).

b. Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), ada beberapa penyebab dari bersihan jalan napas tidak efektif diantaranya:

Fisiologis :

- 1) Spasme jalan napas
- 2) Hipersekresi jalan napas
- 3) Disfungsi neuromuskuler
- 4) Benda asing dalam jalan napas
- 5) Adanya jalan napas buatan
- 6) Sekresi yang bertahan
- 7) Hiperplasia dinding jalan napas
- 8) Proses infeksi
- 9) Respon alergi
- 10) Efek agen farmakologi (mis: anestesi)

Situasional :

- 1) Merokok aktif
- 2) Merokok pasif
- 3) Terpajan polutan

c. Tanda dan gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), tanda gejala mayor pada bersihan jalan napas tidak efektif diantaranya:

Objektif:

- 1) Batuk tidak efektif
- 2) Tidak mampu batuk
- 3) Sputum berlebih
- 4) Wheezing dan/atau ronkhi kering
- 5) Mekonium di jalan napas

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), tanda gejala minor pada bersihan jalan napas tidak efektif diantaranya:

Subjektif:

- 1) Dispnea
- 2) Sulit bicara

3) Ortopnea

Objektif

1) Gelisah

2) Sianosis

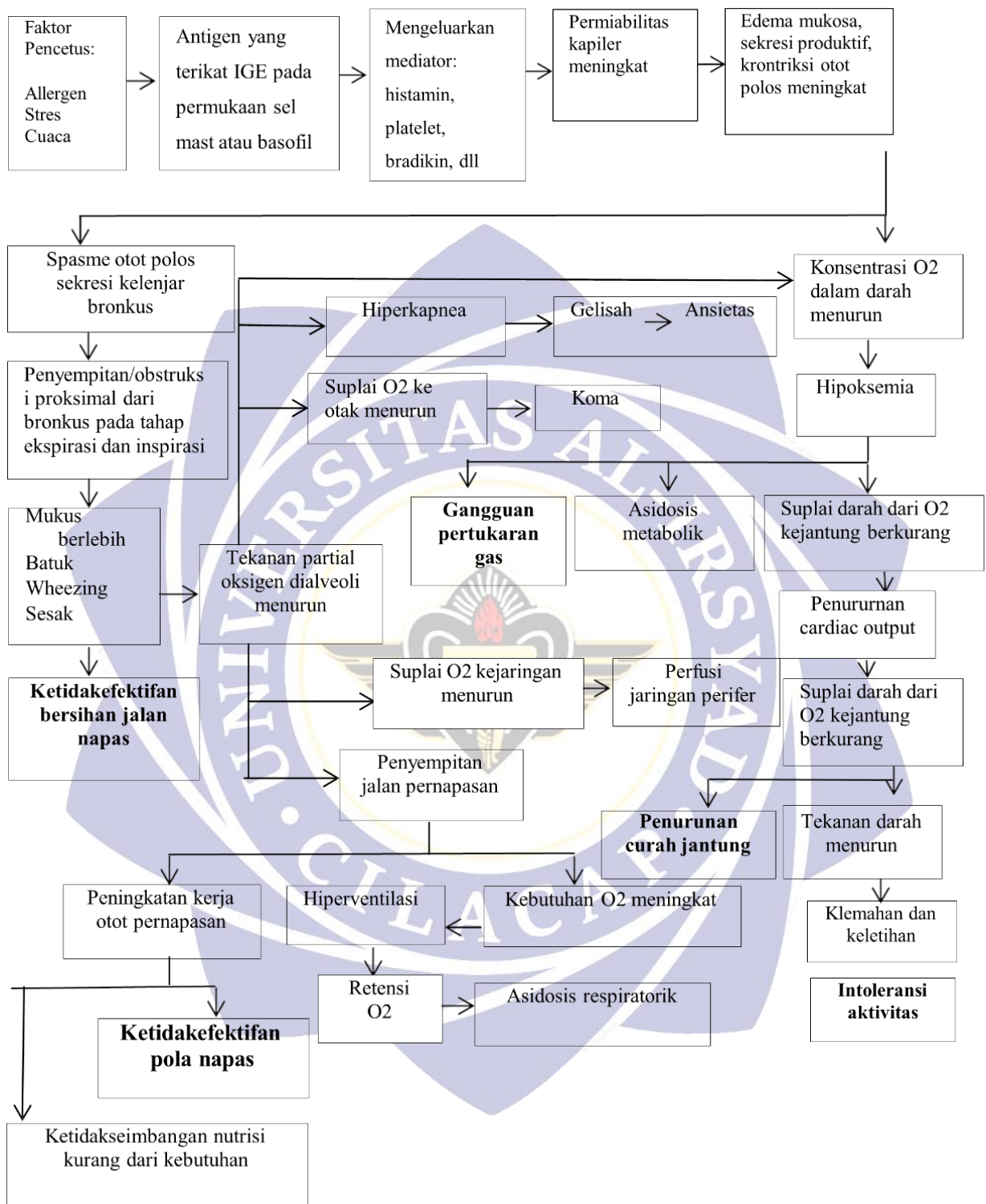
3) Bunyi napas menurun

4) Frekuensi napas berubah

5) Pola napas berubah



d. Pathways



Bagan 2. 1 Pathways Asma Bronchial

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2015)

e. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Latihan batuk efektif
- 2) Fisioterapi dada
- 3) Perbanyak minum hangat
- 4) Mengatur pola tidur/istirahat

2. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) dalam (Umara et al., 2021). Data dasar tentang kesehatan fisik, mental, dan emosional pasien, sehingga data tersebut dapat digunakan untuk mengetahui status kesehatan pasien dan menemukan masalah aktual atau potensial, serta memberikan referensi untuk edukasi pasien merupakan tujuan dari pengkajian.

- 1) Identitas, Identitas klien yang dapat diambil dari penyakit asma adalah nama, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, diagnose keperawatan, penanggung jawab (Mayora, 2022).
- 2) Keluhan Utama : Penilaian ini dipisahkan menjadi dua bagian - keluhan terbanyak dalam catatan pemulihan perawat dan keluhan penting selama penilaian. Pada penderita asma, keluhan utama yang sering muncul antara lain sesak napas (Mayora, 2022).
