

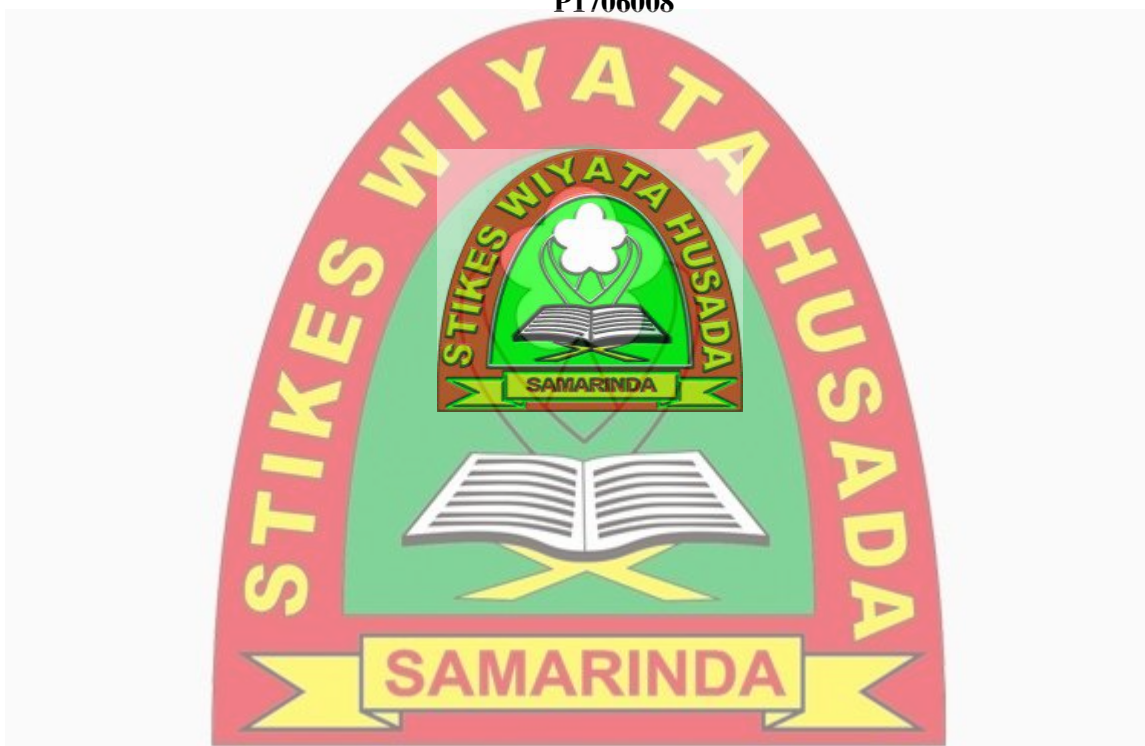
**MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM RESPIRATORI,  
STUDY PENERAPAN *EVIDANCE BASED NURSING* PEMBERIAN POSISI TRIPOD DAN POSISI SEMI  
FOWLER TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN DENGAN MASALAH UTAMA  
PASIEN ASMA, STUDY PENERAPAN INOVASI PEMBERIAN ISOPROPIL ALKOHOL  
DAN INJEKSI RANITIDINE TERHADAP PENURUNAN MUAL DI RUANG IGD  
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**DI SUSUN OLEH**

**DESI RAHMASARI**

**P1706008**



**PROGRAM PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

**2018**



**MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM RESPIRATORI,  
STUDY PENERAPAN *EVIDANCE BASED NURSING* PEMBERIAN POSISI TRIPOD DAN POSISI SEMI  
FOWLER TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN DENGAN MASALAH UTAMA  
PASIEN ASMA, STUDY PENERAPAN INOVASI PEMBERIAN ISOPROPIL ALKOHOL  
DAN INJEKSI RANITIDINE TERHADAP PENURUNAN MUAL DI RUANG IGD  
RSUD ABDUL WAHAB SAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi (Ners)  
Pada Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada**



**PROGRAM PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

**2018**



HALAMAN PENGESAHAN

MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN  
SISTEM RESPIRATORI, STUDY PENERAPAN EVIDANCE BASED NURSING  
PEMBERIAN POSISI TRIPOD DAN POSISI SEMI FOWLER TERHADAP  
PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN DENGAN MASALAH UTAMA  
PASIEAN ASMA, STUDI PENERAPAN INOVASI PEMBERIAN  
ISOPROPIL ALKOHOL DAN INJEKSI RANITIDINE  
TERHADAPPENURUNAN MUAL DI RUANG IGD  
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

**DESI RAHMASARI**

NIM: P1706008

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada tanggal 26 Desember 2018

PENGUJI I

**Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.MB**  
NIK. 113072.88.16.088

*[Signature]*  
.....

PENGUJI II

**Ns. Refliani Adila, S.Kep**  
NIP. 19860422.201001.2.013

*[Signature]*  
.....

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda



**Ns. Ledy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep**  
NIK. 113072.74.13.045

Ketua Program Studi  
Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

**Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep**  
NIK:113072.86.14.071

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Desi Rahmasari

NIM : P1706008

Program Studi :Program Studi NERS STIKES Wiyata  
HusadaSamarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Manajemen Asuhan Keperawatan Pada Pasien  
Dengan Gangguan Sistem Respiratori, Study  
Penerapan *Evidance Based Nursing* Pemberian  
Posisi Tripod Dan Posisi Semi Fowler  
TerhadapPeningkatan Saturasi Oksigen Dengan  
Masalah Utama PasienAsma, Study Penerapan  
Inovasi Pemberian Isopropil Alkohol + Injeksi  
Ranitidine Dan Injeksi Ranitidine Terhadap  
Penurunan Mual Di Ruang IGD RSUD Abdul  
Wahab Sjahranie Samarinda.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 18 Desember 2018

Yang membuat pernyataan,

Desi Rahmasari

NIM: P1706008

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Manajemen Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Respiratori, Studi Penerapan *Evidence Based Nursing* Pemberian Posisi Tripod Dan Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Dengan Masalah Utama Pasien Asma, Study Penerapan Inovasi Pemberian Isopropil Alkohol + Injeksi Ranitidine Dan Injeksi Ranitidine Terhadap Penurunan Mual Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.". Karya Ilmiah Akhir Ners merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar (Ners) pada Program Studi NERS STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ns., Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku pembimbing akademik saya selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta masukan dan semua ilmu yang telah diberikan kepada saya. Untuk penyelesaian karya tulis ners.
5. Ns. Refliani Aldila, S.Kep., selaku pembimbing klinik sayayang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ners ini.
6. Terimakasih kepada Direktur rumah sakit umum daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

7. Terima kasih kepada kepala ruangan IGD rumah sakit umum daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
8. Terima kasih kepada pegawai IGD yang selalu memberikan ilmu dan arahan terhadap penanganan di ruangan IGD.
9. Terima kasih kepada kedua orang tua dan keluarga saya yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan anak tercintanya.
10. Terima kasih kepada teman-teman bimbingan ruangan IGD seperjuangan Program Studi NERS STIKES Wiyata Husada Samarinda.
11. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi NERS STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidak sopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih dan sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Samarinda, 18 Desember 2018

Penulis

**MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM RESPIRATORI,  
STUDY PENERAPAN *EVIDANCE BASED NURSING* PEMBERIAN POSISI TRIPOD DAN POSISI SEMI  
FOWLER TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN DENGAN MASALAH UTAMA  
PASIEN ASMA, STUDY PENERAPAN INOVASI PEMBERIAN ISOPROPIL ALKOHOL +  
INJEKSI RANITIDINE DAN INJEKSI RANITIDINE TERHADAP PENURUNAN  
MUAL DI RUANG IGD RSUD ABDULWAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

*Desi Rahmasari<sup>1</sup>, Kiki Hardiansyah Safitri<sup>2</sup>, Refliani Aldila<sup>3</sup>*

**ABSTRAK**

**Latar Belakang :** Kegawatdaruratan sistem respiratori (prioritas label merah) yang meliputi Asma, TB Paru dan PPOK. Karakteristik keluhan utama pasien Asma yaitu sesak napas, suara napas (wezing). Dengan gangguan sistem respiratori dapat diberikan tindakan non-farmakologi yaitu pemberian posisi tripod dan semi fowler, dan masalah sistem pencernaan dapat diberikan tindakan inovasi pemberian isopropil + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine. **Tujuan :** Untuk mengatasi masalah gangguan sistem respiratori, untuk melakukan penerapan *evidence based nursing* pemberian posisi tripod dan semi fowler dengan masalah utama pasien asma di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dan studi penerapan inovasi pemberian isopropil + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine terhadap penurunan mual. **Metode :** Sebuah studi kasus untuk mengelola pasien dengan masalah sistem respirasi, penerapan *evidence based nursing* dengan menggunakan rancangan *separate* sampel pretest dan posttest, studi kasus evaluasi pasien dengan masalah sistem pencernaan adalah untuk mencapai penurunan mual dengan menggunakan rancangan pretest dan posttest. **Hasil :** Manajemen asuhan keperawatan pasien asma diagnosa utama yaitu Ketidakefektifan pola napas b.d keletihan otot pernapasan, dengan intervensi posisi tripod, terapi O<sub>2</sub> dan tindakan kolaboratif pemberian terapi nebulizer, evaluasi tindakan sesak napas berkurang. Pada pemberian posisi tripod dan semi fowler ini mendapatkan hasil yang signifikan ( $p = 0,003 < 0,05$ ), pada pemberian inovasi mendapatkan hasil yang tidak signifikan ( $p = 0,374 > 0,05$ ). **Kesimpulan :** Manajemen asuhan keperawatan pada pasien asma setelah diberikan intervensi masalah teratasi dengan hasil sesak napas berkurang dan frekuensi pernapasan (23x/menit), pada penerapan pemberian posisi tripod lebih berpengaruh pada pasien yang mengalami sesak napas, dan pada inovasi tidak signifikan secara statistik. **Saran :** Diharapkan kepada pasien asma perlu diperhatikan terapi non-farmakologi dengan memberikan posisi dan kolaborasi oksigen, medis, beserta terapi alternatif inovasi dengan memberikan terapi isopropil dan kolaborasi terapi medis dengan pemberian injeksi ranitidine.

**Kata Kunci :** Kegawatdaruratan Sistem Respiratori

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Staf Dosen Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Praktisi Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

**NURSING MANAGEMENT IN PATIENTS WITH INTERFERENCE SYSTEM RESPIRATORY, STUDY OF IMPLEMENTATION OF EVIDENCE BASED NURSING OF TRIPOD POSITION AND SEMI FOWLER POSITION TO ENHANCEMENT OF OXYGEN SATURATION WITH PROBLEMS MAIN ASMA PATIENTS, STUDY OF THE IMPLEMENTATION OF INNOVATION OF GIVING ISOPROPYL ALCOHOL + RANITIDINE INJECTION AND RANITIDINE INJECTION TO WARDS LOWERING IN SPACES IN THE IGD RSUD ABDULWAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

*Desi Rahmasari<sup>1</sup>, Kiki Hardiansyah Safitri<sup>2</sup>, Refliani Aldila<sup>3</sup>*

**ABSTRACT**

**Background:** Emergency respiratory system (red label priority) which includes Asthma, Pulmonary TB and COPD. Characteristics of the main complaints of asthma patients are shortness of breath, sound breathing (wezing). With disruption of the respiratory system, non-pharmacological measures can be given, namely the provision of a tripod and semi-fowler position, and digestive system problems can be given innovative measures of isopropyl + injection of ranitidine and injection of ranitidine. **Objective:** To overcome the problem of respiratory system disorders, to implement *evidence based nursing* giving a tripod and semi fowler position with the main problem of asthma patients in the emergency room at Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda, and studies on the application of innovation isopropyl + injection of ranitidine and injection of ranitidine to decrease nausea. **Method:** A case study for managing patients with respiratory system problems, applying *evidence based nursing* using a *separate* sample pretest and posttest design, a case study of evaluating patients with digestive system problems is to achieve a decrease in nausea using a pretest and posttest design. **Results:** Management of nursing care for asthma patients with primary diagnoses, namely ineffective breathing patterns and respiratory muscle fatigue, with tripod position interventions, O<sub>2</sub> therapy and collaborative action on nebulizer therapy, evaluation of the action of breathlessness is reduced. On giving a tripod and semi fowler position, the results were significant ( $p = 0.003 < 0.05$ ), in giving innovation the results were not significant ( $p = 0.374 > 0.05$ ). **Conclusion:** Management of nursing care in asthmatic patients after being given an intervention problem is resolved with the results of reduced breathlessness and respiratory frequency (23x / minute), in applying a tripod position more influential in patients experiencing shortness of breath, and on innovation not statistically significant. **Suggestion:** It is expected that it is expected that asthma patients should pay attention to non-pharmacological therapy by providing the position and collaboration of oxygen, medical, and alternative therapeutic innovations by providing isopropyl therapy and medical collaboration with injection of ranitidine.

**Keywords:** Emergency Respiratory System

<sup>1</sup>Student Ners Study Program Wiyata Husada Samarinda School of Health

<sup>2</sup>Staff Lecturer Ners Study Program College of Health Sciences Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Practitioners of Emergency Installation RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan Keaslian .....	ii
Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi .....	v
Daftar Tabel .....	vii
Daftar Skema .....	viii
Daftar Lampiran .....	ix
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan .....	4
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	5
D. Manfaat Penulis .....	5
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Kegawat Daruratan Sistem Respirasi .....	6
B. Anatomi Dan Fisiologi Sistem Pernapasan .....	8
C. Konsep Dasar Asma .....	20
<b>BAB III. PROSES PRAKTIK NERS</b>	
I. Laporan Analisis Kasus Kelolaan dan Resume	
A. Kasus Kelolaan Utama .....	29
B. Gambaran Kasus Resume yang di Ruang IGD .....	35
II. <i>Evidence Based Nursing</i>	
A. Pendahuluan .....	47
B. Analisis Pico .....	50
C. Pelaksanaan EBN .....	56
D. Hasil Penerapan EBN .....	60
III. Proyek Inovasi	
A. Pendahuluan .....	64
B. Analisis SWOT .....	66
C. Pelaksanaan .....	67
D. Evaluasi .....	68
<b>BAB IV. PEMBAHASAN</b>	
I. Pembahasan Kasus kelolaan	
A. Karakteristik Responden .....	72
B. Analisis Kritis Asuhan Keperawatan .....	72
C. Pembahasan Resume IGD .....	73
II. Pembahasan EBN	
A. Karakteristik Responden .....	81
B. Analisis Pemberian Posisi Tripod dan Semi Fowler .....	81
C. Hambatan dan Alasan Mempertahankan .....	83

III. Pembahasan Proyek Inovasi	
A. Karakteristik Responden .....	84
B. Analisis Pemberian Isopropil alcohol dan Injeksi Ranitidine .....	84
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	86
B. Saran.....	86
Daftar Pustaka	
Lampiran	





## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Distribusi Responden Tingkat Usia(EBN) .....	60
Tabel 3.2	Distribusi Responden Tingkat Jenis Kelamin(EBN) .....	60
Tabel 3.3	Nilai Spo2 Rata-Rata Sebelum dan Sesudah .....	61
Tabel 3.4	Perbedaan Spo2 Pre dan Post Posisi Tripod dan Semi Fowler .....	61
Tabel 3.5	Perbedaan Spo2 Pre dan Post Posisi Tripod .....	62
Tabel 3.6	Perbedaan Spo2 Pre dan Post Semi Fowler .....	63
Tabel 3.7	Perbedaan Pengaruh Posisi Tripod dan Semi Fowler .....	63
Tabel 3.8	Distribusi Responden Tingkat usia (Inovasi).....	68
Tabel 3.9	Distribusi Responden Tingkat Jenis Kelamin (Inovasi).....	69
Tabel 3.10	Distribusi Responde Diagnosa Medis (Inovasi).....	69
Tabel 3.11	Nilai Skor Mual Pre dan Post Intervensi dan Eksperimen.....	69
Tabel 3.12	Perbedaan Skor Mual Pre dan Post diberikan Intervensi .....	70
Tabel 3.13	Perbedaan Nilai Skor Mual Pre dan Post Eksperimen .....	70
Tabel 3.14	Perbedaan Pengaruh Intervensi dan Eksperimen .....	71





## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Phatway Asma dan Pemberian Posisi .....	26
Skema 3.1	Alur Penelitian EBN.....	59





## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan menjadi responden

Lampiran 2 Lembar Permohonan *Inform Consent*

Lampiran 3 Lembar Observasi





# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit rumah sakit yang memberikan perawatan pertama kepada pasien. Instalasi Gawat Darurat menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera yang dapat mengancam jiwa dan kelangsungan hidupnya. Di IGD perawat merupakan anggota tim kesehatan garis terdepan yang menghadapi masalah kesehatan pasien selama 24 jam secara terus menerus. Yang dimana penanganan dengan kriteria pasien dalam kondisi kegawatdaruratan salah satunya yaitu dengan gangguan respiratori termasuk dalam prioritas pertama (label merah) yang penangan bersifat segera (Lestari dan Retno, 2010).

Asma merupakan salah satu penyakit kronis yang tidak menular. Penyakit asma telah mempengaruhi lebih dari 5% penduduk dunia dan beberapa indikator telah menunjukkan bahwa prevalensinya terus menerus meningkat, khususnya pada anak-anak. Masalah epidemiologi mortalitas dan morbiditas penyakit asma masing-masing cenderung tinggi, menurut *World Health Organization* (WHO) yang bekerja sama dengan organisasi asma di dunia yaitu *Global Asthma Network* (GAN) memprediksikan saat ini jumlah pasien asma di dunia mencapai 334 juta orang, diperkirakan angka ini akan terus mengalami peningkatan sebanyak 400 juta orang pada tahun 2025 dan terdapat 250 ribu kematian akibat asma termasuk anak-anak (GAN, 2014).

Masalah utama pada asma yaitu beban medis dan sosioekonomi yang dialami. Secara medis, pasien asma akan mengalami penurunan kualitas hidup pasien. Bila tidak terkontrol dengan segala konsekuensi menyebabkan perburukan anatomi dan fisiologi saluran napas. Selain itu masalah efek samping obat juga muncul pada kasus yang tidak ditangani sesuai dengan pedoman terapi yang ada. Selain konsekuensi medis, masalah sosioekonomi juga muncul akibat asma. Pasien asma akan mengalami penurunan produktivitas kerja serta prestasi belajar pada pasien usia sekolah (Cut Husnah, 2014).

Asma menyebabkan peradangan pada paru-paru dan sebagai akibatnya saluran pernapasan menyempit. Peradangan adalah reaksi normal tubuh terhadap luka atau infeksi. Empat serangan yang terjadi pada asma antara lain yaitu kontraksi otot bronkus (*bronkospasma*), pengeluaran lendir yang meningkat, batuk dan napas berbunyi. *Bronkospasma* menimbulkan sesak napas serta menghasilkan napas yang berbunyi dan batuk. Pada saat serangan asma, kelenjar pada dinding dalam saluran pernapasan mengeluarkan lendir yang lebih kental dari lendir yang biasa. Tiga gejala utama asma yaitu napas berbunyi (mengi), batuk dan kesulitan bernapas (Ikawati, 2011).

Dahulu penyakit ini bukan merupakan penyebab kematian yang berarti. Akan tetapi, di beberapa Negara dilaporkan bahwa angka kematian akibat penyakit asma terus meningkat. Di Amerika Serikat, dari berbagai penelitian yang dilakukan dilaporkan bahwa prevalensi asma secara umum sebanyak 5% atau sebanyak 12,5 juta penderita. Bukan hanya di Amerika Serikat, Negara-negara lain juga melaporkan bahwa angka kematian anak akibat penyakit asma terus mengalami peningkatan. Prevalensi penyakit asma di Australia bervariasi dari 7% sampai 13% dengan angka kejadian asma pada anak laki-laki usia 10 tahun lebih banyak 1,5 sampai 2 kali lipat dari anak perempuan. Angka kejadian asma pada anak laki-laki dan anak perempuan berbanding 3:2 untuk usia 6-11 tahun dan 8:5 untuk anak usia 12-17 tahun (Rahajoe, 2015)

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 menunjukkan angka prevalensi asma di Indonesia mencapai 4,5% dengan kejadian tertinggi di provinsi Jawa Tengah sebanyak 7,3% dan di Yogyakarta sebanyak 6,9%, angka prevalensi asma di provinsi Jawa Tengah (Jateng) dalam dua tahun terakhir mengalami penurunan dimana pada tahun 2012 jumlah kasus asma sebanyak 140.026 kasus dan pada tahun 2013 sebanyak 113.028 kasus (Dinkesprov, 2013)

Fenomena penanganan asma yang terjadi di rumah sakit, pasien selalu diberikan obat-obatan bronkodilator, kortikosteroid, terapi aerosol (Jauhar dan Bararah, 2012). Tindakan non-farmakologi yang diberikan berupa latihan pernapasan, dapat dilakukan oleh seorang perawat untuk membantu mengurangi

sesak pada pasien asma. Latihan tersebut diberikan dengan cara mengatur posisi istirahat yang enak dan nyaman, sehingga otot napas tambahan dapat bekerja dengan baik (Djodjodibroto, 2013).

Diagnosis sangat penting agar asma dapat ditangani serangannya. Tujuan diagnosis asma adalah untuk mengurangi serangan asma. Terapi penyakit asma dapat dibagi menjadi dua yaitu dengan terapi non-farmakologi (tanpa menggunakan obat) dan terapi farmakologi (dengan obat) (Abdul Muchid, 2007).

Untuk terapi non-farmakologi, dapat dilakukan dengan pemberian posisi yang bisa dilakukan yaitu dengan posisi tripod dan posisi semifowler. Posisi ini membantu untuk mengatasi sesak napas pada pasien asma. Posisi tripod adalah posisi pasien diatas tempat tidur yang bertumpang di atas *overbed table* (yang dinaikkan dengan ketinggian yang sesuai) dan bertumpu pada kedua tangan dengan posisi kaki ditekuk kearah dalam. Pasien yang diberikan posisi tripod dapat dibantu agar ekspansi dada membaik. Caranya dengan mengatur posisi duduk pasien agak condong ke depan dengan bertumpu pada kedua tangan di tempat tidur dengan posisi kedua kaki kedalam (Kozeir, *et al.*, 2009).

