

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka akan dibahas mengenai konsep dasar ketidakefektifan bersihan jalan nafas, konsep dasar Asma, dan konsep dasar asuhan keperawatan.

2.1 Konsep Dasar Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

2.1.1 Pengertian

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas merupakan obstruksi saluran nafas atau ketidakmampuan untuk membersihkan secret guna mempertahankan jalan nafas yang bersih (wilkinson, 2016).

Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (PPNI, 2017).

ketidakefektifan bersihan jalan nafas merupakan obstruksi jalan nafas secara otomatis atau psikologis pada jalan nafas yang mengganggu ventilasi normal. (Cynthia M. Taylor, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas dapat saya disimpulkan bahwa ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah sumbatan jalan nafas pada saluran pernafasan yang dikarenakan oleh sputum berlebih dan ketidakmampuan untuk batuk efektif.

2.1.2 Batasan karakteristik

Batasan karakteristik pada masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas menurut (PPNI, 2017)

adalah :

1. Secara Batasan mayor (harus ada satu atau lebih)
 - a. Data Subjektif
(Tidak ada)
 - b. Data Objektif

1. Tidak efektif
 2. Batuk tertahan / ketidakmampuan untuk batuk
 3. Sputum berlebih pada saluran pernafasan
 4. Mengi, wheezing, ronki kering
2. Secara batasan minor (mungkin ada) meliputi :
- a. Data Subjektif :
 1. Dispnea
 2. Sulit bicara
 3. Ortopnea
 - b. Data Objektif :
 1. Gelisah
 2. Sianosis
 3. Bunyi nafas memurun
 4. Frekuensi nafas berubah
 5. Pola nafas berubah

2.1.3 Faktor yang berhubungan

Faktor penyebab dari ketidakefektifan bersihan jalan nafas menurut (PPNI, 2017). ada dua yaitu : faktor fisiologis dan faktor situasional.

A. Faktor fisiologis terdiri dari :

1. Spasme jalan nafas,
2. Hipersekresi jalan nafas,
3. Benda asing dalam jalan nafas,

4. Adanya jalan nafas buatan,
5. Sekresi tertahan,
6. Hiperplasia dinding jalan nafas.

B. Faktor situasional terdiri dari :

1. Merokok aktif
2. Merokok pasif
3. Terpajan polutan

2.1.4 Outcome dan Intervensi Keperawatan

Tujuan dan kriteria hasil keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas sebagai berikut :

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bisa mendapatkan respiratory status berupa ventilation dan airway patency serta kontrol aspirasi Kriteria Hasil :

1. Mendokumentasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih , tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah ,tidak ada puffed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas , frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas (Nurarif & Kusuma, 2013).

Intervensi Keperawatan dan rasional yang dapat diberikan pada klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas meliputi :

1. Observasi fungsi pernafasan : bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman, dan penggunaan otot aksesori

R : penurunan bunyi nafas indikasi atelaktasis, ronkhi, indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan nafas sehingga otot aksesori digunakan dan kerja pernafasan meningkat

2. Catat kemampuan untuk mengeluarkan sekret atau batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptysis

R : pengeluaran sulit jika sekret tebal, sputum berdarah akibat kerusakan paru atau luka bronkhial yang memerlukan evaluasi atau intervensi lanjut

3. Berikan posisi semi atau fowler

R : Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernafasan

4. Bantu ajarkan batuk efektif dan latihan nafas dalam

R : Ventilasi maksimal membuka area ateleksis dan peningkatan gerakan sekret agar mudah dikeluarkan

5. Lakukan fisioterapi dada (postural drainage, clapping, perkusi, dan vibrasi)

R : Menimimalkan dan mencegah sumbatan atau obstruksi saluran pernafasan

6. Bersihkan sekret dari mulut dan trakea, suction jika perlu

R : Mencegah obstruksi atau aspirasi Suction dilakukan apabila pasien tidak mampu mengeluarkan sekret