- 3) Tampilkan Riwayat Kesejahteraan: Di area ini, kondisi dan sensasi pasien saat ini disurvei. Pasien asma sering melaporkan mengi, sesak napas, dan serangan mendadak yang dapat hilang secara tiba-tiba atau dengan pengobatan (Mayora, 2022).
- 4) Riwayat Kesejahteraan Masa Lalu: Riwayat penyakit masa lalu pasien dinilai. Pada pasien asma, ada yang menderita asma sejak masa kanak-kanak, sedangkan ada pula yang baru menderita asma akhir-akhir ini (Mayora, 2022).
- 5) Riwayat Kesejahteraan Keluarga: Riwayat terapi keluarga disurvei untuk membedakan penyakit bawaan apa pun. Pada pasien asma, riwayat kesejahteraan keluarga yang berhubungan dengan asma berubah di antara individu keluarga yang berbeda- beda, ada yang

menderita asma sedangkan ada yang tidak. Selanjutnya, asma yang diderita pasien mungkin disebabkan oleh hipersensitivitas atau variabel lain (Mayora, 2022).

6) Pola Fungsi Kesehatan

- a) **Desain Rezeki:** Ini termasuk survei asupan suplemen, penyesuaian cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, penurunan berat badan, kesulitan menelan, mual, dan naik-turun.
- b) **Desain Akhir:** Ini menggambarkan pekerjaan ekskresi, pekerjaan kandung kemih, buang air besar, masalah terkait nutrisi, dan penggunaan kateter.
- c) **Pola Istirahat dan Istirahat:** Ini mencakup survei pola istirahat dan istirahat, penilaian vitalitas, lama istirahat siang dan malam, masalah istirahat yang berkaitan dengan mengi di malam hari.
- d) **Status Berguna dan Evaluasi Kognitif.**

b. Pengkajian status fungsional

1) Indeks katz

Penilaian Katz List berpusat pada latihan kehidupan sehari-hari (ADL), menghitung mencuci, berpakaian, bertukar pakaian, menggunakan toilet, pengendalian diri, dan makan. Otonomi berarti melakukan latihan ini tanpa pengawasan, arahan, atau bantuan dari orang lain. Penilaiannya didasarkan pada status nyata, bukan potensi. Hal ini akan mengukur kemampuan utilitarian individu lanjut usia dalam lingkungan klinis dan domestik (Mayora, 2022).