Selain itu pada bab ini membahas terhadap study penerapan inovasi yang dimana untuk menangani pasien yang datang dengan keluhan mual yang ditangani dengan teknik aromaterapi menggunakan isopropilalkohol, teknik relaksasi, akupunktur, *chiropractic*, homoeopati, naturopati dan hipnosis. (McHugh, 2010).

Selain itu pentingnya memberikan rasa nyaman pada pasien sesak, dan penanganan pada masalah gangguan sistem pencernaan maka penulis akan merumuskan masalah : bagaimana asuhan keperawatan sesak napas pada pasien asma dan manajemen terhadap penurunan mual. Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Ilmiah Akhir Ners “Manajemen Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Respirasi., Study Penerapan *Evidence Based Nursing* Pemberian Posisi Tripod dan Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Asma., Study Penerapan Inovasi Pemberian Isopropil Alkohol + Injeksi Ranitidine dan Injeksi

Ranitidine Terhadap Penurunan Mual di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

## B. Rumusan Masalah

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit rumah sakit yang memberikan perawatan pertama kepada pasien salah satunya yaitu dengan gangguan respiratori termasuk dalam prioritas pertama (label merah) yang penanganannya bersifat segera. Gejala umum pasien asma adalah sesak napas. Sesak napas timbul pada saat merasa lelah atau terkena alergi dingin, debu atau bulu binatang. Seseorang yang mengalami sesak napas akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Orang tersebut akan terganggu pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidurnya, pemenuhan individual, juga aspek interaksi sosial yang dapat berupa menarik diri, dan menghindari kontak. Sedangkan pada pasien yang mengalami sensasi mual muntah biasanya merupakan gejala yang bisa disebabkan oleh banyak hal. Beberapa manajemen sesak napas keperawatan terapi non farmakologi diantaranya seperti mengatur posisi, manajemen lingkungan, teknik relaksasi napas dalam dan pada pasien mual yaitu hindari makanan masuk, terapi relaksasi, dan terapi aromaterapi. Mengingat pentingnya memberikan rasa nyaman pada pasien sesak napas dan pada pasien mual, maka penulis merumuskan masalah : “Bagaimana terapi non farmakologi (mengatur posisi Tripod dan posisi Semi Fowler) terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien asma”, serta “(pemberian isopropil alkohol + inj. Ranitidine dan inj. Ranitidine) terhadap penurunan mual”.

## C. Tujuan Penulisan

### 1. Tujuan Umum

Manajemen Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Respirasi, Study Penerapan *Evidence Based Nursing* Pemberian Posisi Tripod dan Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Asma, Studi Penerapan Inovasi Pemberian Isopropil Alkohol + Injeksi Ranitidine dan Injeksi Ranitidine Terhadap Penurunan Mual di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.



## 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian sampai evaluasi pada pasien dengan masalah utama pasien asma.
- b. Menerapkan *Evidence Based Nursing* terapi non-farmakologi pemberian posisi tripod dan semi fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen pasien Asma.
- c. Melakukan tindakan terapi isopropil alkohol + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine terhadap penurunan mual.

## D. Manfaat Penulis

### 1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti tentang pentingnya manajemen asuhan keperawatan pada pasien asma, penerapan *evidence based nursing* pada pasien asma dan studi penerapan inovasi penanganan pada pasien mual.

### 2. Manfaat Praktisi

Sebagai bahan masukan dan menambahkan referensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan pada penderita asma dan pada penderita gangguan sistem pencernaan, digunakan sebagai alat bantu evaluasi dalam upaya meningkatkan kualitas penanganan bagi pasien asma dan pasien gangguan sistem pencernaan.





## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kegawatdaruratan Sistem Pernapasan

Pernapasan terdiri dari inspirasi dan ekspirasi. Inspirasi akan mengekspansi rongga dada, menurunkan tekanan didalam alveoli paru sehingga tekanan atmosfer dapat memaksa udara masuk. Ekspirasi menekan alveoli untuk memaksa udara keluar. Paru dipisahkan dari sangkar toraks oleh rongga pleura. Pleura viseralis melapisi sisi paru dari rongga potensial ini sedangkan pleura parietalis melapisi sisi sangkar toraks, di antaranya dinamakan rongga potensial. Selama inspirasi, diafragma dan muskulus interkostalis berkontraksi, melebarkan rongga toraks ke bawah dan ke lateral. Karena rongga pleura hanya merupakan rongga potensial paru meluas di dalam rongga ini. Penurunan tekanan (negative) terjadi di dalam alveoli, yang menyebabkan ia terisi udara (John A. Boswick, 2008).

Pertukaran oksigen dan karbon dioksida yang efektif, udara yang masuk kedalam paru harus berkontak erat dengan darah. Alveoli diliputi oleh kapiler berdinding tipis sehingga ia bisa berkontak. Keadaan patologik apa pun yang menyebabkan kerusakan alveoli dan pembesaran menjadi kantong udara akan menurunkan pertukaran gas ini secara bermakna dengan menurunkan luas permukaan (John A. Boswick, 2008).

Penilaian pada gawat darurat sistem pernapasan adalah lihat hidung apakah terlihat cuping hidung, perhatikan dada bagi ekspansi yang normal dan simetris. Carilah retraksi suprasternal, supraklavikular atau interkostal yang menunjukkan adanya obstruksi. Cari gerakan paradoksal bagian dada manapun dan cari luka terbuka ke rongga toraks. Perhatikan juga gerakan abdomen, yang menunjukkan bahwa diafragma bekerja (John A. Boswick, 2008).

Dengarkan dengan telinga didekatkan ke mulut untuk memastikan kembali bahwa ada pergerakan udara yang baik, keluar dari hidung dan mulut. Dengan stetoskop, dengarkan toraks di anterior dan posterior. Berikan perhatian khusus pada bagian atas dada disetiap sisi. Bunyi pernapasan normal harus setara pada kedua sisi. Bunyi pernapasan abnormal adalah *wheezing*, ronki basah, dan ronki



kering. Palpasi seluruh toraks bagi daerah yang menimbulkan nyeri, yang menggambarkan iga yang fraktur atau segmen yang longgar. Palpasi untuk mencari adanya luka atau laserasi. Palpasi untuk adanya gerakan abnormal dinding dada. Raba juga gerakan-gerakan paradoksal (John A. Boswick, 2008).

Saluran pernapasan dipertahankan yaitu buka mulut penderita dan bersihkan dari darah, mukus, muntahan atau benda-benda asing. Bila tidak tersedia alat penyedot maka area ini bisa dibersihkan dengan jari. Bila pasien tidak bernapas, usahakan segera pernapasan buatan. Bila pasien berusaha untuk bernapas tetapi sedikit bergerak atau tanpa udara maka obstruksi terjadi dibawah faring (John A. Boswick, 2008).

Bila tidak ada trauma dan henti pernapasan ini karena kondisi medis, maka buka saluran pernapasan dengan menghiperekstensi kepala. Tempatkan satu tangan di dahi dan lainnya dibelakang pada oksiput (punggung kepala) atau dibawah dagu dan tengadahkan kepala. Ini akan menjauhkan bagian posterior orofaring dari lidah. Kemudian udara dapat masuk sekeliling lidah dan menuju laring. Cara ini adalah salah satu yang paling efektif untuk membuka saluran pernapasan pada penderita tanpa trauma. Pada penderita tidak sadar dengan trauma, saluran pernapasannya tidak boleh dibuka dengan cara ini karena ia dapat memperberat cedera vertebra servikalis. Pada penderita tidak sadar atau penderita dengan trauma pada klavikula atau kearah atas, ada kemungkinan fraktura vertebra servikalis (John A. Boswick, 2008).

Saluran pernapasan dapat juga dibuka dengan mengangkat mandibular dan lidah ke depan sebagai suatu kesatuan. Hal ini menjadi metode terbaik sewaktu ada kemungkinan cedera vertebra servikalis. Metode pengganti yang lebih efektif dengan menempatkan jari-jari yang panjang di belakang angulus mandibular di kedua sisi serta ibu jari pada tulang pipi. Tekanan jari tangan yang panjang menonjolkan rahang ke depan. Ia dinamai perasat menonjolkan rahang (John A. Boswick, 2008).

## B. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernapasan

### 1. Sistem Pernapasan

Dengan bernapas setiap sel dalam tubuh menerima persediaan oksigennya dan pada saat yang sama melepaskan produk oksidasinya. Oksigen yang bersenyawa dengan karbon dan hidrogen dari jaringan memungkinkan setiap sel melangsungkan sendiri proses metabolismenya, yang berarti pekerjaan selesai dan hasil buangan dalam bentuk karbon dioksida (CO<sub>2</sub>) dan air (H<sub>2</sub>O) dihilangkan.

Pernapasan merupakan proses ganda, yaitu terjadinya pertukaran gas didalam jaringan atau “pernapasan luar” (untuk uraian secara fisiologi tentang pernapasan). Udara ditarik dalam paru-paru pada waktu mengeluarkan napas, Udara masuk melalui jalan pernapasan.

Saluran pernapasan *Nares Anterior* adalah saluran-saluran di dalam lubang hidung. Saluran-saluran itu bermuara ke dalam bagian yang dikenal sebagai *vestibulum* (rongga) hidung. *Vestibulum* ini dilapisi epitelium bergaris yang bersambung dengan kulit. Lapisan *nares anterior* memuat sejumlah kelenjar sebaceous yang ditutupi bulu kasar. Kelenjar-kelenjar itu bermuara ke dalam rongga hidung.

Pernapasan adalah peristiwa menghirup atau pergerakan udara dari luar yang mengandung oksigen (O<sub>2</sub>) ke dalam tubuh atau paru-paru serta menghembuskan udara yang banyak mengandung karbondioksida (CO<sub>2</sub>) sebagai sisa dari oksidasi ke luar dari tubuh.

### 2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernapasan

#### a. Hidung

Merupakan tempat masuknya udara, memiliki 2 (dua) lubang (kavum nasi) dan dipisahkan oleh sekat hidung (septum nasi). Rongga hidung mempunyai permukaan yang dilapisi jaringan epitelium. Epitelium mengandung banyak kapiler darah dan sel yang mensekresikan lender. Udara yang masuk melalui hidung mengalami

beberapa perlakuan, seperti diatur kelembapan dan suhunya dan akan mengalami penyaringan





oleh rambut atau bulu - bulu getar. Rongga hidung ini dilapisi oleh selaput lendir yang sangat kaya akan pembuluh darah dan bersambung dengan faring dan dengan semua selaput lendir semua sinus yang mempunyai lubang masuk ke dalam rongga hidung. Rongga hidung mempunyai fungsi sebagai panyaring udara pernapasan oleh bulu hidung dan menghangatkan udara pernapasan oleh mukosa.

Hidung berfungsi sebagai jalan napas, pengatur udara, pengatur kelembaban udara (humidifikasi), pengatur suhu, pelindung dan panyaring udara, indra pencium, dan resonator suara. Fungsi hidung sebagai pelindung dan panyaring dilakukan oleh vibrissa, lapisan lendir, dan enzim lisozim. Vibrisa adalah rambut pada vestibulum nasi yang bertugas sebagai panyaring debu dan kotoran (partikel berukuran besar). Debu - debu kecil dan kotoran (partikel kecil) yang masih dapat melewati vibrissa akan melekat pada lapisan lendir dan selanjutnya dikeluarkan oleh refleks bersin. Jika dalam udara masih terdapat bakteri (partikel sangat kecil), maka enzim lisozim yang menghancurkannya (Irman Somantri, 2008).

b. Faring (tekak)

Faring atau tekak merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan. Faring atau tekak terdapat dibawah dasar tengkorak, dibelakang rongga hidung dan mulut setelah depan ruas tulang leher. Faring atau tekak adalah pipa berotot yang berjalan dari dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esofagus pada ketinggian tulang rawan krikoid. Maka letaknya dibelakang hidung (*nasofaring*), di belakang mulut (*orofaring*) dan dibelakang laring (*faring-laringeal*).

c. Laring (tenggorokan)

Laring merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara yang terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikalis dan masuk kedalam trakea dibawahnya. Pangkal tenggorokan itu dapat ditutup oleh sebuah empang tenggorok yang disebut epiglottis,

yang terdiri dari tulang - tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring.

Laring terdiri atas dua lempeng atau lamina yang tersambung digaris tengah. Di tepi atas terdapat lekuk berupa V. Tulang rawan krikoid terletak di bawah tiroid, bentuknya seperti cincin mohor dengan mohor cincinnya di sebelah belakang (ini adalah tulang rawan satu - satunya yang berbentuk lingkaran lengkap). Tulang rawan lainnya ialah kedua rawan tiroid terdapat epiglottis, yang berupa katup tulang rawan dan membantu menutup laring sewaktu orang menelan, laring dilapisi oleh selaput lendir yang sama dengan yang di trakea, kecuali pita suara dan bagian epiglottis yang dilapisi sel epitelium berlapis. Dalam laring terdapat pita suara yang berfungsi dalam pembentukan suara. Suara dibentuk dari getaran pita suara. Tinggi rendah suara dipengaruhi panjang dan tebalnya pita suara. Dan hasil akhir suara ditentukan oleh perubahan posisi bibir, lidah dan palatum mole.

d. Trakea

Dindingnya terdiri atas epitel, cincin tulang rawan yang berotot polos dan jaringan pengikat. Pada tenggorokan ini terdapat bulu getar halus yang berfungsi sebagai penolak benda asing selain gas. Trakea berjalan dari laring sampai kira-kira ketinggian vertebra torakalis kelima dan ditempat ini bercabang dua bronkus.

Trakea tersusun atas enam belas sampai dua puluh lingkaran tulang lengkap berupa cincin tulang rawan yang diikat bersama oleh jaringan fibrosa dan yang melengkapi lingkaran di sebelah belakang trakea, selain itu juga memuat beberapa jaringan otot. Trakea dilapisi oleh selaput lendir yang terdiri atas epitelium bersilia dan sel cangkir.

Jurusan silia ini bergerak keatas ke arah laring, maka dengan gerakan debu dan butir-butir halus lainnya yang terus masuk bersama dengan pernapasan, dapat dikeluarkan. Tulang rawan yang gunanya mempertahankan agar trakea tetap terbuka, di sebelah belakangnya tidak

tersambung, yaitu di tempat trakea menempel pada esofagus, yang memisahkannya dari tulang belakang.

e. Bronkus

Bronkus merupakan cabang batang tenggorokan. Cabang pembuluh napas sudah tidak terdapat cincin tulang rawan. Gelembung paru - paru, ber dinding sangat elastis, banyak kapiler darah serta merupakan tempat terjadinya pertukaran oksigen dan karbondioksida. Kedua bronkus yang terbentuk dari belahan dua trakea pada ketinggian kira - kira vertebra torakalis kelima, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama.

Bronkus itu berjalan ke bawah dan ke samping ke arah tampuk paru - paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih lebar daripada yang kiri, sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis dan mengeluarkan sebuah cabang yang disebut bronkus lobus atas, cabang kedua timbul setelah cabang utama lewat di bawah arteri, disebut bronkus lobus bawah.

Bronkus lobus tengah keluar dari bronkus lobus bawah. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih langsing dari yang kanan, dan berjalan di bawah arteri pulmonalis sebelum dibelah menjadi beberapa cabang yang berjalan ke lobus atas dan bawah.

f. Alveolus

Alveolus merupakan saluran akhir dari alat pernapasan yang berupa gelembung- gelembung udara. Dindingnya tipis, lembap, dan berlekatan erat dengan kapiler-kapiler darah. Alveolus terdiri atas satu lapis sel epitelium pipih dan di sinilah darah hampir langsung bersentuhan dengan udara. Adanya alveolus memungkinkan terjadinya perluasan daerah permukaan yang berperan penting dalam pertukaran gas  $O_2$  dari udara bebas ke sel-sel darah dan  $CO_2$  dari sel - sel darah ke udara (Purnomo, Dkk, 2009).

Menurut Hogan (2011), Membran alveolaris adalah permukaan tempat terjadinya pertukaran gas. Darah yang kaya karbon dioksida



dipompa dari seluruh tubuh ke dalam pembuluh darah alveolaris, dimana, melalui difusi, ia melepaskan karbon dioksida dan menyerap oksigen.

g. Paru-paru

Paru memiliki area permukaan alveolar kurang lebih seluas 40 m<sup>2</sup> untuk pertukaran udara. Tiap paru memiliki : apeks yang mencapai ujung sternal kosta pertama, permukaan kostovertebral yang melapisi dinding dada, basis yang terletak di atas diafragma dan permukaan mediastinal yang menempel dan membentuk struktur mediastinal di sebelahnya.

Paru kanan terbagi menjadi lobus atas, tengah, dan bawah oleh *fissura obliquus* dan horizontal. Paru kiri hanya memiliki *fissura obliquus* sehingga tidak ada lobus tengah. Segmen lingular merupakan sisi kiri yang ekuivalen dengan lobus tengah kanan. Namun, secara anatomis lingular merupakan bagian dari lobus atas kiri.

Struktur yang masuk dan keluar dari paru melewati hilus paru yang diselubungi oleh kantung pleura yang longgar. Setiap paru diselubungi oleh kantung pleura berdinding ganda yang membrannya melapisi bagian dalam toraks dan menyelubungi permukaan luar paru. Setiap pleura mengandung beberapa lapis jaringan ikat elastik dan mengandung banyak kapiler.

Diantara lapisan pleura tersebut terdapat cairan yang bervolum sekitar 25 - 30 mL yang disebut cairan pleura. Cairan pleura tersebut berfungsi sebagai pelumas untuk gerakan paru di dalam rongga. Bronki dan jaringan parenkim paru mendapat pasokan darah dari arteri bronkialis cabang - cabang dari aorta torakalis desenden. Vena bronkialis, yang juga berhubungan dengan vena pulmonalis, mengalirkan darah ke vena azigos dan vena hemiazigos.

Alveoli mendapat darah teroksigenasi dari cabang - cabang terminal arteri pulmonalis dan darah yang teroksigenasi mengalir kembali melalui cabang - cabang vena pulmonalis. Dua vena pulmonalis mengalirkan darah kembali dari tiap paru ke atrium kiri jantung.

Drainase limfatik paru mengalir kembali dari perifer menuju kelompok kelenjar getah bening trakeobronkial hilar dan selanjutnya menuju trunkus limfatikus mediastinal. Paru dipersyarafi oleh pleksus pulmonalis yang terletak di pangkal paru. Pleksus ini terdiri dari serabut simpatis (dari truncus simpaticus) dan serabut parasimpatis (dari arteri vagus). Serabut eferen dari pleksus mensarafi otot-otot bronkus dan serabut aferen diterima dari membran mukosa bronkioli dan alveoli.

#### h. Otot Pernapasan

Gerakan diafragma menyebabkan perubahan volum intratoraks sebesar 75% selama inspirasi tenang. Otot diafragma melekat di sekeliling bagian dasar rongga toraks, yang membentuk kubah di atas hepar dan bergerak ke arah bawah seperti piston pada saat berkontraksi. Jarak pergerakan diafragma berkisar antara 1,5 cm sampai 7 cm saat inspirasi dalam.

Otot inspirasi utama lainnya adalah muskulus interkostalis eksternus, yang berjalan dari iga ke iga secara miring ke arah bawah dan ke depan. Poros iga bersendi pada vertebra sehingga ketika muskulus interkostalis eksternus berkontraksi, iga-iga dibawahnya akan terangkat. Gerakan ini akan mendorong sternum ke luar dan memperbesar diameter anteroposterior rongga dada.

Diameter transversal juga meningkat, tetapi dengan derajat yang lebih kecil. Muskulus interkostalis eksternus dan diafragma dapat mempertahankan ventilasi yang adekuat pada keadaan istirahat. Muskulus skalenus dan muskulus sternokleidomastoideus merupakan otot inspirasi tambahan yang ikut membantu mengangkat rongga dada pada pernapasan yang sukar dan dalam.

Otot ekspirasi akan berkontraksi jika terjadi ekspirasi kuat dan menyebabkan volum intratoraks berkurang. Muskulus interkostalis internus bertugas untuk melakukan hal tersebut karena otot-otot ini berjalan miring ke arah bawah dan belakang dari iga ke iga sehingga

ketika berkontraksi, otot - otot ini akan menarik rongga dada ke bawah. Kontraksi otot dinding abdomen anterior juga membantu proses ekspirasi dengan cara menarik iga - iga ke bawah dan ke dalam serta dengan meningkatkan tekanan intra - abdomen yang akan mendorong diafragma ke atas.

#### i. Fisiologi Pernapasan

Pernapasan adalah keseluruhan proses yang melaksanakan pemindahan pasif oksigen ( $O_2$ ) dari atmosfer ke jaringan untuk menunjang metabolisme sel, serta pemindahan pasif terus - menerus  $CO_2$  yang dihasilkan jaringan ke atmosfer. Sistem pernapasan merupakan sistem yang sangat penting dalam tubuh manusia. Sistem pernapasan berperan dalam homeostasis dengan mempertukarkan  $O_2$  dan  $CO_2$  antara atmosfer dan darah.

Mekanisme pernapasan dimulai dengan ventilasi paru, yang berarti masuk dan keluarnya udara antara atmosfer dan alveoli paru. Kemudian terjadi difusi oksigen dan karbondioksida antara alveoli dan darah. Oksigen dan karbondioksida dalam darah dan cairan selanjutnya akan diangkut menuju ke jaringan tubuh, dan sebaliknya.

#### 3. Mekanika tubuh

Mekanika tubuh adalah penggunaan tubuh yang efisien, terkoordinir dan aman untuk menghasilkan pergerakan dan mempertahankan keseimbangan selama aktivitas. Menurut A. Aziz Alimul dalam bukunya “Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan” Mekanika Tubuh merupakan usaha koordinasi dari muskoletral dan sistem saraf untuk mempertahankan keseimbangan yang tepat. Pada dasarnya, mekanika tubuh adalah cara menggunakan tubuh secara efisien, yaitu tidak banyak mengeluarkan tenaga, terkoordinasi, serta aman dalam menggerakkan dan mempertahankan keseimbangan selama beraktifitas.