7. Pertahankan intake cairan minimal 2.500 ml/hari kecuali kontraindikasi

R : Membantu mengencerkan sekret sehingga mudah untuk dikeluarkan

8. Lembabkan udara atau oksigen inspirasi

R : Mencegah pengeringan membran mukosa

9. Bantu inkubasi darurat jika perlu

R : Diperlukan pada kasus jarang bronkogenik dengan edema laring atau perdarahan paru akut

10. Berikan obat agen mukolitik, bronkodilator, kortikosteroid, sesuai indikasi

R : Menurunkan kekentalan sekret, lingkaran ukuran lumen trakeabronkhial, berguna jika terjadi hipoksemia pada kavitas yang luas (Andarmoyo, 2012).

2.1.5 Kondisi Klinis Terkait

Kondisi terkait ketidakefektifan bersihan jalan nafas menurut (PPNI, 2017). antara lain :

1. Guillain barre syndrome
2. Sklerosis multipel
3. Prosedur diagnostik
4. Depresi sistem saraf pusat
5. Cedera kepala (stroke)
6. Infeksi saluran nafas

Diagnosa medis yang berhubungan ketidakefektifan bersihan jalan nafas menurut (Cynthia M. Taylor, 2011). Antara lain :

1. Lainasma / bronkitis
2. Karsinoma bronkogenik
3. Trauma dada
4. Bronkitis kronis
5. Emfisema
6. Sindrom guillain-bare
7. Penyakit paru interstisial
8. Miastenia gravis
9. Pnemonia

10. Stroke

2.2 Konsep Dasar Asma

2.2.1 Pengertian

Asma adalah suatu penyakit yang menyebabkan oleh reaksi berlebihan jalan nafas terhadap iritan atau stimulasi lain (Marlene Hurst, 2016).

Asma adalah gangguan pada bronkus yang ditandai adanya bronkopasme periodic yang reversible (kontraksi berkepanjangan saluran nafas bronkus (Team medikal bedah Indonesia, 2016).

Asma adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermiten, reversible dari trakea dan bronchi berespon dalam secara hipereaktif terhadap stimuli tertentu . (Smeltzer,2016).

Dari beberapa sumber diatas Asma adalah gangguan jalan nafas obstruktif yang bersifat reversible ditandai dengan penyempitan bronkus berkepanjangan akibat adanya lendir yang berlebihan atau pembengkakan selaput lendir yang tidak memberikan respon pada terapi konvensional. Sehingga dapat menimbulkan reaksi akibat spasme otot polos bronkus, aliran udara dan penurunan ventilasi alveolus dengan suatu keadaan hiperaktivitas bronkus yang khas .

2.2.2 Etiologi / klasifikasi

Asma terbagi menjadi asma intrinsik dan ekstrinsik :

1. Asma Intrinsik (nonatopik)

Disebabkan oleh berbagai hal kecuali alergi atau tidak berhubungan secara langsung dengan allergen spesifik, disebabkan oleh zat kimia seperti asap rokok, atau agens pembersih, meminum aspirin, infeksi dada, stres, tertawa, emosi, olahraga, udara dingin, atau pengawet makanan. Dapat disebabkan oleh iritasi saraf atau otot saluran pernafasan. Kebanyakan episode terjadi setelah infeksi pernafasan (Marlene Hurst, 2016).