2) Barthel indeks

Penilaian Barthel Record dapat menjadi instrumen yang digunakan secara luas untuk mengukur kebebasan lansia, mengevaluasi otonomi utilitarian dalam perawatan diri dan keserbagunaan. File Barthel tidak mencakup ADL, latihan instrumental, komunikasi, dan perspektif psikososial. Tujuan estimasi Barthel List adalah untuk menunjukkan tingkat bantuan

yang dibutuhkan oleh pasien. Informasi untuk File Barthel dapat dikumpulkan dari catatan pemahaman, persepsi koordinat, atau laporan diri (Mayora, 2022).

c. Pengkajian Status Kognitif

- 1) SPMSQ (Survei Status Mental Serbaguna Singkat) adalah tes sederhana yang banyak digunakan untuk mengevaluasi status mental. Terdiri dari 10 pertanyaan terkait pengenalan, sejarah individu, ingatan jangka pendek, ingatan jangka panjang, dan perhitungan (Mayora, 2022).
- 2) MMSE (*Mini-Mental State Examination*) mengevaluasi perspektif kognitif menghitung kerja mental, pengenalan, pendaftaran, pertimbangan dan perhitungan, ulasan, dan bahasa. Evaluasi memiliki dua bagian: bagian utama memerlukan reaksi verbal dan survei pengenalan, ingatan, dan pertimbangan. Bagian kedua menilai kemampuan mengetik kalimat, memberi judul pada objek, mengikuti perintah lisan dan tertulis, dan menduplikasi desain poligon yang kompleks. Skor 1 diberikan untuk jawaban yang benar, dan untuk jawaban yang salah. Skor MMSE maksimal adalah 30 (Mayora, 2022).

d. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data dapat muncul diagnosa keperawatan berdasarkan buku SDKI (T. P. S. PPNI, 2017) adalah sebagai berikut :