Tubuh anda seperti mesin yang terorganisasi dengan baik. Setiap bagian dirancang untuk melakukan pekerjaan tertentu. Mata anda melihat, telinga



mendengar dan otot-otot anda membantu bergerak. Beberapa otot membantu memberi bentuk dan susunan pada tubuh anda. Otot-otot yang lain melekat pada tulang sedemikian halnya yang memungkinkan anda untuk menggerakkan atau mengangkat benda-benda berat.

Otot-otot tersebut dapat bekerja dengan baik bila digunakan dengan benar. Menggunakan otot-otot yang tepat untuk melakukan pekerjaan disebut mekanika tubuh. Hal ini dijelaskan oleh Barbara Hegner dalam bukunya "Asisten Keperawatan Suatu Pendekatan Proses Keperawatan". Istilah *bodi mekanik* atau mekanika tubuh pada umumnya digunakan untuk menggambarkan efisiensi pergerakan tubuh seseorang yang digunakan untuk memindahkan tubuh orang lain atau benda. Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktivitas manusia.

a. Mekanika tubuh meliputi 3 elemen dasar yaitu :

*Body Aligement* (Postur Tubuh): Susunan geometrik bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian tubuh yang lain, *Balance* atau keseimbangan tergantung pada interaksi antara pusat *gravity*, *line gravity* dan *base of support*, *Koordinated Body Movement* (Gerakan tubuh yang terkoordinir). Dimana mekanik tubuh berinteraksi dalam fungsi muskuloskeletal dan sistem syaraf.

Penggunaan mekanika tubuh secara benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Dampak yang dapat ditimbulkan dari penggunaan mekanika tubuh yang salah adalah sebagai berikut terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbulnya kelelahan dan gangguan dalam sistem muskuloskeletal, resiko terjadinya kecelakaan pada sistem muskuloskeletal. Seseorang salah dalam berjongkok atau berdiri, maka akan memudahkan terjadinya gangguan dalam struktur muskuloskeletal, misalnya kelainan pada tulang vertebrata.



b. Pengaturan posisi berbaring pasien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas (pengangkutan Penderita) disesuaikan dengan tingkat gangguan seperti :

1) Posisi Fowler 45-90° dan Semi fowler 15 – 45°

Posisi fowler dan semi fowler adalah posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan setinggi 15°-90°. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien.

a) Tujuan yaitu mengurangi komplikasi akibat imobilisasi, meningkatkan rasa nyaman, meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru, mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap.

b) Indikasi pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan, pada pasien yang mengalami imobilisasi.

2) Posisi Sim's adalah posisi dimana tubuh miring ke kiri atau ke kanan atau setengah telungkup dimana lengan bawah ada di belakang tubuh pasien sedangkan lengan atas ada di depan tubuh pasien.

a) Tujuan yaitu meningkatkan drainase dari mulut pasien dan mencegah aspirasi, mengurangi penekanan pada tulang sekum dan trokanter mayor otot pinggang, memasukkan obat supositoria, mencegah dekubitus.

b) Indikasi pada pasien dengan pemeriksaan dan pengobatan daerah perineal, pasien yang tidak sadarkan diri, pasien paralisis, pasien yang akan dienema, untuk tidur pada wanita hamil.

- 3) Posisi Trendelenberg ini pasien berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki.
  - a) Tujuan posisi ini dilakukan untuk melancarkan peredaran darah ke otak.
  - b) Indikasi pada pasien dengan pembedahan pada daerah perut, pasien shock, pasien hipotensi, pasien pingsan.

#### 4) Posisi Dorsal Recumbent

Pada posisi ini dimana kepala dan bahu pasien sedikit mengalami elevasi di atas bantal, kedua lengan berada di samping sisi tubuh, posisi badan terlentang dengan lutut ditekuk dan telapak kaki menapak di atas tempat tidur, sedangkan kedua belah kaki diregangkan

- a) Tujuan yaitu untuk meningkatkan kenyamanan pasien, terutama dengan ketegangan punggung belakang, mempermudah tindakan pemeriksaan dan perawatan pada daerah genitalia, mempermudah proses persalinan pada pasien yang akan bersalin.
- b) Indikasi pada pasien dengan pemeriksaan pada bagian pelvik, vagina dan anus, pasien dengan ketegangan punggung belakang.

#### 5) Posisi Lithotomi

Posisi pasien berbaring terlentang dengan mengangkat kedua paha dan menariknya ke atas bagian perut. Sedangkan tungkai bawah membentuk sudut  $90^\circ$  terhadap paha.

- a) Tujuan yaitu untuk memudahkan pemeriksaan daerah rongga panggul, misal vagina *taucher*, pemeriksaan rektum, dan sistoskopi, serta untuk memudahkan pelaksanaan proses persalinan, operasi ambeien, pemasangan alat *intra uterine devices* (IUD), dan lain-lain.
- b) Indikasi yaitu pada pemeriksaan ginekologis dan untuk menegakkan diagnosa atau memberikan pengobatan terhadap penyakit pada uretra, rektum, vagina dan kandung kemih.

6) Posisi Genu pectrocal

Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki di tekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur

- a) Tujuan yaitu untuk memudahkan pemeriksaan daerah rektum, sigmoid, dan vagina dan membantu merubah letak kepala janin pada pasien dengan kehamilan sungsang.
- b) Indikasi pada pasien hemorrhoid dan pemeriksaan serta pengobatan daerah rektum, sigmoid dan vagina.

7) Posisi Orthopeneic

Posisi ini adalah pasien duduk dengan menyandarkan kepala pada penampang yang sejajar dada, seperti pada meja. Dengan kata lain posisi ini adalah posisi adaptasi dari fowler tinggi. Pasien duduk di tempat tidur atau tepi tempat tidur dengan meja yang menyilang diatas tempat tidur (90°).

- a) Tujuan yaitu untuk memudahkan ekspansi paru untuk pasien dengan kesulitan bernapas, yang ekstrim dan tidak bisa tidur terlentang atau posisi kepala hanya bisa pada elevasi sedang dan membantu pasien yg mengalami inhalasi
- b) Indikasi pada pasien dengan sesak berat dan tidak bisa tidur terlentang.

8) Posisi pronasi atau tengkurap

Posisi ini adalah dimana posisi pasien berbaring diatas abdomen dengan kepala menoleh kesalah satu sisi. Kedua lengan fleksi disamping kepala.

- a) Tujuan yaitu untuk memberikan ekstensi maksimal pada sendi lutut dan pinggang, mencegah fleksi dan kontraktur pada pinggang dan lutut dan membantu drainase dari mulut sehingga berguna bagi pasien paska operasi mulut atau tenggorokan.



- b) Indikasi pada pasien yang menjalani bedah mulut dan kerongkongan dan pasien dengan pemeriksaan pada daerah bokong atau punggung.
- 9) Posisi Supinasi adalah posisi telentang dengan pasien menyandarkan punggungnya agar dasar tubuh sama dengan kesejajaran berdiri yang baik.
- a) Tujuan yaitu untuk meningkatkan kenyamanan pasien dan memfasilitasi penyembuhan terutama pada pasien pembedahan atau dalam proses anestesi tertentu, pasien paska operasi dengan anestesi spinal, dan mengatasi masalah yg timbul akibat pemberian posisi pronasi yg tidak tepat.
- b) Indikasi pada pasien dengan tindakan post anestesi atau pembedahan tertentu dan pasien dengan kondisi sangat lemah atau koma.
- 10) Posisi Lateral adalah posisi miring dimana pasien bersandar kesamping dengan sebagian besar berat tubuh berada pada pinggul dan bahu.
- a) Tujuan yaitu untuk mempertahankan *body alignment*, mengurangi komplikasi akibat imobilisasi, meningkatkan rasa nyaman, mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap, mengurangi lordosis dan meningkatkan kelurusan punggung, baik untuk posisi tidur dan istirahat, dan membantu menghilangkan tekanan pada sakrum (tulang kelangkang) dan tumit.
- b) Indikasi pada pasien yang ingin beristirahat, pasien yang ingin tidur, pasien yang posisi fowler atau dorsal recumbent dalam posisi lama dan penderita yang mengalami kelemahan dan paska operasi.

## C. Konsep Dasar Asma

### 1. Definisi

Asma adalah penyakit inflamasi kronik saluran napas yang disebabkan oleh reaksi *hiperresponsif* sel imun tubuh seperti mast sel, *eosinophils*, dan *T-lymphocytes* terhadap stimulus tertentu dan menimbulkan gejala dispnea, wezing dan batuk akibat obstruksi jalan napas yang bersifat reversible dan terjadi secara berulang (Brunner and Suddarth, 2011). Penyakit asma merupakan proses inflamasi kronik saluran pernapasan yang melibatkan banyak sel dan elemennya (GINA, 2011).

Asma adalah suatu penyakit dengan adanya penyempitan saluran pernapasan yang berhubungan dengan tanggap reaksi yang meningkat dari trakea dan bronkus berupa hiperaktivitas otot polos dan inflamasi, hipersekresi mucus, edema inflamasi yang disebabkan berbagai macam rangsangan (Alsagaff, 2010).

Penyakit asma berasal dari kata "*asthma*" dari bahasa Yunani yang berarti "sukar bernapas". Menurut Scadding dan Godfrey, asma merupakan penyakit yang ditandai dengan variasi luas dalam waktu yang pendek terhambatnya aliran udara dalam saluran napas paru yang bermanifestasi sebagai serangan batuk berulang atau mengi (bengek atau wezing) dan sesak napas biasanya terjadi di malam hari. Penyakit asma merupakan penyakit lima besar penyebab kematian di dunia yang bervariasi antara 5-30% (berkisar 17,4%). Di Indonesia prevalensi asma belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan 2-5 % penduduk Indonesia menderita asma. Hasil penelitian *International Study on Asthma and Allergies in Childhood* menunjukkan bahwa di Indonesia prevalensi penyakit asma meningkat dari 4,2% pada tahun 1995 menjadi 5,4% pada tahun 2003. DKI Jakarta memiliki prevalensi asma yang lebih besar yaitu 7,5% pada tahun 2007. Penyakit asma berasal dari keturunan sebesar 30 % dan 70 % disebabkan oleh berbagai faktor lainnya. (GINA *Global Initiative for Asthma*, 2011).

Asma dapat terjadi pada semua golongan usia, sekitar setengah dari kasus terjadi pada anak-anak dan sepertiga lainnya terjadi sebelum usia 40 tahun dengan beban global untuk penyakit ini semakin meningkat. Gambaran klinis asma adalah serangan berulang batuk, mengi, dan sesak napas disertai rasa berat di dada. Asma merupakan sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian di Indonesia. Asma dapat berakibat fatal, lebih sering lagi asma sangat mengganggu, mempengaruhi kehadiran sekolah, pilihan pekerjaan, aktivitas fisik dan banyak aspek kehidupan lainnya (Sundaru, 2009 : Smeltzer & Bare, 2001).

*World Health Organization* (WHO) tahun 2010, mengemukakan bahwa hingga saat ini jumlah pasien asma di dunia diperkirakan mencapai 300 juta orang dan diperkirakan angka ini akan terus meningkat hingga 400 juta pasien pada tahun 2025. Prevalensi asma di Indonesia 5% dari seluruh penduduk Indonesia, artinya saat ini ada 12,5 juta pasien asma di Indonesia (Harahap, 2011).

## 2. Epidemiologi Asma

Asma dapat timbul pada segala umur, dimana 30% penderita bergejala pada umur 1 tahun, sedangkan 80-90% anak yang menderita asma gejala pertamanya muncul sebelum umur 4-5 tahun. Prevalensi asma menurun sebanding dengan bertambahnya usia terutama setelah usia sepuluh tahun. Hal ini yang menyebabkan prevalensi asma pada orang dewasa lebih rendah jika dibandingkan dengan prevalensi asma pada anak. Sebagian besar anak yang terkena kadang-kadang hanya mendapat serangan ringan sampai sedang, yang relatif mudah ditangani. Sebagian kecil mengalami asma berat yang berlarut-larut, biasanya lebih banyak yang terus menerus daripada yang musiman sehingga menjadikan anak tidak mampu dan mengganggu kehadirannya di sekolah, aktivitas bermain, serta fungsi dari hari ke hari.

Angka kejadian asma bervariasi di berbagai negara, tetapi terlihat kecenderungan bahwa penderita ini meningkat jumlahnya, meskipun belakangan ini obat-obatan asma banyak dikembangkan. *National Health*



*Interview* di Amerika Serikat memperkirakan bahwa setidaknya 7,5 juta orang penduduk negeri itu mengidap bronkitis kronik, lebih dari 2 juta orang menderita emfisema dan setidaknya 6,5 juta orang menderita salah satu bentuk asma. Laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan *World Health Report 2000* menyebutkan, lima penyakit paru utama merupakan 17,4% dari seluruh kematian di dunia, masing-masing terdiri dari infeksi paru 7,2%, PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronis) 4,5%, Tuberkulosis 3,0%, kanker paru atau trakea, bronkus 2,1%, dan asma 0,3%.

### 3. Klasifikasi Asma

Menurut GINA (2011), klasifikasi asma berdasarkan tingkat keparahannya dibagi menjadi empat yaitu :

- a. Step 1 (*Intermittent*) yaitu gejala perhari  $\leq 2x$  dalam seminggu. Nilai PEF normal dalam kondisi serangan asma. *Exacerbasi* yaitu bisa berjalan ketika bernapas, bisa mengucapkan kalimat penuh. *Respiratory Rate (RR)* meningkat. Biasanya tidak ada gejala retraksi iga ketika bernapas. Gejala malam  $\leq 2x$  dalam sebulan. Fungsi paru PEF atau PEV1 variabel PEF  $\geq 80\%$  atau  $\leq 20\%$ .
- b. Step 2 (*Mild Intermittent*) yaitu gejala perhari  $\geq 2x$  dalam seminggu, tapi tidak 1x sehari. Serangan asma diakibatkan oleh aktivitas. *Exacerbasi* yaitu membaik ketika duduk, bisa mengucapkan kalimat fase, RR meningkat, kadang-kadang menggunakan retraksi iga ketika bernapas. Gejala malam  $\geq 2x$  dalam sebulan. Fungsi paru PEF atau PEV1 variabel PEF  $\geq 80\%$  atau 20%-30%.
- c. Step (*Moderate persistent*) yaitu gejala perhari bisa setiap hari, serangan asma diakibatkan oleh aktivitas. *Exacerbasi* yaitu duduk tegak ketika bernapas, hanya dapat mengucapkan kata per kata, RR 30x/menit, biasanya menggunakan retraksi iga ketika bernapas. Gejala malam  $\geq 1x$  malam seminggu. Fungsi paru PEF atau PEV1 variabel PEF 60%-80% atau  $\geq 30\%$ .

- d. Step 4 (*Severe persistent*) yaitu gejala perhari, sering dan aktivitas fisik terbatas. *Eksaserbasi* yaitu abnormal pergerakan *thoracoabdominal*. Gejala malam sering. Fungsi paru PEF atau PEV1 variabel PEF  $\leq 60\%$  atau  $\geq 30\%$ .

Brunner dan Suddarth (2002) menyampaikan asma sering di rincikan sebagai alergen, idiopatik, nonalergen atau gabungan, yaitu :

- a. Asma alergen disebabkan oleh alergen-alergen yang dikenal (misal : serbuk sari, binatang, amarah dan jamur) kebanyakan alergen terdapat di udara dan musiman. Pasien dengan asma alergen biasanya mempunyai riwayat keluarga yang alergen dan riwayat masa lalu efisema atau rinitis alergen, pejanan terhadap alergen pencetus asma.
- b. Asma idiopatik atau nonalergen adalah asma yang tidak ada hubungan dengan alergen spesifik faktor -faktor, seperti *command cold*, infeksi traktus respiratorius, latihan, emosi, dan polutan lingkungan yang dapat mencetuskan rangsangan. Agen farmakologis seperti aspirin dan alergen anti inflamasi nonsteroid lainnya, pewarna rambut dan agen sulfat (pengawet makanan juga menjadi faktor). Serangan asma idiopatik atau nonalergen menjadi lebih berat dan sering sejalan dengan berlalunya waktu dapat berkembang menjadi bronkitis kronis dan emfizema.
- c. Asma gabungan adalah yang paling umum. Asma ini mempunyai karakteristik dari bentuk alergen maupun bentuk idiopatik atau nonalergen.

#### 4. Etiologi

- a. Asma ekstrinsik atau alergen adalah asma yang disebabkan oleh alergen yang diketahui masanya sudah terdapat semenjak anak-anak seperti alergen terhadap protein, serbuk sari, bulu halus, binatang dan debu.
- b. Asma intrinsik atau idiopatik adalah asma yang tidak ditemukan faktor pencetus yang jelas, tetapi adanya faktor-faktor nonspesifik seperti flu, latihan fisik atau emosi sering memicu serangan asma. Asma ini sering

timbul sesudah usia 40 tahun setelah menderita infeksi sinus atau cabang trakeobronkial.

- c. Asma campuran adalah asma yang terjadi atau timbul karena adanya komponen ekstrinsik atau intrinsik.

#### 5. Faktor resiko

- a. Alergen yaitu faktor alergi yang dianggap mempunyai peranan pada sebagai penderita dengan asma, disamping itu hipersensitif saluran napas juga merupakan faktor yang penting bila tingkat hipersensitivitas bronkus tinggi diperlukan jumlah alergen yang sedikit dan sebaliknya untuk menimbulkan serangan asma.
- b. Infeksi yaitu biasanya virus penyebabnya *respiratory synchyhal virus* (RSV) dan virus para influenza.
- c. Ritasi yaitu hairspray, minyak wangi, asap rokok, bau asam dari cat dan polutan udara, air dingin dan udara dingin.
- d. Inspeksi saluran pernapasan atas.
- e. Reflek gastroesopagus adalah iritasi trakeobronkeal karena isi lambung dapat memperberat penyakit asma.
- f. Psikologis

#### 6. Patofisiologi

Adanya debu, asap rokok, bulu binatang, hawa dingin terpapar pada penderita. Benda-benda tersebut setelah terpapar ternyata tidak dikenali oleh sistem ditubuh penderita sehingga dianggap sebagai benda asing (antigen). Anggapan itu yang kemudian memicu dikeluarkannya antibodi yang berperanan sebagai respon reaksi hipersensitif seperti neutropil, basofil, dan immunoglobulin. Masuknya antigen pada tubuh yang memicu reaksi antigen akan menimbulkan reaksi antigen dan antibodi yang membentuk ikatan seperti *key and lock* (gembuk dan kunci).

Ikatan antigen dan antibodi akan merangsang peningkatan pengeluaran mediator kimiawi seperti histamin, *neutrophil chemotactic slow acting*, epinefrin, norepinefrin dan prostaglandin. Peningkatan mediator-mediator



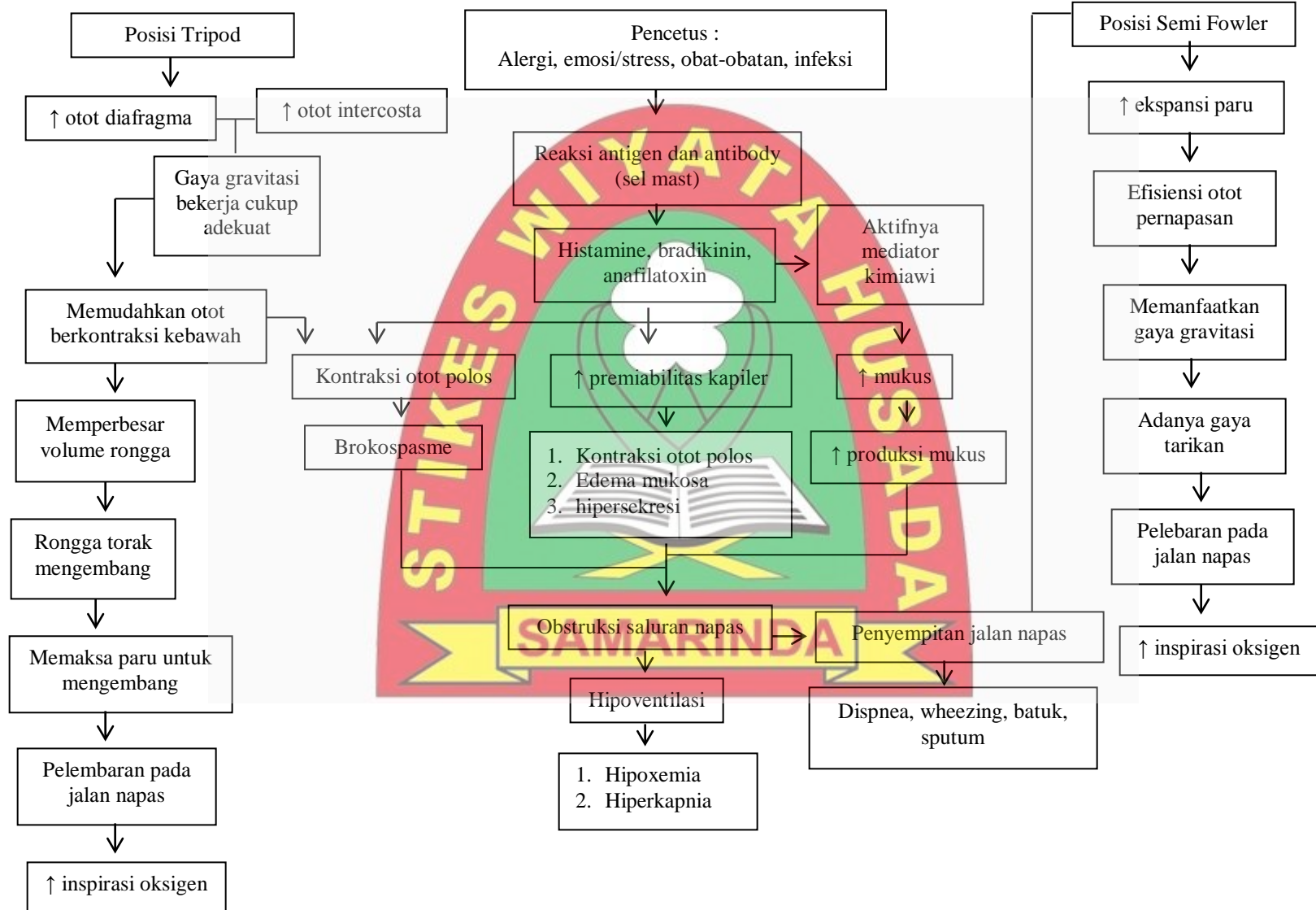
kimia tersebut akan merangsang peningkatan permeabilitas kapiler, pembengkakan pada mukosa saluran pernapasan (terutama bronkus). Pembengkakan yang hampir merata pada semua bagian bronkus akan menyebabkan penyempitan bronkus (bronkokonstriksi) dan sesak napas. Penyempitan bronkus akan menurunkan jumlah oksigen luar yang masuk saat inspirasi sehingga menurunkan oksigendi darah. Kondisi ini akan berakibat pada penurunan oksigen jaringan sehingga penderita terlihat pucat dan lemah.