1 Asma Ekstrinsik (atopik)

Dihubungkan oleh alergen seperti bulu binatang, serbuk sari, dan tungau debu. Dimulai dari masa kanak-kanak atau remaja. Paparan terhadap alergi akan mencetuskan serangan asma. Predisposisi keluarga biasanya sepertiga klien memiliki minimal satu orang anggota keluarga yang menderita asma atau mempunyai riwayat penyakit alergi pada keluarga dan mengalami masalah alergi lain seperti demam Hay, urtikaria, rinitis alergi (Marlene Hurst, 2016).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada penderita asma yang berhubungan dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas melibatkan tanda dan gejala umum :

1. Batuk : Batuk ini sering memburuk di malam atau dini hari, membuat individu sulit tidur
2. Produksi mukus : Lendir kental, lengket, dan menempel dengan kuat sehingga sulit dikeluarkan, membuat batuk produktif jarang terjadi.
3. Mengi : Pernapasan riuh, suara siulan atau cuitan yang terdengar saat menarik napas
4. Sesak dada : Seperti terdapat sesuatu yang meremas atau terdapat beban di atas dada
5. Sesak napas : tidak mampu mengeluarkan udara dari paru

(Amin Huda Nurarif, 2015). adanya penggunaan otot nafas tambahan, sesak saat istirahat, berbicara kata perkata dalam satu nafas, nadi kurang dari 120x /menit, dan APE (Arus Puncak Ekspirasi) kurang dari 60%.

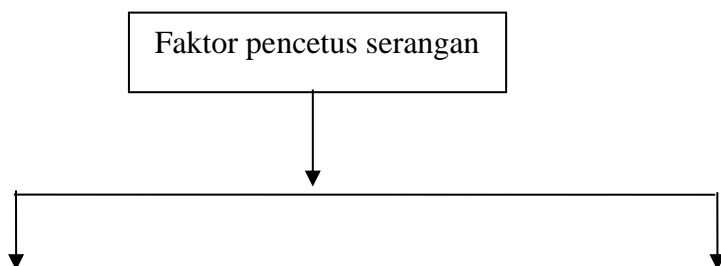
Manifestasi klinis dari beberapa literatur di atas menyebutkan pada status asma dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang sering muncul seperti dispnea atau sesak saat istirahat, batuk atau tidak mampu batuk, mucus berlebih, adanya penggunaan otot nafas tambahan, dan berbicara kata perkata dalam satu nafas.