1) **Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)**

a) Pengertian

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

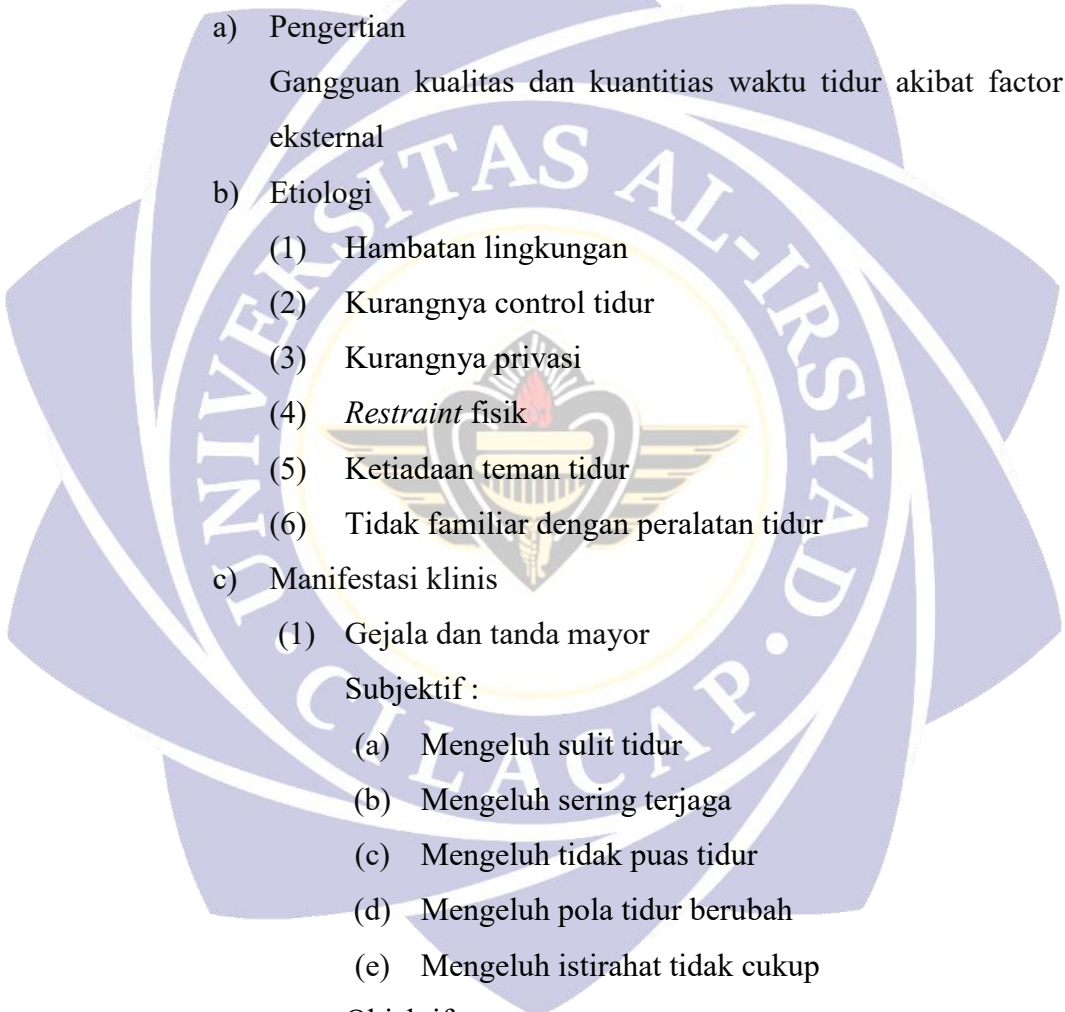
b) Etiologi

Fisiologis :

- (1) Adanya spasme jalan nafas
- (2) Hipersekresi jalan nafas
- (3) Disfungsi neuromuscular

- (4) Benda asing dalam jalan nafas
- (5) Adanya jalan nafas buatan
- (6) Sekresi tertahan
- c) Manifestasi klinis
 - (1) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif : tidak tersedia
 - Obyektif :
 - (a) Batuk tidak efektif
 - (b) Tidak mampu batuk
 - (c) Sputum berlebih.
 - (d) Mengi, wheezing dan / atau ronkhi kering.
 - (e) Mekonium di jalan nafas pada Neonatus.
 - (2) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif :
 - (a) Dispnea.
 - (b) Sulit bicara.
 - (c) Ortopnea
 - Obyektif :
 - (a) Gelisah.
 - (b) Sianosis.
 - (c) Bunyi napas menurun.
 - (d) Frekuensi napas berubah.
 - (e) Pola napas berubah.
- d) Kondisi klinis terkait
 - (1) Guillain barre syndrome.
 - (2) Sklerosis multipel.
 - (3) Myasthenia gravis.
 - (4) Prosedur diagnostik (mis. bronkoskopi, transesophageal
e) echocardiography [TEE]).
 - (5) Depresi sistem saraf pusat.
 - (6) Cedera Kepala
 - (7) Stroke

- (8) Kuadriplegi
- (9) Sindron aspirasi meconium
- (10) Infeksi saluran napas
- 2) Intoleransi aktivitas (D. 0056)
 - a) Pengertian
Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari
 - b) Etiologi
 - (1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - (2) Tirah baring
 - (3) Kelemahan
 - (4) Imobilitas
 - (5) Gaya hidup monoton
 - c) Manifestasi klinis
 - 1) Gejala dan tanda mayor
Subjektif :
 - (a) Mengeluh lelahObjektif :
 - (a) Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat
 - 2) Gejala dan tanda minor
Subjektif :
 - (a) Dispnea saat/setelah aktivitas
 - (b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
 - (c) Merasa lemahObjektif :
 - (a) Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat
 - (b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
 - (c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
 - (d) Sianosis
 - d) Kondisi klinis terkait
 - (1) Anemia