Pembengkakan pada mukosa bronkus juga akan meningkatkan sekresi mukus dan meningkatkan pergerakan silia pada mukosa. Penderita jadi sering batuk dengan produksi mukus yang cukup banyak.



7. Phatway

Skema2.1. Phatway ASMA Serta Pemberian Posisi Tripod dan Semi Fowler



## 8. Manifestasi Klinis

Ada beberapa manifestasi klinis pada asma yaitu wezing, dispnea dengan lama ekspirasi yaitu penggunaan otot-otot asesori pernapasan, cuping hidung, retraksi dada, dan stridor, batuk kering (tidak produktif) karena sekret kental dan lumen jalan napas sempit, *tachypnea*, *tachycardia*, *orthopnea*, gelisah, berbicara sulit atau pendek karena jalan napas sempit, *diaphoresis*, nyeri abdomen karena terlibatnya otot-otot abdomen dalam bernapas, fatigue. Tidak toleran terhadap aktivitas yaitu makan, bermain, berjalan bahkan berbicara dan kecemasan, labil, dan perubahan tingkat kesadaran.

Gambaran klinis yang muncul pada penderita asma antara lain yaitu sesak napas, batuk, suara bernapas wezing, pucat, dan lemah.

9. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada penderita asma yaitu pemeriksaan fisik, sinar X (*rontgen*) yang dimana terlihat adanya hiperinflasi paru-paru diafragma mendatar, tes fungsi paru, GDA dan pemeriksaan laboratorium.
10. Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita asma yaitu pneumotorak, emfisema, atelektasis, aspirasi, kegagalan jantung atau gangguan irama jantung dan asidosis.
11. Penatalaksanaan farmakologi dan non-farmakologi
  - a. Agonis beta merupakan bentuk aerosol bekerja sangat cepat diberikan 3-4 kali semprot dan jarak antara semprotan pertama dan kedua adalah 10 menit. Yang termasuk obat ini adalah metaproterenol ( Alupent, metrapel )
  - b. Metil Xantin merupakan golongan metil xantin adalah aminophilin dan teopilin, obat ini diberikan bila golongan beta agonis tidak memberikan hasil yang memuaskan. Pada orang dewasa diberikan 125-200 mg empatkali sehari
  - c. Kortikosteroid yaitu jika agonis beta dan metil xantin tidak memberikan respon yang baik, harus diberikan kortikosteroid. Karena pemberian

steroid yang lama mempunyai efek samping maka yang mendapat steroid jangka lama harus diawasi dengan ketat.

- d. Kromolin merupakan obat pencegah asma, khususnya anak-anak. Dosisnya berkisar 1-2 kapsul empat kali sehari.
- e. Ketotifen yaitu efek kerja sama dengan kromolin dengan dosis 2 x 1 mg perhari keuntunganya dapat diberikan secara oral.
- f. *Iprutropium bromide* (Atroven) adalah antikolinergik, diberikan dalam bentuk aerosol dan bersifat bronkodilator.



### BAB III

## PROSES PRAKTIK NERS

### I. Laporan Analisis Kasus Kelolaan dan Resum

#### A. Kasus Kelolaan Utama

Ny. H berjenis kelamin perempuan, berusia 33 tahun, menikah, pendidikan SMA. Datang ke ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 27 November 2018 jam 15.00 WITA, dengan keluhan sesak napas  $\pm$  1 jam yang lalu dan sudah mengkonsumsi obat sesak yaitu Teosal tablet, pasien mengatakan memiliki alergi yang dapat menyebabkan sesak napas kambuh yaitu pada cuaca (dingin) dan udara(debu). Tidak memiliki alergi obat atau makanan, pasien juga sudah sering keluar masuk rumah sakit dengan keluhan yang sama jika penanganan yang dilakukan dirumah tidak mempan. Pada pemeriksaan ttv didapatkan TD :110/90mmhg N :90x/menit S:36,6'c RR :28x/menit Spo2 : 90%.

#### 1. Pengkajian Primer

- a. *Airway* yaitu jalan napas pasien paten, tidak ada obstruksi jalan napas, suara napas vesikuler, ada suara napas tambahan yaitu wezing.
- b. *Breathing* yaitu bentuk dada simetris kanan dan kiri pernapasan 28x/menit dan Spo2 : 90%, sianosis tidak ada, pernapasan cuping hidung ada, retraksi dada dan otot bantu pernapasan tidak ada, gerakan dada simetris kanan dan kiri, perkusi : bunyi paru kiri dan kanan sonor, suara napas tambahan wezing. Dari hasil pengkajian *breathing* timbul masalah keperawatan yang utama yaitu adalah ketidakefektifan pola napas b.d kelelahan otot pernapasan.
- c. *Circulation* yaitu denyut nadi teraba kuat 90x/menit, pekak pada jantung, bunyi jantung I dan II tunggal, tidak terdapat sianosis, CRT  $\leq$  2 detik, TD : 110/80 mmHg dan akral hangat, perdarahan tidak ada, dan tidak ada keluhan lain.

- d. *Disability* yaitu respon pasien alert, kesadaran compos mentis, GCS terdapat 15 sebagai berikut *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.
  - e. *Exposure* yaitu pasien mengatakan tidak terdapat luka atau cedera pada bagian tubuh.
2. Anamnesa (Pengkajian Awal)
- a. Keluhan Utama : sesak napas
  - b. Riwayat Kesehatan atau Pengobatan perawatan sekarang :

Pasien tiba di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 27 November 2018 pukul 15.00 wita dengan keluhan sesak napas. Sebelumnya pasien pernah dirawat di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebulan yang lalu.

- c. Riwayat kesehatan atau pengobatan perawatan sebelumnya :

Pasien mengatakan memiliki riwayat asma mulai dari 10 tahun yang lalu dan sudah sering keluar masuk RSUD. Pasien juga mengatakan jika dirumah mengalami sesak pasien selalu mengkonsumsi obat yang dibeli diapotik, jika sesak masih ada pasien langsung ke RS.

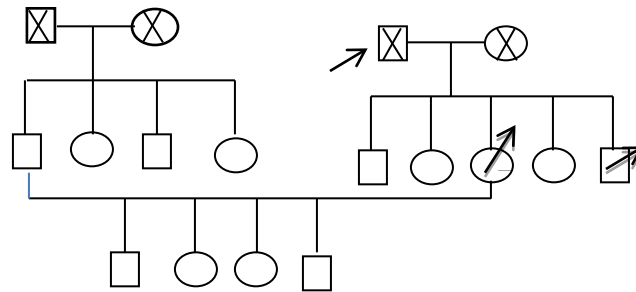
- d. Riwayat pembedahan :

Pasien mengatakan tidak pernah menjalani pembedahan pasien masuk IGD dengan riwayat sesak napas.

- e. Pengobatan terakhir :

Saat di IGD pasien diberikan O2 nasal kanul 3 lpm, *nebulizer combivent*.

## f. Riwayat penyakit keluarga (genogram keluarga)



Keterangan :

□ laki-laki

○ perempuan

: / Yang Sakit

: X Meninggal

Ket. pasien tidak memiliki riwayat penyakit lain selain riwayat asma dari usia  $\pm 10$  tahun yang dimana memiliki penyakit asma adalah bapak. Dari saudara pasien juga ada yang mengalami asma adik kelima.

## 3. Pemeriksaan Fisik

## a. Kepala dan Leher:

Inspeksi: rambut berwarna hitam merata, bersih tidak ada kotor, tidak terdapat perdarahan dan luka atau lesi tidak ada. Bagian leher tidak ada tampak pembengkakan.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada daerah kepala, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

## b. Dada:

Inspeksi: simetris, tidak tampak lesi, retraksi dada bernapas cepat,

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Perkusi: sonor

Auskultasi: wezing

## c. Abdomen:

Inspeksi: perut datar (normal), tidak ada luka atau lesi dan tidak adanya asites.

Palpasi : nyeri tekan tidak ada, hepar tidak teraba.

Perkusi : Timpani

Auskultasi : 11x/i

## d. Pelvis:

Inspeksi : tidak adanya perdarahan dan bersih.

Palpasi : tidak terjadinya nyeri tekan, atau tidak adanya pembengkan daerah sekitar pelvis.

## e. Ekstremitas Atas atau Bawah:

Inspeksi : tidak ada luka atau edem.

Palpasi : sianosis tidak ada, akral hangat, turgor kulit normal.

## f. Punggung :

Inspeksi : tidak ada luka atau lesi.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

## g. Neurologis :

GCS: 15

## 4. Pemeriksaan Diagnostik

EKG : normal

## 5. Medikasi

O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm dan terapi nebulizer combivent.

## 6. Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : Pasien mengatakan sesak napas ± 1 jam yang lalu. DO : Gerakan dada : simetris Irama Napas : cepat Pola Napas : Teratur Retraksi otot dada : Ada Sesak Napas : Ada Tanda- tanda vitalTD :110/80mmhg, N :80x/menit, S:35,6°c, RR :29x/menit, Spo2 : 90%.	Respon imun buruk atau alergi => IgE menyerang sel-sel mast dalam paru-paru => pelepasan produk sel-sel mast (mediator) => pembengkakan membran mukosa, pembentukan mukus yang banyak => sesak napas => ronki, wezing => ketidakefektifan pola napas.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan

---

 Pemeriksaan EKG : Normal
 

---

## 7. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan sesak pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respirasi Rate (4)</li> <li>2. Irama pernapasan (4)</li> <li>3. Kedalaman inspirasi (4)</li> <li>4. Suara napas tambahan (4)</li> <li>5. Pernapasan cuping hidung (4)</li> <li>6. Dispnea (5)</li> <li>7. Batuk (5)</li> <li>8. Akumulasi Sputum (4)</li> </ol> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deviasi berat dari kisaran normal</li> <li>2. Deviasi yang cukup berat dari kisaran normal</li> <li>3. Deviasi sedang dari kisaran normal</li> <li>4. Deviasi ringan dari kisaran normal</li> <li>5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal</li> </ol> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat berat</li> <li>2. Berat</li> <li>3. Cukup</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada</li> </ol>	<p><b>Monitor Pernapasan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Monitor frekuensi, irama , dan upaya pernapasan.</li> <li>1.2. Perhatikan gerakan dada, lihat kesimetrisan, dan penggunaan otot bantu pernapasan.</li> <li>1.3. Monitor suara napas tambahan.</li> <li>1.4. Monitor pola napas bradipnea, takipnea, dyspnea.</li> <li>1.5. Atur posisi tripod</li> <li>1.6. Berikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan</li> <li>1.7. Monitor SpO2</li> <li>1.8. Monitor tanda vital</li> <li>1.9. Kolaborasi pemberian nebulizer</li> </ol>

## 8. Implementasi Keperawatan

No.	Hari/tgl/jam	Implementasi	ttd
1	Selasa, 27/11/2018 pkl. 15.30	1.1. Monitor frekuensi, irama , dan upaya pernapasan. Ep :RR = 23x/i, irama napas normal. 1.2. Perhatikan gerakan dada, lihat kesimetrisan, dan penggunaan otot bantu pernapasan Ep :retraksi dada (-), gerakan dada simetris, otot bantu pernapasan (-). 1.3. Monitor suara napas tambahan Ep : wezing (-) 1.4. Monitor pola napas bradipnea, takipnea, dispnea Ep :pola napas teratur. 1.5. Atur posisi semi fowler dan posisi tripod Ep : posisi tripod merasa nyaman sesak sudah berkurang. 1.6. Berikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan Ep : 3 lpm nasal kanul. 1.7. Monitor Spo2 Ep : 97%. 1.8. Monitor tanda vital Ep :TD :120/80mmhg, N :88x/menit, S:36,5'c, RR :23x/menit. 1.9. Kolaborasi pemberian nebulizer Ep :pasien mengatakan setelah diberikan nebulizer (obat combivent) sudah sedikit berkurang.	Desi

## 9. Evaluasi Keperawatan

No.	Tgl/jam	Evaluasi
1	Selasa, 27/11/2018 pkl. 15.46	S : pasien mengatakan masih merasa sesak dan sudah sedikit berkurang. O : ku : baik, TD :120/80mmhg, N :88x/menit, S:36,5'c, RR :23x/menit, Spo2 : 97%. A: masalah teratasi sebagian Dengan kriteria hasil : Respirasi Rate (4), Irama pernapasan (4), Kedalaman inspirasi (4). P: lanjutkan intervensi (observasi di ruang IGD kemudian bisa keluar rumah sakit)

## B. Gambaran Kasus Resume yang di Ruang IGD

### 1. Sistem Respiratori

Dalam laporan ini diuraikan laporan pada pasien dengan kasus gangguan sistem respiratori yang terdiri dari ASMA, TB Paru, PPOK yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan. Pengkajian dilakukan dan didapatkan data sebagai berikut :

a. Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 8 pasien dengankasus sistem pernapasan yaitu pada kasus asma terdapat 6 pasien yang dimana datang 4 pasiendengan keluhan sesak napas dan suara napas wezing dan 2 pasien lainnya datang dengan keluhan sesak napas dan batuk berdahak serta suara tambahan ronki, irama napas yang cepat, adanya retraksi otot dada, dengan rata-rata RR : 29x/menit dan spo2 : 90-94%. Sedangkan pada kasus TB paru pasien datang dengan keluhan lemas dan sesak napas, PPOK dengan keluhan yang sama sesak napas dan batuk.

#### b. Pengkajian Primer

Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem respirasi di *airway*, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas wezing. Pada pemeriksaan *breathing*, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR : 29x/menit, Spo2 : 90% yang dimana timbul masalah keperawatan yang diangkat yaitu ketidakefektifan pola napas b.d kelelahan otot pernapasan. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada *disability*, pasien dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

c. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yang timbul yaitu ketidakefektifan pola napas b.d keletihan otot pernapasan yang dimana dari semua kasus sistem pernapasan.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada pasien yaitu ketidakefektifan pola napas. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan sesak napas dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu dispnea (5), batuk (5), irama pernapasan (5), yang dimana diberikan intervensi pemberian terapi oksigen, bantuan pemberian mask nebulator, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas pada pasien yaitu memberikan pemberian posisi tripod, meningkatkan istirahat yang adekuat, dapat mengurangi sesak napas.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi tripod serta memberikan oksigen aliran rendah berfungsi untuk meningkatkan indeks resistensi udara dan mengoptimalkan diafragma. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Pasien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan sesak napas setelah diberikan posisi tripod serta oksigen aliran rendah. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien merasa

nyaman dan rasa sesak napas berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal.

## 2. Sistem kardiovaskuler

Dalam laporan ini diuraikan laporan pada pasien dengan kasus gangguan sistem kardiovaskuler yang terdiri dari ACS Stemi yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan. Pengkajian dilakukan dan didapatkan data sebagai berikut :

a. Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 2 kasus dengan kasus sistem kardiovaskuler yaitu kasus ACS stemi yang dimana keluhan utama datang dengan nyeri dada sebelah kiri sampai punggung belakang dan sesak napas, yang dimana nyeri dada terasa tertekan, nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 5.

### b. Pengkajian Primer

Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem respirasi di *airway*, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal. Pada pemeriksaan *breathing*, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR : 23x/I, SpO<sub>2</sub> : 98%. Pada *circulation*, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada *disability*, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

### c. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen cedera biologik.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada pasien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, tanda vital dalam rentang normal yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada pasien yaitu memberikan pemberian posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Pasien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan pemberian posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 5 ke 2.

### 3. Sistem Endokrin

- a. Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 1 pasien dengan kasus gangguan sistem endokrin yaitu gas gangren yang dimana keluhan utama datang dengan luka pada kaki kanan dan nyeri kaki sebelah kanan, yang dimana luka terasa nyeri tertekan, nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 6.

- b. Pengkajian Primer

Hasil pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem endokrin di *airway*, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal. Pada pemeriksaan *breathing*, gerakan dada simetris, irama napas normal, pola napas teratur, retraksi tidak ada, RR : 22x/I, Spo2 : 98%. Pada *circulation*, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada *disability*, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motorik* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada. *Exposure*, terdapat luka pedis dextra, cairan luka berwarna kemerahan, slope terdapat disekitar pinggir luka yang dimana timbul masalah keperawatan utama yang diangkat yaitu kerusakan integritas kulit b.d luka gas gangren.

- c. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan pertama yaitu kerusakan integritas kulit b.d luka gas gangren, diagnosa kedua yaitu nyeri akut b.d agen cedera biologik.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada pasien yaitu kerusakan integritas kulit. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan kerusakan integritas kulit dan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu dapat

mempertahankan integritas kulit dan tidak bertambahnya lesi, serta mampu melaporkan nyeri berkurang, dapat mengidentifikasi aktivitas yang dapat menaikkan nyeri, yang dimana diberikan intervensi dilakukan perawatan luka, menjaga kebersihan kulit sekitar luka dan menjaga balutan agar tidak terlalu ketat, serta intervensi pada diagnosa nyeri yaitu pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan pasien tindakan non-farmakologi, atur posisi dan imobilisasi yang terdapat luka. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah luka pada perawatan luka dan balutan luka untuk mengurangi tekanan pada luka, serta nyeri pada pasien yaitu memberikan pemberian posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan pertama yang dilakukan untuk mengatasi masalah luka yaitu perawatan dan menjaga agar sekitar luka bersih, dan nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Pasien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 6 ke 3.

#### 4. Sistem Neurologi

- a. Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 2 pasien dengan kasus sistem neurologi yaitu kasus stroke hemoragik yang dimana datang dengan keluhan utama penurunan kesadaran dan kasus cedera kepala ringan yang dimana datang dengan keluhan utama merasa pusing.
- b. Pengkajian Primer

Hasil pengkajian primer pasien dengan stroke hemoragik di *airway*, jalan napas tidak paten, adanya obstruksi jalan napas yaitu lidah dan adanya cairan, suara napas terdengar snoring yang dimana timbul masalah keperawatan yang diangkat yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan napas : banyak mukus, pada pasien dengan cedera kepala ringan tidak adanya obstruksi jalan napas, suara napas normal. Pada pemeriksaan *breathing*, dengan pasien stroke hemoragik gerakan dada simetris, irama napas dangkal, pola napas tidak teratur, retraksi otot dada ada, sesak napas ada RR : 30x/menit dan Spo2 : 95% yang dimana timbul masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan pola napas b.d obstruksi jalan napas : banyak mukus, pada pasien CKR gerakan dada simetris, irama napas normal, pola napas teratur, retraksi tidak ada, RR : 22x/i, Spo2 : 98%.

Pada *circulation*, pasien dengan SH dan CKR yaitu HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada *disability*, pasien SH respon pasien dengan nyeri, kesadaran dalam keadaan stupor dengan GCS sebagai berikut  $eye = 1$ ,  $verbal = 2$ ,  $motoric = 1$ , pupil unisokor dan reflek cahaya ada yang dimana timbul masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penyumbatan aliran darah. Pasien CKR respon pasien dengan keadaan apatis dengan GCS 13 yaitu  $eye = 4$ ,  $verbal = 4$ ,  $motoric = 5$ , pupil isokor dan reflek cahaya ada, pasien merasa pusing.

c. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, pada pasien SH hasil analisa data terdapat 3 masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d obstruksi jalan napas : banyaknya produksi mucus, ketidakefektifan pola napas b.d obstruksi jalan napas : banyaknya produksi mucus dan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penyumbatan aliran darah. Serta pada pasien CKR hasil analisa data terdapat 1 masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d trauma kepala.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada pasien SH yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan napas dan Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan bersihan jalan napas dan perfusi jaringan serebral dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu jumlah pernapasan, irama pernapasan, kemampuan pengeluaran sekresi dan pada diagnosa kedua yaitu hemodinamik yang baik, kemampuan kognitif, dan menuntukkan fungsi sensori kranial, yang dimana diberikan intervensi dengan manajemen airway atau buka jalan napas, auskultasi suara napas, monitor oksigen, lakukan *suction* dan jika spo2 meningkat hentikan *suction*, memonitor tekanan intrakranial dengan cara monitor hemodinamik pasien, cek GCS, tinggikan kepala 0-45 derajat.

Sedangkan pada pasien CKR prioritas utama yaitu Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d cedera kepala. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan pusing dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yaitu hemodinamik yang baik, kemampuan kognitif meningkat,

dan menentukan fungsi sensori kranial, yang dimana diberikan intervensi memonitor tekanan intrakranial dengan memonitor hemodinamik pasien, monitor GCS, dan posisi kepala dalam keadaan lurus. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas dan tidak efektifnya perfusi serebral pada pasien SH dan CKR yaitu memberikan pemberian posisi yang sesuai dengan masalah pasien, meningkatkan oksigen, memonitor hemodinamik, dapat meningkatkan hemodinamik dan bersihan jalan napas.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas dan ketidakefektifan perfusi serebral yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memonitor tingkat kesadaran berfungsi untuk menangani yang terjadi pada pasien. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Pasien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan pemberian posisi serta memberikan monitor tingkat kesadaran. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien merasa nyaman dan suara snoring berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali sebagian.