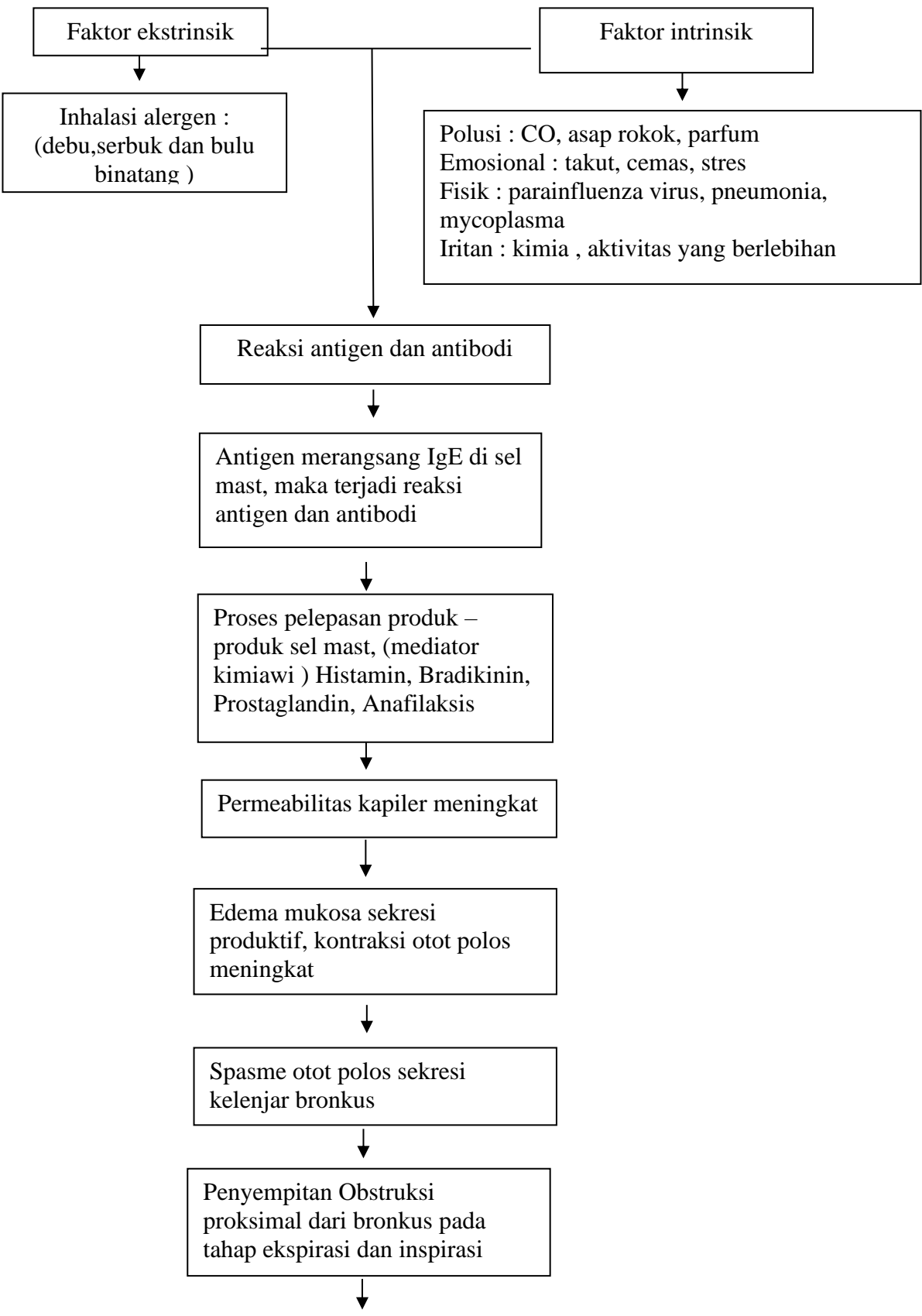
2.2.4 Patofisiologi

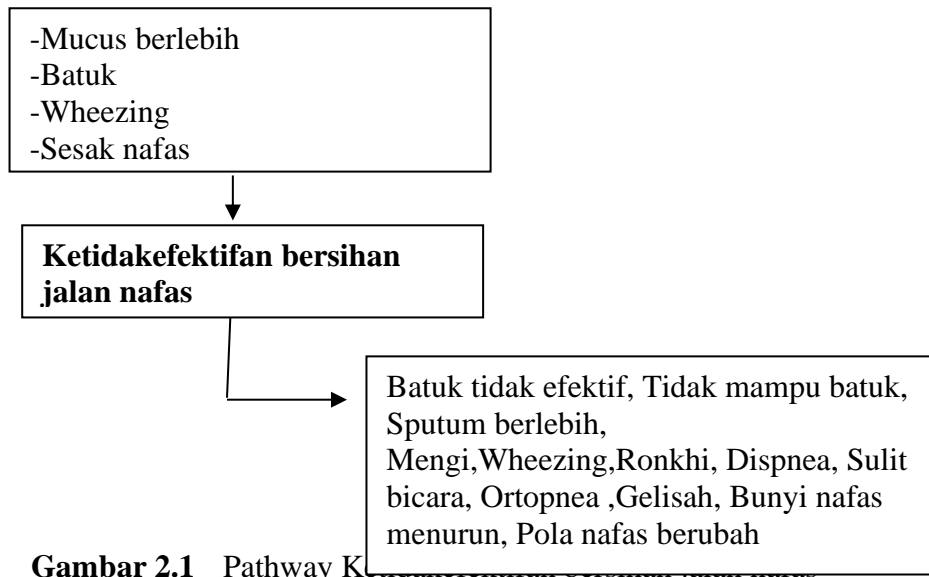
Asma melibatkan proses peradangan kronis yang menyebabkan edema mukosa, sekresi mukus, dan peradangan saluran nafas. Orang dengan asma terpapar oleh allergen ekstrinsik dan iritan (misalnya, debu, serbuk sari, asap, tungau, obat-obatan, makanan, infeksi saluran nafas) saluran nafasnya akan meradang dan akan mengakibatkan kesulitan bernafas, dada terasa sesak, dan mengi