- 
- (2) Gagal jantung kongestif
 - (3) Penyakit jantung koroner
 - (4) Penyakit katup jantung
 - (5) Aritmia
 - (6) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
 - (7) Gangguan metabolik
 - (8) Gangguan muskuloskeletal
- 3) Gangguan pola tidur (D.0055)
- a) Pengertian
Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal
 - b) Etiologi
 - (1) Hambatan lingkungan
 - (2) Kurangnya control tidur
 - (3) Kurangnya privasi
 - (4) *Restraint* fisik
 - (5) Ketiadaan teman tidur
 - (6) Tidak familiar dengan peralatan tidur
 - c) Manifestasi klinis
 - (1) Gejala dan tanda mayor
Subjektif :
 - (a) Mengeluh sulit tidur
 - (b) Mengeluh sering terjaga
 - (c) Mengeluh tidak puas tidur
 - (d) Mengeluh pola tidur berubah
 - (e) Mengeluh istirahat tidak cukup
 Objektif :
(tidak tersedia)
 - (2) Gejala dan tanda minor
Subjektif :
(tidak tersedia)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Nyeri/kolik
- (2) Hipertiroidisme
- (3) Kecemasan
- (4) Penyakit paru obstruktif kronis
- (5) Kehamilan
- (6) Periode pasca partum
- (7) Kondisi pasca operasi

e. Intervensi Sesuai Dengan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan tersebut maka dapat diketahui bahwa SLKI dan SIKI dari masing-masing diagnosa adalah sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) :

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan napas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Bersihan Jalan Napas (L.01001)</p> <p>Ekspektasi : Meningkat</p> <p>Indikator :</p> <p>Produksi sputum menurun (5)</p> <p>Wheezing menurun (5)</p> <p>Mengi menurun (5)</p> <p>Dispnea menurun (5)</p> <p>Sianosis menurun (5)</p> <p>Gelisah menurun (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1) Meningkat</p> <p>2) Cukup Meningkat</p> <p>3) Sedang</p> <p>4) Cukup Menurun</p> <p>5) Menurun</p> <p>Indikator</p> <p>Frekuensi napas membaik (5)</p>	<p>SIKI : Manajemen jalan napas (L.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor pola napas</p> <p>2) Monitor bunyi napas tambahan</p> <p>3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Teraupetik</p> <p>1) Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>2) Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>3) Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>4) Lakukan penghisapan lender jika perlu</p> <p>5) Berikan oksigen jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>

	Pola napas membaik (5) Fokus membaik (5) Keterangan : 1) Memburuk 2) Cukup Memburuk 3) Sedang 4) Cukup Membaik 5) Membaik	
2. Intoleransi aktivitas (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Toleransi aktivitas (L.05047) Ekspektasi : Meningkat Indikator Frekuensi nadi meningkat (5) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) Saturasi oksigen meningkat (5)</p> <p>Keterangan : 1) Menurun 2) Cukup Menurun 3) Sedang 4) Cukup Meningkat 5) Meningkat</p> <p>Indikator Keluhan lelah menurun (5) Dispnea saat beraktivitas menurun (5)</p> <p>Keterangan : 1) Meningkat 2) Cukup Meningkat 3) Sedang 4) Cukup Menurun 5) Menurun</p>	<p>SIKI : Manajemen Energi (I.L05178) Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor pola nafas dan jam tidur 3) Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Terapeutik 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 3) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, berpindah dan berjalan 4) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</p> <p>Edukasi 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara terbatas</p> <p>Kolaborasi 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan</p>
3. Gangguan pola tidur (D.0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah</p>	<p>SIKI : Dukungan Tidur (L.09265) Observasi</p>

dapat teratasi dengan kriteria hasil:	1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
SLKI : Pola Tidur (L.05045)	2) Identifikasi faktor pengganggu tidur
Ekspektasi : Membaik	3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
Indikator	4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
Keluhan sulit tidur membaik (5)	Terapeutik
Keluhan sering terjaga membaik (5)	1) Modifikasi lingkungan
Keluhan tidak puas tidur membaik (5)	2) Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i>
Kemampuan beraktivitas menurun membaik (5)	3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
Keterangan :	4) Tetapkan jadwal tidur rutin
1. Memburuk	5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
2. Cukup memburuk	6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga
3. Sedang	Edukasi
4. Cukup membaik	1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
5. Membaik	2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
	3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
	4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
	5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
	6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

f. Implementasi Keperawatan Sesuai EBP

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan, sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Aisy, 2020).

g. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu melakukan penilaian ulang kepada pasien setelah diberikan asuhan keperawatan atau telah diberikan tindakan yang sudah diimplementasikan. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui sudah tercapai atau belum tujuan keperawatannya atau kriteria hasilnya sudah terpenuhi atau belum. Evaluasi keperawatan juga bertujuan untuk mengetahui masalah kebutuhan pasien sudah terpenuhi atau belum dan untuk menentukan tindakan apa selanjutnya yang harus dilakukan (Aisy, 2020).