#### 5. Sistem Muskuloskeletal

- a. Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 3 pasien dengan kasus gangguan sistem muskuloskeletal yaitu pasien pertama fraktur kosta, kedua pasien fraktur pelvis dan yang ketiga pasien trauma toraks yang dimana keluhan utama 2 pasien datang dengan nyeri dada dan ada yang nyeri pinggul, dan pada pasien yang ketiga datang dengan keluhan sesak napas, nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 5 dan 6.

### b. Pengkajian Primer

Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem muskuloskeletal pada 2 pasien di *airway*, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal. Pada pemeriksaan *breathing*, gerakan dada simetris, irama napas normal, pola napas teratur, retraksi tidak ada, RR = 22-26x/menit, SpO<sub>2</sub> = 97-98%. Pada pasien yang ketiga yaitu pemeriksaan *airway* jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal, dan pada *breathing* gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi otot dada ada, RR = 27x/menit, SpO<sub>2</sub> : 96%, yang dimana timbul masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas b.d kelelahan otot pernapasan.

Pada *circulation*, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan 2 pasien pada pemeriksaandisability, respon pasien alert, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motorik* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada. Sedangkan pasien ketiga respon pasien dengan nyeri, kesadaran somnolen dengan GCS 14 *eye* = 3, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor, reflek cahaya ada. *Exposure*, tidak terdapat luka.

### d. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan pertama yaitu nyeri akut b.d agen cedera fisik, dan diagnosa kedua yaitu ketidakefektifan pola napas b.d kelelahan otot pernapasan.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada pasien yaitu ketidakefektifan pola napas dan prioritas kedua yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan ketidakefektifan pola napas

dan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu dispnea (5), tidak ada batuk dan irama napas normal, serta mampu melaporkan nyeri berkurang, dapat mengidentifikasi aktivitas yang dapat menaikkan nyeri, yang dimana diberikan intervensi pemberian terapi O<sub>2</sub> dan pengaturan posisi, serta intervensi pada diagnosa nyeri yaitu pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan pasien tindakan non-farmakologi, atur posisi dan imobilisasi yang terdapat luka. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tidak efektifnya pola napas pada pemberian O<sub>2</sub> dan pengaturan posisi untuk mengurangi sesak napas, serta nyeri pada pasien yaitu memberikan pemberian posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan pertama yang dilakukan untuk mengatasi masalah tidak efektifnya pola napas yaitu pemberian O<sub>2</sub> dan pemberian posisi yang nyaman, dan nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Pasien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan pola napas dan nyeri setelah diberikan O<sub>2</sub> dan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 5-6 ke 3.

## 6. Sistem Urologi

- a. Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 3 pasien dengan kasus gangguan sistem urologi yaitu 2 pasien CKD, dan 1 pasien BPH yang dimana keluhan utama 2 pasien CKD datang dengan nyeri pinggang, dan pada pasien BPH tidak dapat BAK dan nyeri pada daerah perut bawah, nyeri terasa hilang timbul pada pasien CKD dan terus menerus pada pasien BPH. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 5 dan 8.
- b. Pengkajian Primer

Hasil pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem urologi pada pasien di *airway*, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas normal. Pada pemeriksaan *breathing*, gerakan dada simetris, irama napas normal, pola napas teratur, retraksi tidak ada, RR = 21-22x/i, Spo2 = 97-98%. Pada *circulation*, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada pemeriksaan *disability*, respon pasien alert, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada. *Exposure*, tidak terdapat luka.

- e. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan pertama yaitu nyeri akut b.d agen cedera biologik.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada pasien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu mampu melaporkan nyeri berkurang, dapat mengidentifikasi aktivitas yang dapat menaikkan nyeri, yang dimana

diberikan intervensi pada diagnosa nyeri yaitu pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan pasien tindakan non-farmakologi, atur posisi dan imobilisasi yang terdapat luka. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada pasien yaitu memberikan pemberian posisi, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan pertama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Pasien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 5 dan 8 ke 3 dan 4.

## II. *Evidence Based Nursing Practic*

### A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak dasar manusia dan merupakan salah satu factor yang sangat menentukan kualitas sumber daya manusia (Fakhrudin, 2011).

Akhir-akhir ini banyak faktor yang menyebabkan masalah kesehatan di masyarakat termasuk masalah kesehatan yang berhubungan dengan paru-paru (respirasi). Salah satu penyakit yang menyerang sistem respirasi ini adalah asma. Asma merupakan penyakit jalan napas obstruktif *intermitten, reversible* di mana trakea dan bronki berespon secara hiperaktif terhadap stimuli

tertentu. Asma dimanifestasikan dengan penyempitan jalan napas, yang mengakibatkan dispnea, batuk, dan mengi (Somantri, 2009)

Berdasarkan data dari *World Health Organisation* (WHO) memperkirakan jumlah pasien asma pada tahun 2014 mencapai angka 235 juta jiwa. Penyakit ini lebih sering ditemukan di negara maju dibandingkan negara berkembang. Di Amerika dan Australia angka prevalensi asma lebih tinggi dibandingkan dengan Asia, Eropa Timur dan Afrika (Depkes RI, 2014)

Asma merupakan salah satu penyakit kronis yang tidak menular. Penyakit asma telah mempengaruhi lebih dari 5% penduduk dunia dan beberapa indikator telah menunjukkan bahwa prevalensinya terus menerus meningkat, khususnya pada anak-anak. Masalah epidemiologi mortalitas dan morbiditas penyakit asma masing cenderung tinggi, menurut *World Health Organization* (WHO) yang bekerja sama dengan organisasi asma di dunia yaitu *Global Asthma Network* (GAN) memprediksikan saat ini jumlah pasien asma di dunia mencapai 334 juta orang, diperkirakan angka ini akan terus mengalami peningkatan sebanyak 400 juta orang pada tahun 2025 dan terdapat 250 ribu kematian akibat asma termasuk anak-anak (GAN, 2014).

Menurut Pratyahara (2011), asma adalah penyakit kronis (jangka panjang), suatu kondisi ketika saluran udara tersumbat atau menyempit. Asma menyebabkan peradangan pada paru-paru dan sebagai akibatnya saluran pernapasan menyempit. Peradangan adalah reaksi normal tubuh terhadap luka atau infeksi. Empat serangan yang terjadi pada asma antara lain yaitu kontraksi otot bronkus (*bronkospasma*), pengeluaran lendir yang meningkat, batuk dan napas berbunyi. *Bronkospasma* menimbulkan sesak napas serta menghasilkan napas yang berbunyi dan batuk. Pada saat serangan asma, kelenjar pada dinding dalam saluran pernapasan mengeluarkan lendir yang lebih kental dari lendir yang biasa. Tiga gejala utama asma yaitu napas berbunyi (mengi), batuk dan kesulitan bernapas.

Dahulu penyakit ini bukan merupakan penyebab kematian yang berarti. Akan tetapi, di beberapa Negara melaporkan bahwa angka kematian akibat

penyakit asma terus meningkat. Di Amerika Serikat, dari berbagai penelitian yang dilakukan dilaporkan bahwa prevalensi asma secara umum sebanyak 5% atau sebanyak 12,5 juta penderita. Bukan hanya di Amerika Serikat, Negara-negara lain juga melaporkan bahwa angka kematian anak akibat penyakit asma terus mengalami peningkatan. Prevalensi penyakit asma di Australia bervariasi dari 7% sampai 13% dengan angka kejadian asma pada anak laki-laki usia 10 tahun lebih banyak 1.5 sampai 2 kali lipat dari anak perempuan. Angka kejadian asma pada anak laki-laki dan anak perempuan berbanding 3:2 untuk usia 6-11 tahun dan 8:5 untuk anak usia 12-17 tahun (Rahajoe, 2015).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 menunjukkan angka prevalensi asma di Indonesia mencapai 4.5% dengan kejadian tertinggi di provinsi Jawa Tengah sebanyak 7,3% dan di Yogyakarta sebanyak 6,9%, angka prevalensi asma di provinsi Jawa Tengah (Jateng) dalam dua tahun terakhir mengalami penurunan dimana pada tahun 2012 jumlah kasus asma sebanyak 140.026 kasus dan pada tahun 2013 sebanyak 113.028 kasus (Dinkesprov, 2013).

Tanda dan gejala yang biasanya muncul pada penderita asma dapat berupa batuk, mengi, hipoksia, takikardi, berkeringat, pelebaran tekanan nadi dan sesak napas serta sesak dada yang ditimbulkan oleh alergen, infeksi atau stimulus lain. Namun, keluhan yang sering diutarakan oleh pasien asma yaitu sesak napas. Hal ini menjadi salah satu alasan mengapa pasien asma memerlukan penanganan keperawatan di rumah sakit (Padila, 2012).

Fenomena penanganan asma yang terjadi di rumah sakit, pasien selalu diberikan obat-obatan bronkodilator, kortikosteroid, terapi aerosol (Jauhar dan Bararah, 2012). Tindakan non-farmakologi yang diberikan berupa latihan pernapasan, dapat dilakukan oleh seorang perawat untuk membantu mengurangi sesak pada pasien asma. Latihan tersebut diberikan dengan cara mengatur posisi istirahat yang enak dan nyaman, sehingga otot napas tambahan dapat bekerja dengan baik (Djodjodibroto, 2013).

Pemberian posisi yang bisa dilakukan yaitu dengan posisi tripod dan posisi semi flower. Posisi ini membantu untuk mengatasi sesak napas pasien asma.

## B. Analisis PICO

### 1. Masalah Klinis

Pendekatan PICO (*Population Intervention Comparison Outcome*) digunakan dalam melakukan perumusan masalah klinis. Pertanyaan klinis dirumuskan dengan menggunakan analisis PICO, pertanyaan klinis dalam *evidence based nursing* ini adalah “Apakah Pemberian Posisi Tripod Dan Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Dengan Masalah Utama Pasien Asma di IGD?”. Penjabaran analisa PICO dalam perumusan masalah klinis, yakni sebagai berikut:

PICO	Perumusan Masalah Klinis
<i>Problem</i>	Pasien sesak napas pada pasien ASMA yang berada di ruang IGD.
<i>Intervention</i>	Pemberian posisi tripod dan posisi semi fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen.
<i>Comparison</i>	-
<i>Outcome</i>	Sesak napas berkurang

### 2. Search Strategy

Menggunakan kata kunci *Asma, saturasi oksigen, tripod, semi flower*. Peneliti memasukkannya ke dalam *search nejm, website google dan google scholar*. Artikel ditelusuri dalam bahasa indonesia, *FullText* dalam jangka waktu 3 tahun terakhir. Penelusuran yang dilakukan mendapatkan hasil 20 artikel yang diidentifikasi 5 yang sesuai. Kesesuaian antara pelaksanaan intervensi, *problem* dan populasi dipilih satu artikel yang sesuai yaitu *Perbedaan Posisi Tripod dan Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Asma* (Dwi Istiyani, Sri Puguh Kristiyawati, Supriyadi, 2015) dan lima artikel pendukung, yaitu:

- a. *Efektifitas Posisi Condong Ke Depan (Ckd) Dan Pursed Lips Breathing (Plb) Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok)*(Suci Khasanah, Madyo Maryoto, 2012).
  - b. *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Kestabilan Pola Napas Pada Pasien Tb Paru Di Irina C5 Rsup Prof Dr. R. D. Kandou Manado*(Aneci Moki Majampoh, Rolly Rondonuwu, Franly Onibala, 2013).
  - c. *Efektifitas Posisi Tripod Dan Diaphragmatic Breathing Exercise Terhadap Peningkatansaturasi Oksigen Pada Pasien Ppokdi Rs Paru Dr Ario Wirawan Salatiga* (Nurmalasari, Sri Puguh Kristiyawati, M. Syamsul Arif SN, 2017)
  - d. *Efektifitas Tehnik Relaksasi Napas Dalam Dan Posisi Tripod Terhadap Laju Pernapasan Pasien Ppok Di Rs H. Soewondo Kendal* (Ariska Mei Dwi Purwanti, Mugi Hartoyo, Wulandari M, 2016)
  - e. *Keefektifan Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Napas Pada Pasien Asma Di Ruang Rawat Inap Kelas Iii Rsud Dr. Moewardi Surakarta* (Refi Safitri, Annisa Andriyani, 2011)
3. Ringkasan Jurnal Utama

Berdasarkan jurnal desain penelitian yang digunakan oleh peneliti yaitu adalah rancangan eksperimen semu (*Quasi Eksperiment*) (Hidayat, 2009) yaitu dengan menggunakan rancangan *separate* sampel *pretest posttes* (Notoatmodjo, 2010).

Kedua kelompok dilakukan dua kali pengukuran, yaitu sebelum dan sesudah intervensi pada waktu penelitian. Setelah dilakukan intervensi diharapkan terdapat pengaruh pada kedua kelompok. Dalam penelitian ini peneliti memakai populasi terjangkau yang artinya memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2008). Populasi terjangkau dalam penelitian ini yaitu semua pasien asma di RS Paru dr. Ario Wirawan Salatiga.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* atau sampling jenuh. Sampling jenuh yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini dilakukan jika jumlah sampel relatif kecil. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga yang dimulai dari 28 November – 25 Mei 2015.

Analisis univariat dalam penelitian dilakukan untuk menggambarkan tiap-tiap variable penelitian, analisis univariat ini dalam penelitian ini adalah karakteristik responden dan nilai saturasi oksigen. Sedangkan analisis bivariate ini digunakan untuk menguji hipotesis baik itu uji hipotesis hubungan dua variable atau uji hipotesis perbedaan di antara dua variable.

Berdasarkan hasil bivariat, dapat diketahui bahwa rata-rata nilai saturasi oksigen pasien asma sebelum diberikan posisi tripod yaitu 88,27 kemudian meningkat menjadi 97,18 sesudah diberikan posisi tripod.

Berdasarkan uji dependen, didapatkan *p-value* sebesar 0,000. Terlihat bahwa *p-value*  $0,000 < \alpha (0,05)$ , ini menunjukkan perbedaan secara bermakna nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan posisi tripod pada pasien asma di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga. Ini menunjukkan bahwa pemberian posisi tripod memiliki pengaruh terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien asma di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga.

Berdasarkan penerapan posisi semi fowler, dapat diketahui bahwa rata-rata nilai saturasi oksigen pasien asma sebelum diberikan posisi semifowler sebesar 87,91 kemudian meningkat menjadi 92,64 sesudah diberikan posisi semifowler.

Berdasarkan uji t dependen, didapatkan *p-value* sebesar 0,000. Terlihat bahwa *p-value*  $0,000 < \alpha (0,05)$ , ini menunjukkan perbedaan secara bermakna nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah

diberikan posisi semifowler pada pasien asma di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga.

Oksigen dalam darah diikat oleh hemoglobin. Saat inspirasi oksigen masuk ke paru-paru dan terjadi pertukaran antara CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> di alveoli dan O<sub>2</sub> yang berdifusi diikat oleh hemoglobin darah untuk di edarkan keseluruh tubuh. Jika terjadi hipoksemia atau kekurangan oksigen di dalam darah, hal ini dapat terlihat pada saturasi oksigen. Karena pemeriksaan ini untuk memantau pasien terhadap perubahan mendadak atau perubahan saturasi oksigen. Saturasi oksigen adalah ukuran seberapa banyak prosentase oksigen yang mampu di bawa oleh hemoglobin.

Pemeriksaan tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan alat berupa oksimetri nadi (Saryono, 2009). Tujuan pengukuran SaO<sub>2</sub> yang dilakukan oleh perawat adalah untuk memonitor keadaan saturasi oksigen dalam darah (arteri). Pasien yang mengalami sesak napas dapat dilakukan tindakan dengan cara mengetahui kadar saturasi oksigen yang dapat digunakan sebagai parameter vital untuk mengetahui adanya disfungsi pernapasan dan mencegah lebih dini adanya kekurangan oksigen (Hariyanto, Ratnayanti & Chandra, 2012).

Hasil penerapan posisi tripod, menunjukkan rata-rata pemberian posisi tripod 97,18 dan pemberian posisi posisi semifowler dengan rata-rata 92,63. Berdasarkan uji independen t-test menunjukkan hasil *p-value* sebesar 0,000. Hasil *p-value* <0,05 menunjukkan bahwa ada perbedaan secara bermakna nilai saturasi oksigen pemberian posisi tripod dan posisi semifowler di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga. Ini menunjukan bahwa pemberian posisi tripod dan posisi semifowler memiliki pengaruh terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien asma di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga.

Begitu juga pada hasil akhir perlakuan, sebagian besar pasien pada kelompok tripod nilai rata-rata saturasi oksigen mencapai 97,18 yang artinya nilai saturasi oksigen sudah mencapai nilai normal. Sedangkan

pada pemberian posisi semifowler keseluruhan responden masih mengalami hipoksemia ringan.

Hal ini disebabkan karena pada pemberian posisi tripod melibatkan otot diafragma dan otot interkosta eksternal. Pemberian posisi tripod menyebabkan kedua otot ini akan meningkat. Otot diafragma yang berada pada posisi 450 menyebabkan gaya gravitasi bumi bekerja cukup adekuat. Gaya gravitasi bumi yang bekerja pada otot diafragma memudahkan otot tersebut berkontraksi bergerak ke bawah memperbesar volume rongga toraks dengan menambah panjang vertikalnya.

#### 4. Telaah Kritis terhadap Jurnal Terpilih (*Critical Appraisal*)

##### a. *Validity* (Validitas)

##### 1) Validitas seleksi

a) Peneliti membuat seleksi kriteria (*eligibility criteria*) yang relevan dengan tujuan penelitian yaitu penentuan kriteria inklusi sampel yaitu pasien dengan sesak napas dengan gangguan respiratori yaitu pasien yang menderita asma di RS Paru dr. Ario Wirawan Salatiga, bersedia terlibat dalam penelitian.

b) Peneliti telah melakukan alokasi sampel atau menggunakan teknik total sampling yang dimana semua penderita asma diambil sebagai sampel, desain penelitian peneliti yang digunakan adalah rancangan eksperimen semu (quasi eksperimen) yang menggunakan rancangan separate sampel *pretest* dan *posttest*.

c) Jumlah sampel yang masuk dalam penelitian mengikuti penelitian sampai selesai dan tidak ada sampel yang *drop out* pada saat proses penelitian.

d) Dapat disimpulkan bahwa validitas seleksi secara umum cukup baik dan tidak mengganggu validitas penelitian secara keseluruhan

2) Validitas pengontrolan variabel perancu

- a) Peneliti melakukan pengontrolan variabel perancu dengan melakukan total sampling alokasi sehingga variabel perancu akan berdistribusi secara merata kedalam kelompok pemberian posisi tripod dan kelompok posisi semi fowler. Karakteristik demografis pasien sama dalam penelitian ini, sehingga karakteristik demografis tidak berpengaruh terhadap efektifitas intervensi
- b) Peneliti melakukan analisis perbedaan data base line kelompok pemberian posisi tripod dan kelompok posisi semi fowler. Hal ini menunjukkan bahwa karakteristik responden tidak mempengaruhi penelitian.
- c) Jadi dapat disimpulkan bahwa validitas pengontrolan variabel perancu secara umum baik dan tidak mengganggu validitas penelitian secara keseluruhan.

3) Validitas informasi

- a) Peneliti telah menjelaskan semua variabel yang diukur dalam penelitian, Alat pengumpulan data yang digunakan yaitu lembar observasi, oksimetri nadi, lembar prosedur posisi tripod dan lembar prosedur posisi semi fowler.
- b) Jadi dapat disimpulkan bahwa validitas informasi penelitian ini cukup baik.

4) Validitas hubungan kausal

- a) Ada perbedaan signifikan pengaruh secara bermakna nilai saturasi oksigen pemberian posisi tripod
- b) Ada perbedaan signifikan pengaruh secara bermakna nilai saturasi oksigen pemberian posisi semifowler

## 5) Validitas eksterna

### a) Validitas eksterna 1

Validitas eksterna 1 dapat dilihat dari metode sampling yang digunakan dalam penelitian. Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode sampling yang tepat tetapi perhitungan rumus sampelnya tidak dipaparkan secara jelas sehingga merupakan kelemahan penelitian.

### b) Validitas eksterna 2

Validitas eksterna 2 dapat dilihat dari kriteria pemilihan tempat penelitian. Pada penelitian ini tidak dipaparkan secara jelas alasan peneliti memilih RS Paru dr. Ario Wirawan Salatiga.

c) Jadi dapat disimpulkan bahwa validitas eksterna pada penelitian ini kurang baik.

#### o *Importance* (Kepentingan)

1) Peneliti menjelaskan responden meningkatnya saturasi oksigen pada pemberian posisi tripod dan posisi semi fowler.

2) Rekomendasi penelitian ini adalah nursing intervensi diberikan kepada pasien Asma.

#### o *Applicability* (Kemampulaksanaan)

Peneliti menjelaskan secara kemampulaksanaan (*applicability*) hasil penelitian pada tatanan klinik dengan jumlah sampel yang cukup.

## C. Pelaksanaan EBN

### 1. Persiapan

Persiapan pelaksanaan dengan penyusunanyaitu :

#### a. Proposal EBN

Penyusunan proposal berdasarkan fenomena yang ditemukan selama praktik profesi Ners.

b. Menganilisi masalah menggunakan analisa PICO (*Problem, Intervention, Comparation, Outcome*).

- c. Tahap selanjutnya dengan melakukan pencarian jurnal menggunakan *search strategy* dengan kata kunci *Perbedaan Posisi Tripod dan Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Asma*.