Ketika seseorang terpapar sebuah allergen, imunoglobulin E (IgE) akan diproduksi oleh limfosit B. Antibodi IgE akan melekat pada sel mast dan basofil di dinding bronkus. Sel mast akan mengosongkan dirinya melepaskan mediator peradangan kimia, seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan substansi reaksi lambat (Joyke M. Black, 2012). Zat-zat tersebut meningkatkan dilatasi pembuluh darah kapiler yang menyebabkan edema dan konstriksi saluran nafas (Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia, 2017). Reseptor alfa-adrenergik dan beta-adrenergik dari sistem saraf simpatis dapat ditemukan pada bronkus. Rangsangan terhadap reseptor alfa-adrenergik menyebabkan konstriksi bronkus, sebaliknya rangsangan pada reseptor beta-adrenergik menyebabkan dilatasi bronkus. Beberapa teori menyatakan bahwa asma merupakan kurangnya rangsangan terhadap reseptor beta-adrenergik. Deteriorasi fungsi paru menyebabkan hipoventilasi alveolar yang menjadi hipoksemia, hiperkapnia, dan asidemia. Peningkatan PaCO₂ penderita yang mengalami serangan asma akut sering kali merupakan indikasi objektif pertama asma (Patricia Gonce Morton, 2012).

2.2.5 Pathway







Gambar 2.1 Pathway K

di modifikasi dari(Amin Huda Nurarif, 2015)

2.2.6 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut (Marlene Hurst, 2016):

1) Pemeriksaan alergi

Mengidentifikasi pemicu yang harus dihindari.

2) Spesimen sputum

Mengungkapkan peningkatan eosinofil.

3) SDP (pemeriksaan darah)

Dapat mengungkapkan peningkatan eosinofil.

4) AGD (gas darah arteri) pemeriksaan fungsi paru

Hanya dilakukan pada serangan asma berat karena terdapat hipoksemia, hiperkapnea, dan asidosis respiratorik.

5) Spirometri

Pemeriksaan umum untuk memantau volume dan laju aliran udara.

6) Pemeriksaan radiologi

Untuk mengetahui kemungkinan adanya komplikasi atau proses patologis paru.

Pemeriksaan penunjang menurut (Nugroho, 2016):

1) Pemeriksaan fungsi paru

Cara paling akurat dalam mengkaji sumbatan jalan nafas akut.

2) Gas darah arteri

Penderita tidak mampu melakukan manuver pernafasan karena obstruksi berat.

3) Arus Puncak Ekspirasi (APE)

Untuk mengetahui adanya komplikasi asma akut.

4) Elektrokardiografi

2.2.7 Komplikasi

Komplikasi asma berhubungan dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas menurut (Wijaya dan Putri, 2013). antara lain :

1. Asidosis
2. Pneumothorax
3. Atelektasis
4. Aspirasi
5. Kegagalan jantung / gangguan irama jantung
6. Sumbatan saluran nafas yang meluas / gagal nafas.

Sedangkan komplikasi asma menurut (Suriadi dan Yuliani, 2011). Yaitu yang mengancam pada gangguan keseimbangan asam basa dan gagal nafas yaitu :

1. Bronchiolitis
2. Pneumonia
3. Emphysema
4. Chronic persistent bronchitis.

2.2.7 Penatalaksanaan

Penderita yang dirawat inap di rumah sakit memperlihatkan keadaan obstruksi jalan nafas berat, dan membutuhkan perhatian khusus dalam perawatan. Pemantauan dilakukan secara tepat, uji faal pau (APE) untuk dapat menilai respon pengobatan karena konstriksi bronkus yang hebat (Nugroho, 2016).