D. Evidence Based Practice (EBP)

Tabel 2. 2 Evidence Based Practice

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
Zulkarnain, F., Karim, A., Vanchapo, A.R (2022)	Uap minyak kayu putih efektif menurunkan sesak napas pada pasien asma bronkhial	1) Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan menggunakan metode pre test/post test. 2) Variable dalam terikat dalam penelitian ini adalah sesak napas dan variable bebasnya adalah uap minyak kayu putih. 3) Metode pengambilan sampel untuk survei ini adalah semua sampel (<i>all sample</i>), dan metode pengumpulan data menggunakan lembar observasi 4) Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat	Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa sebelum diberikan uap minyak kayu putih derajat asma pada responden sebagian besar pada derajat asma sedang sebanyak 19 orang (47,5%) dan sesudah diberikan uap minyak kayu putih menjadi derajat asma ringan sebanyak 26 orang (65,0%)
Pratama, O.Y., Prajayanti, E.D., Sutarwi (2023)	Penerapan terapi uap minyak kayu putih (<i>eucalyptus oil</i>) terhadap sesak napas pada penderita asma	1) Metode penelitian yang digunakan dalam penulisan ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan rancangan studi kasus.	Berdasarkan hasil penelitian sebelum penerapan terapi uap minyak kayu putih didapatkan hasil perubahan

	bronchial di RSUD Karanganyar	<p>2) Subjek menggunakan dua responden yang menderita penyakit asma bronchial yang dirawat inap di RSUD Karanganyar</p> <p>3) Instrument yang digunakan dalam penelitian adalah SOP inhalasi minyak kayu putih dan alat ukur menggunakan <i>pulse oxymetri</i>.</p> <p>4) Kriteria inklusi : pasien dengan penyakit asma bronchial, pasien dengan keluhan sesak napas, pasien dengan derajat asma sedang (Spo2 91% - 95%).</p>	<p>derajat asma dalam kategori derajat asma sedang pada Ny. M saturasi oksigen 94% dan derajat asma sedang pada Ny. P saturasi oksigen 95%, sedangkan setelah intervensi selama 3 hari didapatkan hasil perubahan derajat asma ringan pada Ny. M, saturasi oksigen 98% dan derajat asma ringan pada Ny. W saturasi oksigen 98%. Berdasarkan hasil penerapan perubahan derajat asma yang dialami Ny. P lebih cepat dibandingkan dengan Ny. M. Dengan selisih perubahan derajat asma antara Ny. M dan Ny. P sebanyak 1%.</p>
Harjuansa, R., Binoriang, D.P. (2023)	Efektivitas Senam Yoga Dengan Kolaborasi Uap Minyak Kayu Putih pada Lansia Dengan Asma Bronkhial	<p>1) Metode dalam penelitian yaitu dengan menggunakan laporan kasus (case report)</p> <p>2) sampel dalam penelitian case report ini yaitu pada lansia dengan Asma Bronkhial.</p> <p>3) Instrument dalam penelitian case report menggunakan panduan pengkajian untuk lansia</p>	Hasil penelitian dari studi kasus yang sudah dilakukan dalam meningkatkan kesiapan manajemen kesehatan terkait penyakit yang diderita selama 3 kali kunjungan

		<p>dan menggunakan matras untuk senam yoga dan minyak kayu putih serta air panas, kemudian peneliti akan melakukan analisa keberhasilan terapi terhadap lansia selama 3x24 jam.</p>	<p>didapatkan adanya perkembangan yang lebih baik terhadap pasien akan pengetahuan dalam menanggulangi dan pencegahan asma dengan senam asma dan aromatheraphy minyak kayu putih. Pasien mampu dalam melakukan senam yoga khusus penderita asma dan pasien juga dapat melakukan menghirup uap minyak kayu putih dengan uap air panas.</p>
--	--	---	---