Jurnal yang telah didapatkan, kemudian dipilih jurnal yang paling mendekati penyelesaian masalah sebagai dasar rujukan dan beberapa jurnal lainya sebagai jurnal pendukung. Setelah proposal dibuat kemudian dikonsulkan dengan pembimbing klinik dan pembimbing akademik untuk mendapatkan masukan dan saran. Sosialisasi rencana pelaksanaan EBN dilakukan dengan mempresentasikan EBN yang akan dilakukan, target pasien yang akan dilaksanakan dan bagaimana jalannya pelaksanaan kepada seluruh pihak rumah sakit yang terlibat. Sosialisasi dilaksanakan pada tanggal 03 Desember 2018 dan ruangan yang direncanakan akan dilakukan adalah Instalasi Gawat Darurat. Setelah mendapatkan persetujuan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, penulis menyiapkan persiapan alat dan bahan yang dibutuhkan seperti lembar leaflet, lembar observasi, oksimetri nadi, lembar prosedur prosedur posisi tripod dan lembar prosedur posisi semi fowler.

## 2. Pelaksanaan

Pelaksanaan EBN dilakukan diruang Instalasi Gawat Darurat, pelaksanaan EBN dilaksanakan pada tanggal 03 Desember 2018 hingga tanggal 07 Desember 2018. Jumlah Responden yang dilakukan pada penerapan EBN ini yaitu sebanyak 6 pasien posisi tripod dan posisi semi fowler. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu :

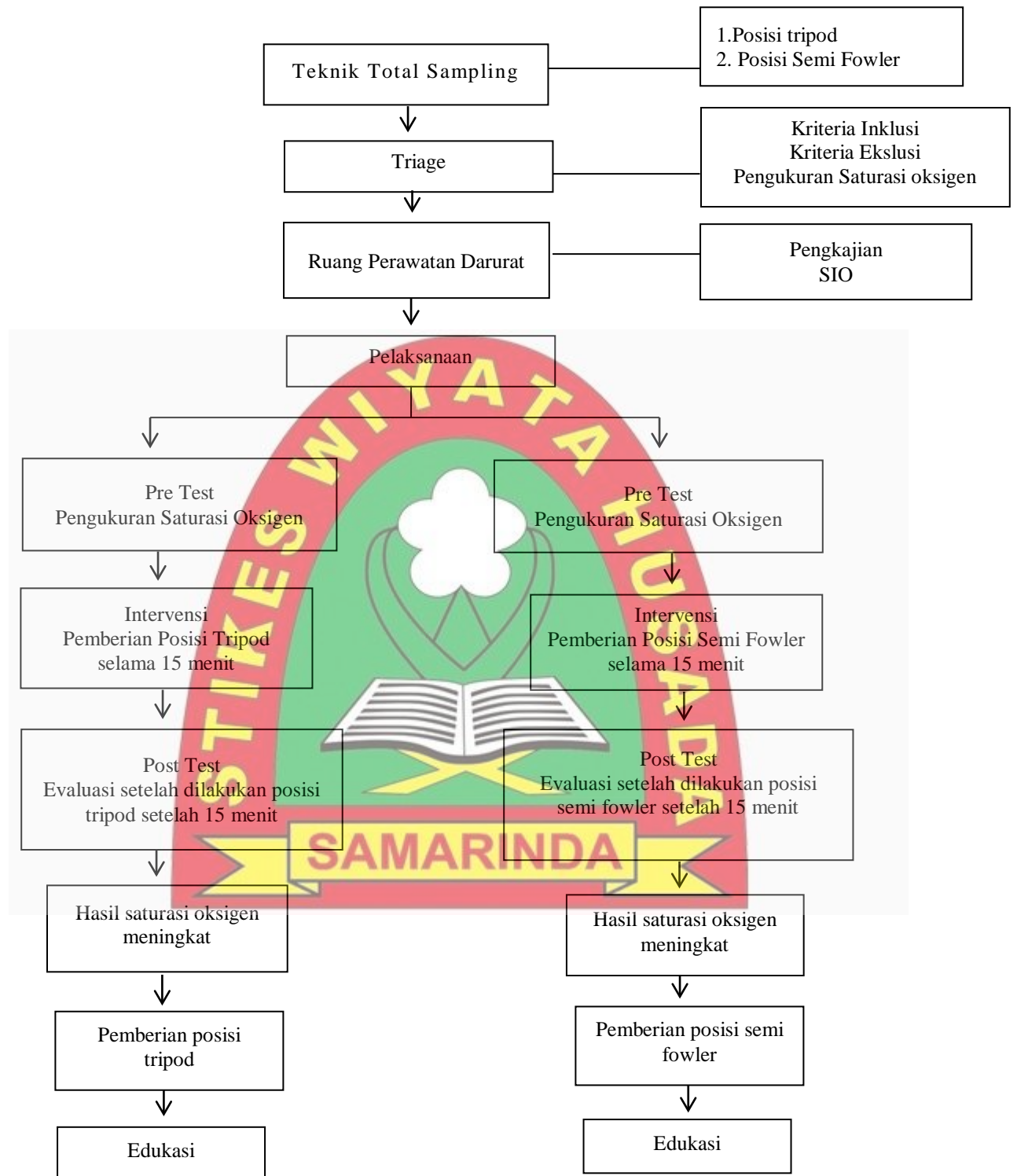
- a. Pasien sesak napas
- b. Pasien yang menderita asma
- c. Orientasi baik.

Kriteria eksklusi, antara lain:

- a. Hemodinamik tidak stabil
- b. Sesak napas yang bukan penderita asma.

Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari intervensi yang akan dilakukan. Setelah mendapatkan persetujuan responden akan edukasi mengenai pentingnya mengontrol rasa sesak napas dan apa yang dilakukan untuk dapat mengurangi sesak napas. Edukasi yang dilakukan menggunakan lembar balik dan dilakukan selama 10-20 menit. *Pre test* dilakukan dengan mengukur *saturasi oksigen* sebelum dilakukan pemberian *posisi tripod* dan *posisi semi fowler*. Penulis memberikan *gambar* satu buah contoh untuk melakukan posisi. Pengukuran *saturasi oksigen* untuk data *post test* setelah 5 menit setelah intervensi.



Skema 3.1. Alur *Evidence Based Nursing*

## D. Hasil Penerapan EBN

### 1. Karakteristik Responden

Deskripsi karakteristik responden meliputi hipoksemia sedang dan ringan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden pada penelitian ini sebanyak 6 orang yang terdiri dari jenis kelamin dan usia.

Tabel 3.1. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Usia Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Usia	Jumlah (n)	Persentase (%)
23-36 tahun	4	66.7
36-50 tahun	2	33.3
Total	6	100

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan jumlah responden di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terbanyak dari 23-36 tahun sebanyak : 4 orang (66.7%).

Tabel 3.2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Jenis Kelamin Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persentase (%)
Laki-laki	2	33.3
Perempuan	4	66.7
Total	6	100

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan jumlah responden di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terbanyak adalah perempuan sebanyak : 4 orang (66.7%).

### 2. Univariat

Analisis univariat dimana analisa variabel meliputi variabel independen terdiri dari pemberian posisi Tripod. Sedangkan variabel dependennya adalah pemberian posisi Semi Fowler yang dilaksanakan di ruang instalasi gawat darurat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun variabel tersebut dapat dilihat pada masing-masing tabel dibawah ini:

Tabel 3.3. Nilai Saturasi Oksigen Rata-Rata Pre Post Test Diberikan Posisi Tripod dan Semi Fowler Pada Pasien Asma di Ruang IGD RSUD Abdul Sjahrane Samarinda

Kategori Hipoksemia	Tripod		Semi Fowler	
	Pre	Post	Pre	Post
Sedang (Pre) dan Normal (Post)	90%	98%	91%	98%
	92%	98%	91%	
	91%	99%		
	91%	97%		
Ringan		96%	95%	97%
	97%		95%	97%
	95%		96%	96%
			97%	95%
				97%
Total	6	6	6	6

Berdasarkan tabel 3.3. dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian posisi tripod nilai saturasi oksigen pada kategori sedang sebanyak 4 dan kategori ringan sebanyak 2, sedangkan setelah pemberian posisi tripod nilai saturasi oksigen pada kategori normal didapatkan sebanyak 5 dan kategori ringan sebanyak 1. Serta penilaian saturasi oksigen sebelum pemberian posisi semi fowler pada kategori sedang sebanyak 2 dan pada kategori ringan sebanyak 4, sedangkan setelah pemberian posisi semi fowler nilai saturasi oksigen pada kategori normal didapatkan sebanyak 1 dan pada kategori ringan didapatkan sebanyak 5.

Tabel. 3.4. Nilai Saturasi Oksigen Sebelum dan Sesudah Diberikan Posisi Tripod dan semi fowler pada pasien Asma di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahrane.

Kategori Hipoksemia	Tripod				Semi Fowler			
	Pre		Post		Pre		Post	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sedang (Pre) dan Normal (Post)	4	66.7	5	83.3	2	33.3	1	16.7
Ringan	2	33.3	1	16.7	4	66.7	5	83.3
Total	6	100	6	100	6	100	6	100

Berdasarkan tabel 3.4 diatas dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian posisi tripod pada kategori sedang sebanyak 4 (66.7%) dan kategori ringan sebanyak 2 (33.3%), dan pemberian posisi semi fowler dengan kategori sedang sebanyak 2 (33.3%) dan kategori ringan sebanyak 4 (66.7%).Sedangkan sesudah pemberian posisi tripod sebanyak 5 (83.3%) dan dalam kategori ringan sebanyak 1 (16.7%).Pada posisi semi fowler yaitu sebanyak 1 (16.7%) dan pada kategorik ringan sebanyak 5 (83.3%).

### 3. Bivariat

#### a. Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan posisi tripod

Tabel 3.5. Perbedaan Nilai Saturasi Oksigen Sebelum dan Sesudah Diberikan Posisi Tripod pada pasien Asma di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Saturasi Oksigen	T	P	Keterangan
Sebelum dan Sesudah diberikan Tripod	-6.046	0.002	Bermakna

Berdasarkan table 3.5. Perbedaan antara nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan posisi tripod dapat dilihat hasil *t-test* sebesar -6.046 dengan  $p = 0.002$ . Karena  $p = 0.002 < 0.05$ , maka dikatakan signifikan n atau bermakna. Artinya ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan posisi tripod.

Dari hasil pernyataan diatas sejalan dengan penelitian Suci Khasanah (2012) yang menyatakan posisi CKD akan meningkatkan otot diafragma dan otot interkostal eksternal pada posisi kurang lebih 45 derajat. Proses tersebut menunjukkan bahwa dengan posisi CKD mempermudah pasien PPOK yang mengalami obstruksi jalan napas melakukan inspirasi tanpa banyak mengeluarkan energi.

b. Perbedaan nilai sebelum dan sesudah diberikan posisi semi fowler

Tabel. 3.6. Perbedaan Nilai Saturasi Oksigen Sebelum dan Sesudah Diberikan Posisi Semi Fowler Pada Pasien Asma di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Saturasi Oksigen	T	P	Keterangan
Sebelum dan Sesudah diberikan Semi Fowler	4.995	0.004	Bermakna

Berdasarkan table 3.6. Perbedaan antara nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan posisi semi fowler dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 4.995 dengan  $p = 0.004$ . Karena  $p = 0.004 < 0.05$ , maka dikatakan signifikan *n* atau bermakna. Artinya ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan posisi semi fowler.

Hal ini sejalan dengan penelitian Majampoh, Rondonuwu dan Onibala (2013) juga menyatakan hal yang sama. Terdapat pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap kestabilan pola napas pada pasien TB paru dengan nilai *p-value* 0.000.

Menurut Muttaqin (2010) pemberian posisi semi fowler di indikasikan dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen pasien. Dengan memanfaatkan gaya gravitasi akan meningkatkan tekanan intrapleural dan juga tekanan intra alveolar pada dasar paru.

c. Perbedaan pengaruh posisi tripod dan semi fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen

Tabel. 3.7. Perbedaan Pengaruh Posisi Tripod dan Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Asma di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Saturasi Oksigen	T	P	Keterangan
Posisi Tripod - Semi Fowler	-0.91581	0.003	Bermakna

Berdasarkan table 3.7. Pengaruh perbedaan posisi tripod dan semi fowler terhadap nilai saturasi oksigen pada pasien asma dapat dilihat hasil *t-test* sebesar -0.91581 dengan  $p = 0.003$ . Karena  $p = 0.003 < 0.05$ , maka dikatakan signifikan *n* atau bermakna. Artinya ada

pengaruh perbedaan posisi tripod dan semi fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen pada asma.

Senada dengan penelitian Nurmalasari, Sri Puguh Kristiyawati, dan M. Syamsul Arief SN (2017) menyatakan hasil yang signifikan atau adanya perbedaan pada saat diberikan posisi tripod dan *diaphragmatic breathing exercise* terhadap peningkatan saturasi oksigen. Menurut Kozier dan Erb (2009) bahwa pemberian posisi tripod pada pasien yang mengalami gangguan respirasi bermanfaat untuk mengurangi tekanan pada diafragma, memungkinkan ekspansi paru lebih besar, dan membantu pengembangan dada.

### III. Proyek Inovasi

#### A. Pendahuluan

Sehat merupakan suatu keadaan yang ideal bagi setiap orang. Menurut World Health Organization (WHO), sehat adalah suatu keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya terbatas pada bebas dari penyakit dan kelemahan. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara klinis tidak adanya penyakit (Notoatmodjo, 2010). Kesehatan fisik merupakan salah satu aspek dimana kesehatan fisik itu sendiri mencerminkan bahwa semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan termasuk diantaranya adalah kesehatan pada sistem pernapasan.

Mual dan muntah biasanya merupakan gejala yang bisa disebabkan oleh banyak hal. Kondisi ini adalah cara tubuh untuk membuang materi yang mungkin berbahaya dari dalam tubuh. Obat-obatan tertentu seperti kemoterapi untuk kanker dan agen anestesi sering menyebabkan mual muntah (Porter et al, 2010). Penyakit gastroenteritis adalah penyebab paling umum yang mengakibatkan terjadinya mual dan muntah. Gastroenteritis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus di perut. Selain menyebabkan mual dan muntah, gastroenteritis biasanya juga menyebabkan diare (Porter et al, 2010).

Mual adalah kecenderungan untuk muntah atau sebagai perasaan di tenggorokan atau daerah epigastrium yang memperingatkan seorang individu bahwa muntah akan segera terjadi. Mual sering disertai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis termasuk diaphoresis, air liur, bradikardia, pucat dan penurunan tingkat pernapasan. Muntah didefinisikan sebagai ejsi atau pengeluaran isi lambung melalui mulut, seringkali membutuhkan dorongan yang kuat (Dipiro et al., 2015).

Obat anti-emetik bebas dan dengan resep paling umum direkomendasikan untuk mengobati mual muntah. Untuk pasien yang bisa mematuhi pemberian dosis oral, obat yang sesuai dan efektif dapat dipilih tetapi karena beberapa pasien tidak dapat menggunakan obat oral atau obat oral tidak sesuai. Pada pasien tersebut disarankan penggunaan obat secara rektal atau parenteral. Untuk sebagian besar kondisi dianjurkan antiemetik tunggal, tetapi bila pasien tidak memberikan respon dan pada pasien yang mendapatkan kemoterapi emetonik kuat, biasanya dibutuhkan regimen multi obat (Sukandar, 2008).

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada 3 bulan terakhir yaitu dari bulan juli 2018 sampai september 2018 di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) didapatkan data pasien yang menderita mual muntah sebanyak 313 orang (Buku Laporan Pasien Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda).

Mual merupakan penyakit yang dapat disembuhkan, mual dapat dikendalikan (*United States Environmental Protection Agency*, 2004). mual dapat dikendalikan dengan pengelolaan yang dilakukan secara lengkap, tidak hanya dengan pemberian terapi farmakologis tetapi juga menggunakan terapi non-farmakologi yaitu dengan cara mengontrol gejala mual (Sundaru, 2007).

Pengontrolan terhadap gejala mual dapat dilakukan dengan cara medis secara teratur, hidup sehat dengan asupan nutrisi yang memadai, dan menghindari stres. Semua penatalaksanaan ini bertujuan untuk mengurangi

gejalamual dengan meningkatkan sistem imunitas (*The Asthma Foundation of Victoria*, 2002). Akhir-akhir ini, para penderita mual muntah mulai memanfaatkan terapi komplementer (non-farmakologis) untuk mengendalikan mual yang dideritanya. Jumlah penderita mual yang sudah memanfaatkan terapi komplementer ini diperkirakan cukup tinggi yaitu sekitar 42% dari populasi penderita mual yang ada di New Zealand (McHugh,2010).

Pengontrolan mual dengan terapi komplementer dapat dilakukan dengan teknik pengaruh aromaterapi menggunakan isopropil alkohol, teknik relaksasi, akupunktur, *chiropractic*, homoeopati, naturopati dan hipnosis.(McHugh, 2010).

## B. Analisis SWOT

### **Kekuatan (Strength)**

- RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah rumah sakit rujukan teratas yang merupakan tipe A, dengan standar akreditasi paripurna oleh KARS dan terakreditasi *Joint Commission International*. Sehingga mempunyai sarana dan prasarana yang lengkap untuk mendukung proses pendidikan profesi Ners.
- RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- Pembimbing klinik yang ditunjuk oleh RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda memiliki kompetensi yang sudah merupakan ners spesialis sebagai fasilitator untuk berdiskusi dan berkonsultasi dalam pelaksanaan inovasi.
- Dukungan dari manajemen RS dalam pelaksanaan inovasi terhadap pembaharuan yang dapat meningkatkan kualitas asuhan pelayanan keperawatan dan mengembangkan diri sebagai seorang klinisi.
- RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda telah mempunyai regulasi mengenai jenjang karir yang jelas bagi perawat klinis (PK) yaitu berupa PK I, PK II, PK III dan PK IV dengan kewenangan klinis yang berbeda pada setiap tingkatan.
- RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda mempunyai antusias dan perhatian cukup tinggi untuk mengembangkan ilmu keperawatan terbaru.
- RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda memiliki ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang terbagi dalam berbagai bagian yaitu Ruang Triase, Ruang Anak, Ruang Resusitasi Anak, Ruang Medis, Ruang Resusitasi Dewasa, Ruang Bedah dan Ruang Obgyn dengan fasilitas dan sumber daya manusia yang lengkap dan memadai untuk memberikan pelayanan prima kepada pasien.
- Perawat IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda aktif dalam himpunan perawat gawat darurat Indonesia dan aktif menghadiri pertemuan PPGD dan BTCLS setiap tahunnya sehingga perawat IGD mengikuti perkembangan ilmu terbaru terkait IGD.

### **Kelemahan**

- Perbandingan jumlah perawat dengan jumlah pasien belum sesuai

<b>(Weakness)</b>	<p>baik di beberapa ruang rawat inap dan di ruang IGD.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukasi yang sistematis belum dijalankan kepada pasien gawat darurat atau pasien yang datang ke IGD sehingga kepatuhan dan efisiensi diri pasien rendah dalam perawatan dan pengobatan sehingga tingginya angka rawat inap kembali pada pasien.</li> <li>• Penambahan jumlah sarana prasarana yang belum diiringi dengan penambahan jumlah tenaga perawat.</li> </ul>
<b>Peluang (Opportunities)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah lahan praktik mahasiswa profesi ners sehingga dapat memberikan masukan dalam pengembangan sistem pelayanan rumah sakit khususnya pada pasien gawat darurat.</li> <li>• RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda mengikuti program akreditasi Rumah Sakit seperti JCI sehingga menuntut rumah sakit khususnya pelayanan keperawatan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan untuk menjadikan pelayanan sesuai dengan standar yang ada.</li> <li>• RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda akan mengembangkan unit IGD, sehingga pasien akan semakin banyak dan membutuhkan edukasi yang baik untuk mencapai <i>outcome</i> yang diharapkan</li> </ul>
<b>Ancaman (Threat)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inovasi yang dilakukan menyangkut kepada perubahan kebijakan RSUD, sehingga akan mendapatkan halangan dari sistem manajemen diluar profesi keperawatan</li> </ul>

### C. Pelaksanaan

#### 1. Persiapan

Tahap persiapan dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan pengembangan terkait perawatan pasien dengan gangguan mual muntah. Identifikasi dilakukan pada awal masa dinas profesi Ners di semester akhir dan kemudian disampaikan ke dalam forum pertemuan yang terdiri dari kepala ruangan yang merawat pasien dengan gangguan mual muntah, kepala bidang keperawatan, ketua komite keperawatan, *clinicalinstructur*. Pilihan yang disampaikan dalam persentasi tersebut dan disepakati untuk memberikan inovasi tindakan keperawatan mandiri di IGD. Dengan memberikan inovasi tindakan mandiri dimulai dengan sosialisasi tindakan inovasi. Setelah ada kesepakatan, mahasiswa membuat proposal kegiatan yang dikonsulkan bersama pembimbing klinik dan pembimbing akademik. Setelah mendapatkan *feedback* mahasiswa profesi Ners membuat kontrak waktu, pembicara, penentuan materi, tempat acara dan target

peserta seminar. Mahasiswa menyiapkan SOP sebagai prosedur  
*outcome* dari



seminar. Peserta seminar disepakati bersama bidang adalah perawat PK III yang mempunyai kompetensi sebagai seorang pendidik, edukator dan konselor. SOP yang digunakan adalah sebagai berikut:

- a. Memperlihatkan kesiapan dari perawat untuk memberi edukator terkait penyakit yang mengalami mual muntah.
- b. Tingkat pengetahuan peserta mengenai pengetahuan mengenai penyakit mual muntah.

## 2. Pelaksanaan

Presentasi dilaksanakan pada hari Rabu tanggal 28 November 2018 pada pukul 09.00 dengan menghadirkan dua pembimbing yaitu Ns. Kiki Hardiansyah Safitri M.Kep.,Sp.Kep.MB (staff akademik) dan Ns. Refliani Aldila, S.Kep (staff RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda).

## D. Evaluasi

### 1. Karakteristik Responden

Deskripsi karakteristik responden meliputi mual berat, sedang dan ringan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden pada penelitian ini sebanyak 10 orang yang terdiri dari jenis kelamin dan usia.