- 1) Monitor berat asma secara berkala

penilaian klinis berkala antara 1-6 bulan, hal tersebut disebabkan karena, gejala dan berat asma berubah sehingga membutuhkan terapi, paparan pencetus menyebabkan penderita mengalami perubahan, daya ingat klien perlu direview sehingga membantu penanganan asma secara mandiri(Amin Huda Nurarif, 2015).

- 2) Identifikasi dan mengendalikan faktor pencetus
- 3) Merencanakan pemberian obat jangka panjang

Terdapat 2 faktor yang harus dipertimbangkan

- a. Medikasi/obat-obatan

Bertujuan untuk mengatasi dan mencegah obstruksi jalan nafas

- b. Tahap pengobatan

1. Asma persisten ringan : Glukokortikosteroid inhalasi (200-400) ug BD/hari

2. Asma persisten sedang : kombinasi inhalasi glukokortikosteroid 400-800 ug BD/hari dan agonis beta-2 kerja lama
 3. Asma peristen berat : kombinasi inhalasi glukokortikosteroid (> 800 ug BD) dan agonis beta-2 kerja lama, ditambah teofilin lepas lambat (Amin Huda Nurarif, 2015).
- c. Kontrol secara teratur
- Pada penatalaksanaan jangka panjang , yaitu tindak lanjut/*follow up* teratur dan rujuk ke ahli paru untuk konsultasi dan penanganan lanjut bila diperlukan(Amin Huda Nurarif, 2015).
- d. Pola hidup sehat
- Meningkatkan kebugaran fisik, berhenti atau tidak merokok, dan kenali lingkungan yang dapat berpotensi menimbulkan asma(Amin Huda Nurarif, 2015).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Data

1. Identitas klien

Pengkajian meliputi nama, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan, dan sumber perawatan medis yang biasa (Kozier, 2011).

2. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi penanganan kesehatan

a. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah keluhan sulit bernafas, perubahan kedalaman atau kecepatan pernafasan, penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tidak normal (mengi, ronchi, krekels), batuk menetap dengan atau tanpa sputum (Wijaya & Mariza, 2013).

b. Riwayat penyakit saat ini

Klien mengeluh sesak nafas diikuti dengan gejala seperti wheezing gangguan kesadaran, penggunaan otot bantu pernafasan. Pada stadium awal gejalanya batuk-batuk karena iritasi mukosa yang mengental, pada stadium dua dengan gejala batuk jernih dan berbusa, ekspirasi memanjang dan wheezing (Riyadi, 2012). Faktor perlu ditanyakan pada riwayat penyakit saat ini seperti kapan gejala mulai muncul, gejala mendadak atau bertahap, dan berapa kali masalah terjadi (Kozier, 2011).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya infeksi saluran pernafasan bagian atas, Alasan hospitalisasi, tanggal, riwayat pembedahan yang dilakukan, pengobatan yang pernah diterima, dan alergi terhadap obat (Kozier, 2011).

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Memastikan faktor risiko penyakit tertentu, usia saudara kandung, orang tua, dan kakek-nenek serta status kesehatan mereka saat ini, atau jika mereka telah meninggal, penyebab kematian mereka juga perlu dikaji (Kozier, 2011). Karena pada penyakit ini sering ditemukan karena faktor genetik dan lingkungan.

3. Pola Aktivitas

A) Pola sirkulasi dan pernafasan

- a. Tanda : Peningkatan TD, peningkatan frekuensi jantung atau takikardia berat, disritmia, distensi vena leher, odema , tidak berhubungan dengan penyakit jantung, bunyi jantung redup (berkaitan dengan peningkatan diameter AP dada), warna kulit atau membran mukosa normal atau abau – abu (sianosis), kaku tubuh, sianosis perifer, pucat dapat menunjukkan anemia
1. Gejala : Nafas pendek, dispnea, dada terasa tertekan, sesak nafas berulang, riwayat pneumonia berulang, terpajan polusi atau debu atau asap, faktor keluarga atau keturunan
2. Tanda : Penggunaan otot batu pernafasan, nafas bibir, barrel chest, gerakan diafragma minimal, bunyi nafas redup dengan ekspirasi mengi, crackles, atau ronkhi, sianosis bibir dan pada dasar kuku (Riyadi, 2012).