Tabel 3.8. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Usia Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Usia	Jumlah (n)	Persentase (%)
20-29 tahun	2	20.0
30-39 tahun	4	40.0
40-49 tahun	2	20.0
50-59 tahun	2	20.0
> 60 tahun	0	0
Total	10	100

Tabel 3.9. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Jenis Kelamin Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persentase (%)
Laki-laki	4	40.0
Perempuan	6	60.0
Total	10	100

Tabel 3.10. Distribusi Responden Berdasarkan Diagnosa Medis Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Diagnosa Medis	Jumlah (n)	Persentase (%)
Appendiksitis	4	40.0
Ileus Obstruktif	2	20.0
Hernia Inkarserata	2	20.0
Peritonitis	2	20.0
Total	10	100

## 2. Univariat

Analisis univariat dimana analisa variabel meliputi variabel independen terdiri dari pemberian isopropil alkohol + injeksi ranitidine. Sedangkan variabel dependennya adalah pemberian injeksi ranitidine yang dilaksanakan di ruang instalasi gawat darurat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun variabel tersebut dapat dilihat pada masing-masing tabel dibawah ini:

Tabel 3.11. Nilai Skor Kual Sebelum dan Sesudah diberikan Isopropil Alkohol + Injeksi Ranitidine dan Injeksi Ranitidine Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Kategori Kual	Isopropil Alkohol + Inj. Ranitidine				Inj. Ranitidine			
	Pre		Post		Pre		Post	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ringan	0	0	5	100.0	0	0	2	40.0
Sedang	2	40.0	0	0	2	40.0	3	60.0
Berat	3	60.0	0	0	3	60.0	0	0
Total	5	100	5	100	5	100	5	100

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian isopropil alkohol + injeksi ranitidine pada kategori sebanyak 2 (40.0%) dan kategori berat sebanyak 3 (60.0%), dan pemberian injeksi ranitidine dengan kategori sedang sebanyak 2 (40.0%) dan kategori berat sebanyak 3 (60.0%). Sedangkan sesudah pemberian isopropil alkohol pada kategori ringan sebanyak 5 (100%) dan pada pemberian injeksi ranitidine pada kategori ringan yaitu sebanyak 2 (40.0%) dan pada kategorik sedang sebanyak 3 (60.0%).

### 3. Bivariat

- a. Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan isopropil alkohol + injeksi ranitidine

Tabel. 3.12. Perbedaan Nilai Kual Sebelum dan Sesudah Diberikan Isopropil Alkohol + Injeksi Ranitidine di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Kategori Kual	T	P	Keterangan
Sebelum dan Sesudah diberikan Isopropil Alkohol + Inj. Ranitidine	6.532	0.003	Bermakna

Berdasarkan table 3.12. Perbedaan antara nilai kual sebelum dan sesudah diberikan isopropil alkohol + injeksi ranitidine dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 6.532 dengan  $p = 0.003$ . Karena  $p = 0.003 < 0.05$ , maka dikatakan signifikan *n* atau bermakna. Artinya ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan isopropil alkohol + injeksi ranitidine.

- d. Perbedaan nilai kual sebelum dan sesudah diberikan injeksi ranitidine

Tabel. 3.13. Perbedaan Nilai Kual Sebelum dan Sesudah Diberikan Injeksi Ranitidine Pada di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Kategori Kual	T	P	Keterangan
Sebelum dan Sesudah diberikan Injeksi Ranitidine	2.236	0.089	Tidak Bermakna

Berdasarkan table 3.13. Perbedaan antara nilai kual sebelum dan sesudah diberikan injeksi ranitidine dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 2.236 dengan  $p = 0.089$ . Karena  $p = 0.089 > 0.05$ , maka dikatakan tidak signifikan *n* atau tidak bermakna. Artinya tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan injeksi ranitidine.

- e. Perbedaan pengaruh isopropil alkohol + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine terhadap penurunan kual.

Tabel. 3.14. Perbedaan Pengaruh Isopropil Alkohol + Injeksi Ranitidine dan Injeksi Ranitidine Terhadap Penurunan Kual di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Kategori Kual	T	P	Keterangan
Isopropil Alkohol + Inj. Ranitidine – Inj. Ranitidine	1.000	0.374	Tidak bermakna

Berdasarkan table 3.14. Pengaruh perbedaan isopropil alkohol + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine terhadap nilai mual dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 1.000 dengan  $p = 0.374$ . Karena  $p = 0.374 > 0.05$ , maka dikatakan tidak signifikan n atau tidak bermakna. Artinya tidak ada pengaruh perbedaan isopropil alkohol + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine terhadap penurunan mual.



## BAB IV PEMBAHASAN

### I. Pembahasan Kasus Kelolaan

Pembahasan pada bab ini adalah analisis kritis tentang asuhan keperawatan gangguan sistem respiratori dengan masalah utama pasien asma di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### A. Karakteristik responden

Karakteristik pasien pada kasus kelolaan bernama Ny. H, dengan usia 33 tahun, yang berjenis kelamin perempuan, beragama islam, berstatus perkawinan (menikah), dengan pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai IRT yang bertempat tinggal di Jl. Kesejahteraan Lokasi A.

#### B. Analisis kritis tentang asuhan keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 November 2018 pukul 15.00, pada Ny. H dengan diagnosa medis asma. Penulis mendapatkan adanya kesamaan antara tinjauan pustaka dengan kenyataan pada kasus. Dari pengkajian yang sudah dilakukan baik dari primer survei, anamnesa, pemeriksaan fisik, didapatkan diagnosa keperawatan menurut NANDA yang muncul pada asuhan keperawatan pada Ny. H. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. Penulis mengangkat diagnosa tersebut dengan ciri utama yaitu pasien mengeluh sesak napas dan terdapat suara wezing. Hal ini tersebut terjadi adanya penyempitan bronkus atau bronkospasme. Yang dimana sebelumnya Ny. H merasa sesak dikarenakan oleh cuaca yang dingin karena pada proses terjadinya sesak napas pada penderita asma ialah respon imun yang buruk atau adanya alergi (cuaca) hingga menyerang sel-sel mast dalam paru-paru yang dimana pelepasan produk sel mast (mediator) terjadinya pembengkakan membrane mukosa dan pembentukan mukus yang banyak sehingga pasien mengalami sesak napas dan menimbulkan suara wezing.

Setelah menentukan diagnosa keperawatan penulis memprioritaskan masalah sesuai dengan kegawatdaruratannya. Kemudian penulis menyusun

kriteria hasil dan intervensi yang sesuai pedoman (NOC dan NIC). Intervensi yang disusun dari semua diagnosa sudah sesuai dengan tinjauan pustaka NOC dan NIC.

Pada tahap implementasi tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan pelaksanaan tindakan di lapangan. Implementasi yang sudah dilaksanakan pada diagnosa ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan antara lain pemberian terapi oksigen 4 lpm via nasal kanul, pemberian posisi dengan tujuan dapat melonggarkan diafragma sehingga dapat memudahkan pernapasan. Melakukan kolaborasi dengan dokter melakukan nebulizer combivent 1 amp.

Tahap akhir setelah dilakukan implementasi adalah evaluasi. Pada tahap evaluasi ini terdapat keterangan teratasi sebagian tetapi masih membutuhkan observasi, karena hal ini dikarenakan sesak napas berkurang dan wezing tidak terdengar. Selanjutnya tahap akhir adalah melakukan dokumentasi terhadap data yang didapat, intervensi yang disusun dan implementasi yang sudah dilakukan serta evaluasi dari hasil implementasi yang sudah ditulis dengan sistematika yang benar oleh perawat di lembar asuhan keperawatan.

#### C. Pembahasan Resume IGD

Pembahasan pada bab ini adalah dengan menggunakan hasil dari pengkajian resume dan observasi terkait beberapa kasus berbeda yang di temukan di ruangan IGD RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

##### 1. Sistem Pernapasan

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 8 pasien dengankasus sistem pernapasan yaitu pada kasus pertama asma terdapat 6 pasien yang dimana datang 4 pasien dengan keluhan sesak napas dan suara napas wezing yang dimana karena adanya penyempitan lumen brokeolus dan bronkus kecil baik karena edema, mukus atau karena spasme (maupun karena ketiganya) dalam hal ini akan didapatkan secara difungsi dikedua paru, makin kecil diameter lumen saluran napas yang

tersumbat dan makin kecil lumen yang masih dapat dilalui udara  
pernapasan

makin



tinggi pula nada suara mengi, dan 2 pasien lainnya datang dengan keluhan sesak napas dan batuk beserta suara napas terdengar ronki, yang dimana suara ronki disebabkan oleh adanya gerakan udara melewati jalan napas yang menyempit akibat obstruksi napas karena secret yang meningkat pada bronkus. Irama napas cepat, dan pemeriksaan selanjutnya adanya retraksi otot dada, dengan rata-rata frekuensi pernapasan yaitu  $RR = 29x/i$  dan  $Spo_2 = 90-94\%$ .

Kasus kedua yaitu TB paru terdapat 1 pasien yang dimana datang dengan keluhan lemas yang dimana adanya inflamasi atau infeksi menyebabkan sistem tubuh menghasilkan protein sitokin untuk mekanisme pertahanan namun sitokin juga dapat mempengaruhi respon tubuh terhadap hormon *erythropoietin* (EPO) dan menghambat penyerapan zat besi dalam darah sehingga menyebabkan kondisi anemia, batuk-batuk dan sesak napas yang dimana karena akibat serangan bakteri *mycobacterium tuberculosis* terjadinya disfungsi oksigen akan terganggu karena adanya bintil-bintil atau peradangan pada dinding alveolus sehingga serangan ke paru-paru semakin meluas menyebabkan sel-sel mati dan paru-paru mengecil akibatnya napas menjadi sesak. Dan pada pemeriksaan selanjutnya tidak adanya suara napas tambahan, irama napas yang dangkal, pola napas yang tidak teratur, terdapat retraksi otot dada, dengan rata-rata frekuensi pernapasan yaitu  $RR = 25x/i$  dan  $Spo_2 = 94\%$ , dengan hasil BTA (+).

Kasus ketiga yaitu PPOK terdapat 1 pasien yang dimana datang dengan keluhan sesak napas yang dimana karena kekuatan kontraksi otot pernapasan berkurang sehingga sulit bernapas dan berkurangnya fungsi paru-paru juga disebabkan oleh berkurangnya fungsi sistem respirasi, ini juga disebabkan adanya proses inflamasi bronkus dan juga menimbulkan kerusakan pada dinding bronkiolus terminal yang mengalami penutupan atau obstruksi awal fase ekspirasi, sehingga terjadinya proses emfisema yang dimana udara yang mudah masuk ke alveoli pada saat inspirasi dan

ada saat ekspirasi banyak terjebak dalam alveolus dan terjadi penumpukan udara menyebabkan penyempitan saluran napas karena berkurangnya elastis paru sehingga menimbulkan sesak napas. Pemeriksaan selanjutnya irama napas cepat, pola napas tidak teratur, tidak terdapat retraksi otot dada, dengan rata-rata frekuensi pernapasan yaitu  $RR = 28x/i$ .

Hasil pembahasan kasus diatas dapat disimpulkan masalah keperawatan yang muncul yaitu terdapat 3 masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas b.d keletihan otot pernapasan dan TB paru. Yang dimana intervensi yang diberikan yaitu pemberian O2 nasal kanul, pemberian nebulizer kepada pasien asma dan pemberian posisi. Dari hasil perawatan tersebut pada pasien asma setelah dilakukan tindakan dan observasi keadaan membaik dan pasien dapat pulang, sedangkan pada pasien TB paru dan PPOK masih harus dirawat karena masih tahap observasi dan penyelesaian intervensi yang belum tercapai.

## 2. Sistem kardiovaskuler

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 2 pasien dengankasus sistem kardiovaskuler yaitu pada kasus acs stemi yang dimana datang dengan keluhan nyeri dada sampai ke punggung yang dimana karena pada pasien acs stemi timbul plak (lemak) menyebabkan arteri menyempit dan penyempitan aliran darah sehingga suplai darah ke jantung berkurang yang dimana suplay O2 miokard menurun yang menyebabkan iskemik miokard sehingga terjadi metabolisme anaerob meningkat dan PH sel menurun yang menyebabkan produksi asam laktat meningkat sehingga menyentuh ujung saraf reseptor terjadinya proses transduksi medulasi dan menimbulkan nyeri dan 1 pasien yang disertai sesak napas karena perubahan hemodinamik secara progresif akibat penyempitan aliran darah sehingga adanya tekanan ventrikel kiri terjadinya kongesti pulmonalis menyebabkan tekanan hidrostatik melebihi tekanan osmotik sehingga terjadi edema paru yang dimana pengembangan

paru tidak optimal sehingga timbul sesak. Pemeriksaan selanjutnya irama napas normal, pola



napas cepat, tidak terdapat retraksi otot dada, dengan rata-rata frekuensi otot pernapasan yaitu 23-26x/i. Nyeri dada yang dirasakan sebelah kiri menjalar hingga ke punggung dan terasa tertekan, pada saat pengkajian didapatkan skala nyeri 5 dan berangsur secara terus menerus.

Hasil pengkajian diatas masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut b.d agen cedera biologik. Yang dimana intervensi yang diberikan yaitu menggunakan komunikasi terapeutik, kaji nyeri secara komprehensif, pemberian analgetik dan melakukan pengajaran teknik non-farmakologi, serta berikan terapi O2 pada pasien dengan keluhan tambahan sesak napas. Dari hasil perawatan dan observasi pasien dirawat dan dilanjutkan intervensi yang belum tercapai diruangan.

### 3. Sistem Endokrin

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 1 pasien dengankasus sistem endokrin yaitu kasus gas gangrene yang dimana datang dengan keluhan utama terdapat luka dibagian kaki sebelah kanan dan terasa nyeri yang dimana karena terjadi infeksi bakteri klostridium yang merupakan bakteri anaerob yang menghasilkan eksotoksin kuat yang menyebabkan nekrosis jaringan, infeksi menjadi meluas ke jaringan otot sehingga terjadi nekrosis otot yang progresif oleh eksotoksin dan karbohidrat otot dihancurkan oleh enzim sakarolitik sehingga terjadi gas hidrogen dan karbondioksida serta asam laktat dan menimbulkan nyeri. Nyeri yang dirasakan yaitu skala 6, yang dimana terdapat warna cairan luka berwarna kemerahan, dan terdapat slove disekitar pinggir luka.

Hasil pengkajian diatas masalah keperawatan utama yang muncul yaitu kerusakan integritas kulit b.d luka gas gangren dan nyeri akut b.d agen cedera fisik (luka gas gangrene). Adapun intervensi yang dilakukan yaitu perawatan luka, manajemen luka tekan (pembalutan luka yang kurang ketat), kebersihan skitar luka, pengkajian nyeri secara komprehensif, pemberian tindakan non-farmakologi, atur posisi dan

imobilisasi yang terdapat luka. Dan pasien dirawat akan dilakukan rencana tindakan debridemen post operasi sebelumnya yang pasien jalani.

#### 4. Sistem Neurologi

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 2 pasien dengankasus sistem neurologi yaitu kasus utama dengan pasien stroke hemoragik datang dengan keluhan penurunan kesadaran karena pecahnya pembuluh darah (akibat hipertensi) menyebabkan darah masuk kedalam jaringan otak membentuk masa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema sekitar otak dan menekan arteri sampai pecah mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan penurunan kesadaran, pada pemeriksaan selanjutnyapatient sesak napas karena proses metabolisme dalam otak terganggu dan terjadi penurunan suplai darah dan O<sub>2</sub> ke otak yang dimana akibat penekanan TIK sehingga penekanan juga pada saluran pernapasan dan terjadi sesak, pada jalan napas terdapat adanya obstruksi jalan napas yaitu lidah dan cairan yang dimana diberikan tindakan pemasangan OFA dan diberikan tindakan suction, suara napas terdengar snoring, irama napas dangkal, pola napas tidak teratur, retraksi otot dada ada, rata-rata frekuensi napas RR = 30x/i, Spo<sub>2</sub> = 95%. Respon pasien dengan rangsangan nyeri, kesadaran stupor, dengan GCS sebagai berikut *eye* = 1, *verbal* = 2, *motoric* = 1, pupil unisokor dan reflek cahaya ada.

Kasus kedua yaitu cedera kepala ringan datang dengan keluhan kepala sakit dan terasa pusing yang dimana akibat adanya trauma kepala (kecelakaan lalu lintas) menyebabkan cedera jaringan otak dan terjadinya respon peradangan yang dimana adanya tegangan pembuluh darah yang menimbulkan nyeri atau pusing kepala, jalan napas normal, irama napas normal, pola napas teratur, tidak ada retraksi otot dada, rata-rata frekuensi napas RR = 22x/i, Spo<sub>2</sub> = 98%. Respon pasien apatis dengan GCS sebagai berikut *eye* : 4, *verbal* : 4, *motoric* : 5, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Hasil pengkajian masalah keperawatan yang muncul pada kedua kasus sistem neurologi yaitu pada pasien SH terdapat 3 masalah keperawatan yang diangkat adalah kebersihan jalan napas b.d obstruksi jalan napas : mukus, ketidakefektifan pola napas b.d obstruksi jalan napas: mukus, dan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penyumbatan aliran darah. Sedangkan pada pasien CKR masalah yang muncul yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d cidera kepala. Yang dimana diberikan intervensi yaitu pada pasien SH manajemen *airway* atau buka jalan napas, auskultasi suara napas, monitor oksigen, lakukan suction dan jika spo2 meningkat hentikan suction, memonitor tekanan intrakranial dengan cara monitor hemodinamik pasien, cek GCS, tinggikan kepala 0-45 derajat. Sedangkan pada pasien CKR intervensi yang diberikan yaitu memonitor tekanan intracranial dengan memonitor hemodinamik pasien, monitor GCS, dan posisi kepala dalam keadaan lurus.

#### 5. Sistem Muskulokletal

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 3 pasien dengankasus sistem muskuloskeletal yaitu kasus utama dengan pasien fraktur kosta datang dengan keluhan nyeri yang dimana karena trauma torak yang terkena kosta dimana terjadi proses inflamasi yang menimbulkan nyeri dan dapat menyebabkan pernapasan terbatas, tidak terdapat adanya obstruksi jalan napas, suara napas terdengar normal, irama napas normal, pola napas teratur, retraksi otot dada tidak ada, rata-rata frekuensi napas RR = 26x/i, Spo2 = 97%. Respon pasien dengan rangsangan alert, kesadaran kompos mentis, dengan GCS sebagai berikut *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Kasus kedua yaitu fraktur pelvis datang dengan keluhan nyeri pinggul yang dimana akibat trauma (jatuh) sehingga terjadi diskontinuitas tulang yang menyebabkan periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak sehingga jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulus terjadinya

respon inflamasi yang dimana timbul rasa nyeri, jalan napas normal, irama napas normal, pola napas teratur, tidak ada retraksi otot dada, rata-rata frekuensi napas RR = 22x/i, Spo2 = 98%. Respon pasien alert dengan GCS sebagai berikut *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Kasus ketiga yaitu trauma torak datang dengan keluhan sesak napas akibat adanya trauma dada (kecelakaan) mengenai dinding yang menyebabkan gangguan pergerakan dinding dada yang menimbulkan napas cepat sehingga terasa sesak yang dimana penyebabnya pneumothoraks tertutup yang menyebabkan difusi O<sub>2</sub> dan Co<sub>2</sub> menurun, jalan napas normal, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, ada retraksi otot dada, rata-rata frekuensi RR = 27x/i, Spo2 = 97%. Respon pasien pain, kesadaran somnolen, dengan GCS sebagai berikut *eye* = 3, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Hasil pengkajian masalah keperawatan yang muncul pada ketiga kasus sistem muskuloskeletal yaitu pada pasien fraktur kosta dan pelvis terdapat 1 masalah keperawatan yang diangkat adalah nyeri akut b.d agen cedera fisik. Sedangkan pada pasien trauma torak masalah yang muncul yaitu ketidakefektifan pola napas b.d kelelahan otot pernapasan. Yang dimana diberikan intervensi yaitu pada pasien fraktur yaitu kaji nyeri secara komprehensif, observasi reaksi ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan, berikan terapi farmakologi atau analgesik serta ajarkan non-farmakologi. Sedangkan pada pasien trauma intervensi yang diberikan yaitu berikan terapi O<sub>2</sub>, pengaturan posisi.

#### 6. Sistem Urologi

Hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 3 pasien dengankasus sistem Urologi yaitu kasus utama dengan 2 pasien CKD datang dengan keluhan nyeri pinggang disebabkan oleh suplai darah ginjal turun akibat arterio sklerosis yang menyebabkan GFR menurun, selain itu

terjadi obstruksi saluran kemih sehingga peningkatan tekanan yang menyebabkan nefron rusak banyak akibat beban bahan yang harus dilarut besar dan oliguria timbul disertai retensi produksi, dari fungsi renal yang turun ini sehingga produk akhir metabolisme protein tertimbun dalam darah yang dimana menyebabkan protein abnormal yang bisa menyebabkan nyeri, tidak terdapat adanya obstruksi jalan napas, suara napas terdengar normal, irama napas normal, pola napas teratur, retraksi otot dada tidak ada, rata-rata frekuensi napas RR = 22x/i, Spo2 = 97%. Respon pasien alert, kesadaran compos mentis, dengan GCS sebagai berikut *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Kasus kedua yaitu BPH datang dengan keluhan tidak bisa BAK yang dimana terjadi hiperplasia (kelenjar prostat) yang dimana menimbulkan perubahan keseimbangan antara hormon testoteron dan estrogen keadaan ini dapat menyebabkan pembesaran prostat maka dapat meluas ke kandung kemih sehingga akan mempersempit saluran uretra prostatika dan akhirnya akan menyumbat aliran urine, penyempitan pada aliran uretra dapat meningkatkan tekanan dan munculnya tahanan pada uretra prostatika menyebabkan otot destrusor dan kandung kemih akan bekerja lebih kuat saat memompa urine sehingga menimbulkan rasa nyeri, jalan napas normal, irama napas normal, pola napas teratur, tidak ada retraksi otot dada, rata-rata frekuensi napas RR = 21x/i, Spo2 = 98%. Respon pasien alert dengan GCS sebagai berikut *eye* = 4, *verbal* = 5, *motoric* = 6, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Hasil pengkajian masalah keperawatan yang muncul pada ketiga kasus sistem urologi yaitu terdapat 1 masalah keperawatan yang diangkat adalah nyeri akut b.d agen cedera fisik. Yang dimana diberikan intervensi yaitu kaji nyeri secara komprehensif, observasi reaksi ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan, berikan terapi farmakologi atau analgesik serta ajarkan non-farmakologi.

## II. Pembahasan EBN

Pembahasan pada bab ini adalah dengan mengungkapkan hasil dari penatalaksanaan pasien dengan masalah utama pasien asma di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil dari penatalaksanaan utama dari pembahasan ini adalah pemberian posisi tripod dan posisi semi fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen dengan masalah utama pasien asma yang dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

### A. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini terdiri atas 6 pasien asma di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Karakteristik responden ini terdiri atas jenis kelamin dan usia yang dimana jenis kelamin laki-laki sebanyak 2 (33.3%), perempuan sebanyak 4 (66.7%), dan usia rata-rata diatas 36 tahun sebanyak 2 (33.3%) dan dibawah 36 tahun sebanyak 4 (66.7%). Pada jenis kelamin laki-laki memiliki risiko yang lebih besar pada saat usia balita dan risiko ini semakin berkurang pada saat usia mencapai dewasa, sebaliknya pada jenis kelamin perempuan resiko pada saat usia balita dan dewasa sama-sama memiliki resiko yang besar. Menurut *Global Initiative National for Asthma* (2014) menjelaskan bahwa perempuan lebih banyak mengalami resiko asma dibandingkan dengan laki-laki. Dikarenakan pada saat lahir ukuran paru-paru pria lebih kecil daripada perempuan tetapi saat dewasa ukuran paru-paru laki-laki lebih besar. Selain itu faktor hormon estrogen dan progesteron dapat menyebabkan resiko menderita asma lebih besar pada saat wanita mengalami masa pubertas.

### B. Analisis pemberian posisi tripod dan posisi semi fowler

Berdasarkan hasil dari pengukuran saturasi oksigen sebelum diberikan posisi tripod dan posisi semi fowler sebagian besar pasien mengalami hipoksemia rata-rata sedang. Yaitu sebanyak 4 pasien atau sebanyak 66.7% dari 6 pasien. Asma merupakan suatu penyakit obstruksi saluran napas yang memberikan gejala-gejala sesak napas, mengi. Penyempitan saluran napas pada asma dapat terjadi secara bertahap, perlahan dan bahkan menetap dengan

pengobatan tetapi dapat pula terjadi mendadak dan bahkan berangsur, sehingga menimbulkan kesulitan bernapas. Karena penyempitan (obstruksi) saluran napas yang reversible dan menyebabkan gejala berupa batuk, sesak napas dan mengi, distribusi ventilasi yang tidak merata dengan sirkulasi darah paru dan gangguan difusi gas ditingkat alveoli, akan menyebabkan terjadinya hipoksemia. Indikator hipoksemia yang paling umum adalah terjadinya penurunan saturasi oksigen (oksimetri).

Oksimetri nadi dapat mendeteksi hipoksemia sebelum tanda dan gejala klinis muncul, seperti warna kehitaman pada kulit atau kuku. Adapun kisaran SaO<sub>2</sub> normalnya adalah 95-100 %, dan SaO<sub>2</sub> di bawah 70% dapat mengancam kehidupan dikarenakan kadar oksigen yang rendah di dalam darah, oksigen tersebut tidak mampu menembus di dinding sel darah merah (Kozier & Erb, 2009). Tujuan pengukuran SaO<sub>2</sub> yang dilakukan oleh perawat adalah untuk memonitor keadaan saturasi oksigen dalam darah (arteri). pasien yang mengalami sesak napas dapat dilakukan tindakan dengan cara mengetahui kadar saturasi oksigen yang dapat digunakan sebagai parameter vital untuk mengetahui adanya disfungsi pernapasan dan mencegah lebih dini adanya kekurangan oksigen (Hariyanto, Ratnayanti & Chandra., 2012).

Berdasarkan hasil pengukuran saturasi oksigen setelah diberikan posisi tripod didapatkan sebanyak 5 (83.3%) nilai saturasi oksigen mencapai normal, dan pada pasien yang diberikan posisi semi fowler sebanyak 5 (83.3%) dengan kategori hipoksia ringan. Pada pasien hipoksemia jumlah oksigen yang berkaitan dengan darah akan berkurang sehingga jika nilai saturasi oksigennya diukur juga ikut berkurang.

Berdasarkan hasil yang menunjukkan perbedaan pemberian posisi tripod dan semi fowler terhadap nilai saturasi oksigen pada pasien asma dapat dilihat hasil *t-test* sebesar -0.91581 dengan  $p = 0.003$ . Karena  $p = 0.003 < 0.05$ , maka dikatakan signifikan atau bermakna. Artinya ada pengaruh perbedaan posisi tripod dan semi fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen pada asma.

Senada dengan penelitian Nurmalasari, Sri Puguh Kristiyawati, dan M. Syamsul Arief SN (2017) menyatakan hasil yang signifikan atau adanya perbedaan pada saat diberikan posisi tripod dan *diaphragmatic breathing exercise* terhadap peningkatan saturasi oksigen. Menurut Kozier dan Erb (2009) bahwa pemberian posisi tripod pada pasien yang mengalami gangguan respirasi bermanfaat untuk mengurangi tekanan pada diafragma, memungkinkan ekspansi paru lebih besar, dan membantu pengembangan dada.

Menurut Both (2006) Posisi tripod akan meningkatkan otot diafragma dan otot interkosta eksternal pada posisi kurang lebih 45 derajat yang menyebabkan gaya gravitasi bumi bekerja cukup adekuat. Gaya gravitasi ini memudahkan otot berkontraksi kebawah memperbesar volum rongga sehingga rongga torak akan mengembang dan memaksa paru untuk mengembang. Proses tersebut menunjukkan bahwa posisi tripod atau posisi condong kedepan mempermudah pasien sesak napas tanpa banyak mengeluarkan energi. Proses inspirasi dengan menggunakan energi yang sedikit dapat mengurangi kelelahan pasien saat bernapas dan meminimalkan penggunaan oksigen.

#### C. Hambatan dan Alasan Mempertahankan

Alasan penulis mempertahankan penelitian ini adalah pentingnya penanganan pada pasien asma dalam meningkatkan saturasi oksigen dan menjadi salah satu penanganan alternatif bagi Rumah Sakit, Masyarakat, serta perkembangan ilmu keperawatan. Hambatan yang dirasakan selama proses penelitian yaitu :

1. Berkaitan dengan penggunaan waktu
2. Akses terhadap jurnal dan artikel
3. Keterampilan untuk mencari
4. Keterampilan dalam melakukan kritik riset
5. Kurangnya kemampuan penguasaan bahasa untuk penggunaan hasil riset-riset.

6. Pentingnya pemahaman lebih lanjut tentang bagaimana untuk menggunakan literatur hasil penemuan untuk intervensi praktek yang tertarik untuk diterapkan pada pasien.

### III. Pembahasan EBN Inovasi

Pembahasan pada bab ini adalah dengan mengungkapkan hasil dari penatalaksanaan pasien dengan masalah utama pasien mual di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil dari penatalaksanaan utama dari pembahasan ini adalah pemberian isopropilalkohol+ injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine terhadap rangsangan mual yang dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

#### A. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini terdiri atas 10 pasien dengan keluhan mual di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Karakteristik responden ini terdiri atas jenis kelamin dan usia yang dimana jenis kelamin laki-laki sebanyak 4 (40.0%), perempuan sebanyak 6 (60.0%), dan usia rata-rata 30-39 tahun sebanyak 4 (40.0%) dan diagnosa medis appendiksitis sebanyak 4 (40.0%).

#### B. Analisis pemberian isopropil alkohol + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine

Hasil dari pengukuran mual sebelum diberikan isopropil alkohol + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine sebagian besar pasien mengalami mual rata-rata berat. Yaitu sebanyak 3 pasien atau sebanyak 60.0% pada perlakuan sebelum diberikan isopropilalkohol + injeksi ranitidine dari 5 pasien dan pada perlakuan sebelum diberikan injeksi ranitidine sebanyak 3 pasien atau sebanyak 60.0% dari 5 pasien. Mual dan muntah adalah keadaan akibat kontraksi otot perut yang kuat sehingga menyebabkan isi perut menjadi terdorong untuk keluar melalui mulut baik dengan maupun tanpa disertai mual terlebih dahulu. Mual dan muntah sering muncul bersama dalam berbagai kondisi, termasuk menjadi efek samping yang umum terjadi pada pengguna obat anti neoplastic (Zahara Nur Rahmawati, 2009).

Hasil pengukuran mual setelah diberikan isopropil alkohol+ injeksi ranitidine didapatkan sebanyak 5 (100%) nilai mual kategori ringan, dan pada pasien yang diberikan injeksi ranitidine sebanyak 3 (60.0%) dengan kategori sedang.

Hasil yang menunjukkan perbedaan pemberian isopropil alkohol+ injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine terhadap nilai mual dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 1.000 dengan  $p = 0.374$ . Karena  $p = 0.374 > 0.05$ , maka dikatakan tidak signifikan atau tidak bermakna. Artinya tidak ada pengaruh perbedaan isopropil alkohol + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine terhadap penurunan mual.

Hasil penelitian Michael D. April., dkk (2018), bahwa isopropilalkohol inhalasi memiliki khasiat dalam mengobati mual. Hasil spesifik dengan beberapa menunjukkan peningkatan rasa mual yang membaik dengan intervensi isopropil alkohol dibandingkan dengan placebo yang dimana isopropil alkohol lebih efektif dalam mengobati rasa mual paska operasi.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Pada manajemen asuhan keperawatan pada pasien utama dengan masalah Asma setelah diberikan intervensi masalah teratasi dan tanpa indikasi lain pasien dapat pulang tanpa dirawat. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan peningkatan nilai saturasi oksigen setelah pemberian posisi tripod dan posisi semifowler, yang dimana pemberian posisi tripod pada pasien asma dapat efektif mengurangi sesak napas. Hal ini dapat diketahui melalui sebelum dan sesudah pemberian posisi tripod ada peningkatan pasien sesak napas ringan ke sesak napas ringan. Pernapasan pada pasien asma yang mengalami sesak napas sebelum diberikan posisi tripod, termasuk sesak napas sedang. Pernapasan pada pasien asma yang mengalami sesak napas sesudah diberikan posisi tripod, termasuk sesak napas ringan. Hasil penelitian dengan perhitungan didapatkan pada pemberian posisi tripod lebih berpengaruh pada pasien yang mengalami sesak napas. Berdasarkan hasil studi penerapan inovasi ini dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang secara statistik setelah pemberian isopropilalkohol + injeksi ranitidine dan injeksi ranitidine. Hasil penelitian perhitungan uji *T-test* tidak didapatkan signifikan pada pemberian isopropilalkohol + inj. ranitidine dan inj. ranitidine.

#### B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, maka peneliti menyarankan:

##### 1. Bagi Rumah Sakit dan Masyarakat

Peneliti beranggapan bahwa pemberian posisi tripod dan semifowler dapat membantu pasien asma dalam meningkatkan saturasi oksigen, sehingga sangat disarankan dalam penanganan pasien asma dapat diberikan posisi tripod ataupun posisi semifowler.

2. Bagi pendidikan keperawatan

Dalam menjalankan profesi ilmu keperawatan pemberian posisi tripod dan posisi semifowler dapat dijadikan alternatif khususnya pada penanganan pasien asma.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan agar peneliti yang akan datang dapat mengembangkan lebih luas lagi tentang penggunaan posisi tripod dan posisi semifowler dalam penanganan pasien asma.



## Daftar Pustaka

Abdul Muchid. (2007) *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Asma*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

Alsagaff.(2010) *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya : Airlangga.

Andra S.W, & Yessi M.P. (2013)*Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta. Nuha Medika.

Ariska Mei Dwi Purwanti, Mugi Hartoyo, Wulandari M. (2016) *Efektifitas Tehnik Relaksasi Napas Dalam Dan Posisi Tripod Terhadap Laju Pernapasan Pasien Ppok Di Rs H. Soewondo Kendal*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Bararah, T., Jauhar, M, (2013)*Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Professional, Prestasi Pustakarya, Jakarta*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Bhatt, S.P., Guleria, R., dkk. (2009) *Effect Of Tripod Position On Objective Parameters Of Respiratory Function In Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Booth, S., Dudgeon, D. (2006) *Dyspnoea in Advanced Disease: A Guide to Clinical Management. USA: Oxford University Press*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Boswick, John A. (2008) *Perawatan Gawat Darurat*. Jakarta : EGC.

Cut Husnah. (2014) *Upaya Pencegahan Kekambuhan Asma Bronchial Ditinjau Dari Teori Health Belief Model Di Rsudza Banda Aceh*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Departemen Kesehatan, (2013) *Profil Kesehatan Rinkesdas 2013*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013, *Profil Kesehatan Kota Semarang 2010*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Dipiro., et., al. (2015) *Pharmacotherapy Handbook, Education Companies Inggris*.

Djojodibroto, Darmanto. (2013) *Respirologi*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Dodi Rohman. (2015) *Efektivitas Latihan Napas (Deep Breathing Exercise)*. Jawa Timur.

Dwi Istiyani, Sri Puguh Kristiyawati, Supriyadi. (2015) *Perbedaan Posisi Tripod Dan Posisi Semi Fowler Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Asma Di Rs Paru Dr. Ario Wirawan Salatiga*. Semarang. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Godfrey, Jayne M, Scading A. (2010) *Accounting Theory Respiratory, Ed. 07*. Sons : Australia.

Harahap, F. M. (2011) *Asma Bronkial*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Herdman, T. Heather. (2015) *Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017. Ed. 10*. Jakarta : EGC.

Hogan, D. J. (2011) *Allergic Contact Dermatitis*. Diakses pada tanggal 28 November.

Ikawati, Z. (2011) *Penyakit Sistem Pernapasan dan Tatalaksana Terapinya, Bursallmu, Yogyakarta*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Jeremy P.T. Ward, Jane Ward, dkk. (2008) *At a Glance Sistem Pernapasan*. Jakarta. Erlangga.

Khasanah, S., Maryoto, M.. (2013) *Efektifitas Posisi Condong Ke Depan (CKD) Dan Pursed Lips Breathing (PLB) Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Kozier & Erb. (2009) *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis, Edisi lima*, Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC

Lestari & Retno.(2010) *Instalasi Gawat Darurat (IGD)*.Jakarta : EGC

Majampoh, A.C., Rondonuwu, R., & Onibala, F. (2013) *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Kestabilan Pola Napas Pada Pasien Tb Paru Di Irina C5 Rsup Prof Dr. R. D. Kandou Manado*.Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Mchugh MP, Cosgrave CH. (2010) *To Stretch Or Not To Stretch. The Role Of Stretching In Injury Prevention And Perfomance. Scand Jmed Sci Sport*.Diakses pada tanggal 26 November 2018.

M. Bulechek, et.al. (2016) *Nursing Interventions Classification (NIC)*.Singapore : Mocomedia (Elsevier).

Moorhead Sue, et.al. (2016) *Nursing Outcomes Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan.Ed. 5*.Singapore : Mocomedia (Elsevier).

Muttaqin, A. (2010)*Mordalitas Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan System Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Nurmalasari, Sri Puguh Kristiyawati, M. Syamsul Arif SN, (2017) *Efektifitas Posisi Tripod Dan Diaphragmatic Breathing Exercise Terhadap Peningkatansaturasi Oksigen Pada Pasien Ppokdi Rs Paru Dr Ario Wirawan Salatiga*.Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Nursalam.(2008) *Metode Penelitian Keperawatan*.Jakarta : Salemba Medika.

Notoadmojo.(2010) *Metode Penelitian Kesehatan*.Jakarta : Rineka Cipta.

Padila. (2012) *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Nuha Medika.

Padmaja Subbarao MD MSc, Piush J. Mandhane MD PhD, Malcolm R. Sears MB ChB. (2009) *Asthma: epidemiology, etiology and risk factors Canadian Medical Association or its licensors*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Pratyahara, A.dayu. (2011) *Asma Pada Balita*. Jogjakarta: Buku kita.

Purnomo. (2008) *Faktor-Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Asma Bronkial, Study Kasus Di Kabupaten Kudus Semarang*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Potter, P, A.& Perry, A.G. (2010) *Fundamental keperawatan*. Ed. 7. Jakarta: Salemba Medik.

Rahajoe N. N., Supriyatno B., Setyanto D. B. (2015) *Buku Ajar Respirologi Anak*. Jakarta : Badan Penerbit IDAI.

Refi Safitri, Annisa Andriyani. (2011) *Keefektifan Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Napas Pada Pasien Asma Di Ruang Rawat Inap Kelas Iii Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Sani, Fakhrudin Nasrul. (2011) *Hubungan Tingkat Pengetahuan Sehat Sakit Dengan Sikap Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Surakarta Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat*.Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Sudart, Brunner. (2011) *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Ed. 08 Volume 2.Jakarta : EGC.

Sukandar.(2008) *Iso Farmakoterapi*.Jakarta : PT. ISFI.

Sundaru, H. (2009)*Asma (Apa dan bagaimana pengobatannya)*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.

Suriadi, MSN & Rita Yuliani. (2006)*Asuhan Keperawatan Anak*.Jakarta. PT. Percetakan Penebar.

Suyanti Sri.(2016) *Pengaruh Posisi Tripod Terhadap Frekuensi Pernapasan Pada Pasien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di RSUD DR. Soediran Mangun Sumarso*.Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Soemantri, Irman., (2008) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Salemba Medika, Jakarta*.Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Soemantri, I. (2009) *Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system pernapasan edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.

Soren Pedersen, Helen Reddel, Louis Philippe B. (2014) *Asthma management And Prevention for adults and children older than 5 years*. Global Initiative For Asthma (GINA).

World Health Organization, (2013) *Profil Kesehatan Dunia 2013*. Diakses pada tanggal 25 November 2018.

Zahara Nur. R. (2009) *Arthritis Gout Metakarpal Dengan Perilaku Makan Tinggi Purin Diperberat Oleh Aktifitas Mekanik Pada Kepala Keluarga Dengan Posisi Menggenggam Statis. Medula, Volume 01*.Diakses pada tanggal 26 November 2018.

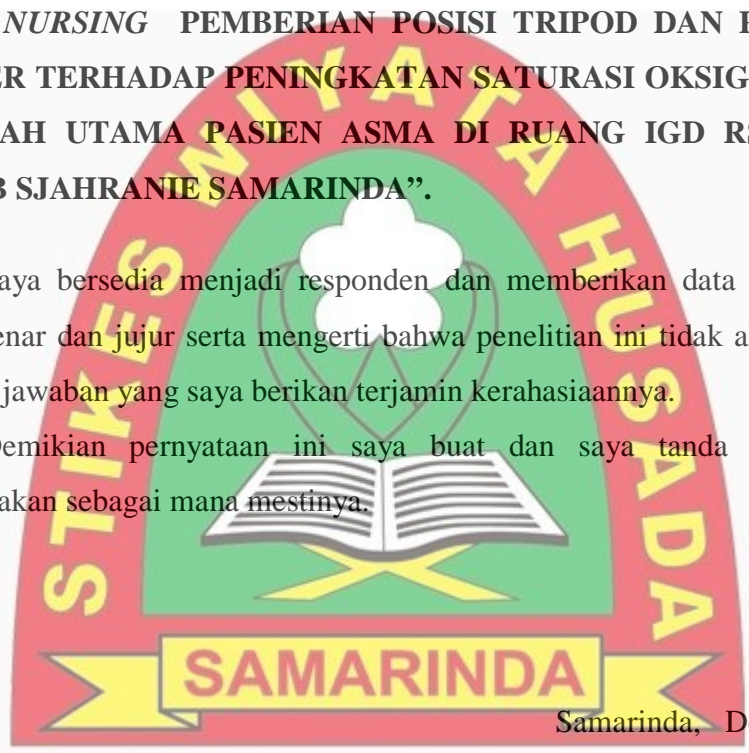
## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh Desi Rahmasari, Mahasiswi Program Studi NERS Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda dengan judul

**“MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM RESPIRATORI, STUDI PENERAPAN *EVIDANCE BASED NURSING* PEMBERIAN POSISI TRIPOD DAN POSISI SEMI FOWLER TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN DENGAN MASALAH UTAMA PASIEN ASMA DI RUANG IGD RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA”.**

Saya bersedia menjadi responden dan memberikan data atau informasi secara benar dan jujur serta mengerti bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya.

Demikian pernyataan ini saya buat dan saya tanda tangani untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.



Samarinda, Desember 2018

Responden

(.....)

Nama & Tanda Tangan

## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth :

Bpk / Ibu / Sdr / i, di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Dengan Hormat.

Yang bertanda tangan di bawah ini adalah Mahasiswa Program Studi NERS STIKES Wiyata Husada Samarinda :

Nama : Desi Rahmasari

Nim : P1706008

Akan mengadakan penelitian dengan judul **“MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN SISTEM RESPIRATORI, STUDI PENERAPAN *EVIDANCE BASED NURSING* PEMBERIAN POSISI TRIPOD DAN POSISI SEMI FOWLER TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN DENGAN MASALAH UTAMA PASIEN ASMA DI RUANG IGD RSUD ABDUL WAHAB SJHRANIE SAMARINDA“.**

Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi tentang asuhan keperawatan gangguan sistem respiratori dengan pemberian posisi tripod dan posisi semi fowler di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang membahayakan Bpk / Ibu / Sdr / i, data terlampir akan dijaga kerahasiannya.

Apabila Bpk / Ibu / Sdr / i, bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan memberi jawaban yang sebenarnya terhadap pernyataan yang ada di lembar kuesioner yang saya bagikan.

Atas perhatian serta kerja sama yang baik, saya mengucapkan terima kasih.

Samarinda, Desember 2018

Hormat saya

(Desi Rahmasari)

**LEMBAR OBSERVASI**

No	Nama pasien	Diagnosa	Posisi Tripod		Posisi Semiflower	
			Pre test	Post test	Pre test	Post test