Menurut (Andarmoyo, 2012) Riwayat kesehatan atau keperawatan sebelumnya yang harus dikaji antara lain :

1. Masalah pernafasan yang harus dikaji antara lain :
 - a) Apakah pernah mengalami perubahan pola pernafasan
 - b) Apakah pernah mengalami batuk dan sputum

- c) Apakah pernah mengalami nyeri dada
 - d) Aktifitas apa sajakah yang menyebabkan gejala – gejala diatas
2. Riwayat penyakit pernafasan :
- a) Apakah sering mengalami ISPA,alergi,batuk,asma ?
 - b) Bagaimana frekuensi kejadiannya ?
3. Riwayat penyakit kardiovaskuler :
- Apakah pernah mengalami penyakit jantung atau gangguan peredaran darah ?
4. Gaya hidup :
- Apakah mempunyai kebiasaan hidup yang tidak sehat seperti :
- 1. Merokok
 - 2. Berasal dari keluarga perokok
 - 3. Lingkungan kerja penuh dengan kebiasaan merokok
 - 4. Asap rokok
 - 5. Polusi

B . Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan umum

- 1. Keadaan umum pasien : lemah
- 2. Tingkat kesadaran : komposmentis atau apatis
- 3. Nadi dan tekanan darah : tachycardia, hipertensi
- 4. Suhu : suhu tubuh pasien dengan asma biasanya masih dalam batas normal 36 – 37 C

b. Pemeriksaan fisik

- 1. Sistem Pernafasan

- a) batuk mula – mula kering tidak produktif , kemudian makin keras dan seterusnya menjadi produktif , secret yang mula – mula encer kemudian menjadi kental. Warna dahak jernih atau putih tetapi juga bisa kekuningan atau kehijauan terutama kalau terjadi infeksi
- b) Tachypnea
- c) Dyspnea
- d) Orthopnea
- e) Barrel Chest
- f) Penggunaan otot aksesori
- g) Peningkatan PCO₂ dan Penurunan O₂
- h) Pernafasan mungkin melemah dengan ekspirasi yang memanjang , wheezing, ronchi basah sedang, ronchi kering musical
- i) Ekspirasi lebih daripada 4 detik atau 3x lebih Panjang daripada inspirasi bahkan mungkin lebih
- j) Pada pasien yang sesaknya hebat mungkin ditemukan :
 - 1) Hiperinflasi paru yang terlihat dengan peningkatan diameter anteroposterior rongga dada yang pada perkusi terdengar hipersonor
 - 2) Pernafasan makin cepat dan susah , ditandai dengan pengaktifan otot – otot bantu nafas (antar iga , sternokleidomastoidius), sehingga tampak retraksi suprasternal , supraclavikula dan sela iga serta pernafasan cuping hidung

- 3) Pada keadaan yang lebih berat dapat ditemukan pernafasan cepat dangkal dengan berbunyi pernafasan dan wheezing tidak terdengar (silent chest), sianosis

2. Sistem Kardiovaskuler

- a) Diaporesis
- b) Tachycardia, terdengar irama gallop dan suara murmur
- c) Akral teraba dingin
- d) Tampak sianosis
- e) Kelelahan
- f) Tekanan darah meningkat, nadi juga meningkat
- g) Pada pasien yang sesaknya hebat mungkin ditemukan :
 - 1) Tachycardia makin hebat disertai dengan dehidrasi
 - 2) Timbul pulsus paradoks dimana terjadi penurunan tekanan darah sistolik lebih dari 10 mmHg pada waktu inspirasi . normal tidak lebih dari 5 mmHg, pada asma yang berat bisa sampai 10 mmHg atau lebih
 - 3) Pada keadaan yang lebih berat tekanan darah menurun, gangguan irama jantung

3. Sistem Pencernaan

- a) gangguan rayu menelan dan mengunyah , dan sakit pada tenggorokan serta sesak atau perubahan suara
- b) Ditemukan ascites dan pembesaran hepar , klien mengeluh tidak nafsu makan , mukosa mulut kering, mual, muntah, bising usus lemah, cepat kenyang, dan adanya nyeri tekan pada daerah epigastrium

c) Kadang disertai dengan penurunan berat badan secara signifikan

4. Sistem Integumen

Berkeringat akibat usaha Pernafasan klien terhadap sesak nafas

- a) Adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, mengelupas atau bersisik, perdarahan, pruritus, enseim, serta adanya bekas atau tanda urtikaria atau dermatitis pada rambut di kaji warna rambut, kelembapan dan kusam
- b) Terdapat odema ekstermitas atau seluruh tubuh, sianosis diaphoresis, akral dingin, CRT lebih dari 3 detik

5. Sistem musculoskeletal

Terdapat kelemahan otot, kekuatan otot kurang dari 5, pada umumnya klien mengeluh lemah setelah beraktivitas

6. Sistem Perkemihan

- a) Produksi urin dapat menurun jika intake minum yang kurang akibat sesak nafas
- b) Urine berwarna pekat, nocturia, oliguria (sirkulasi retensi cairan akan terganggu)
- c) Nilai Laboratorium ureum kreatinin dan elektrolit meningkat

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah yang sering muncul menurut (PPNI, 2017) adalah:

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.	Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebersihan jalan nafas kembali efektif. Kriteria hasil : a) batuk efektif pasien dari skala 3 menjadi 4 b) produksi sputum menurun dari skala 3 menjadi 2 c) suara nafas tambahan dan wheezing menurun dari skala 3 menjadi 2 d) frekuensi napas pasien bisa berkurang dari skala 3 menjadi 2
Intervensi	
1. Identifikasi kemampuan batuk efektif Rasional : untuk mengetahui sputum	
2. Monitor adanya retensi sputum Rasional : mengetahui produksi sputum yang berlebihan dapat mengakibatkan obstruksi jalan nafas	

<p>3. Monitor frekuensi napas</p> <p>Rasional : mengetahui perkembangan pola nafas klien.</p>
<p>4. Auskultasi bunyi nafas</p> <p>Rasional : adanya bunyi nafas tambahan seperti wheezing, ronki, dan <i>crackle</i>.</p>
<p>5) Posisikan fowler atau semi-fowler</p> <p>Rasional : klien dengan gangguan pernafasan akan mencari posisi yang paling mudah untuk bernafas</p>
<p>1) Berikan minum air hangat</p> <p>Rasional : dapat mengurangi bronkospasme</p>
<p>2) Lakukan fisioterapi dada</p> <p>Rasional : untuk mengeluarkan secret</p>
<p>8) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari</p> <p>Rasional : cairan dapat meningkatkan distensi dan tekanan pada diafragma</p>
<p>9) Ajarkan Teknik batuk efektif</p> <p>Rasional : mengeluarkan sputum</p>
<p>10) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>Rasioanal : agar kondisi klien tetap terjaga</p>
<p>11) Kolaborasi dalam pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>

Rasional : mengurangi atau mencegah pembentukan sumbatan mukus yang kental di bronkiolus (PPNI, 2017).

2.3.4 Implementasi keperawatan

Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan, kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut (Kozier, 2011).

2.3.5 Evaluasi

Merupakan aspek penting di dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Evaluasi berlanjut sampai klien mencapai tujuan kesehatan atau selesai mendapatkan asuhan keperawatan (Kozier, 2011).

Proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry, 2012)

