BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengkajian Keperawatan

2.1.1 Definisi Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan pengumpulan dan analisis informasi secara sistematis dan berkelanjutan mengenai pasien. Pengkajian keperawatan langkah pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data yang sistematis dan berkelanjutan, verivikasi data, organisasi data, interpretasi data, dan pendokumentasian data (Rosdahl and Kowalsky, 2020).

2.1.2 Jenis Data Pengkajian Keperawatan

1. Data objektif

   Data objektif mencakup semua informasi yang dapat diukur dan diobservasi mengenai pasien dan kondisi kesehatan secara keseluruhan. Istilah objektif berarti pengukuran yang akurat dan tepat. Data objektif ini didapat dari hasil pengukuran saat pemeriksaaan fisik, laboratorium, dan sebagainya (Debora, 2017).

2. Data subjektif

   Data subjektif mencakup opini atau perasaan pasien mengenai apa yang terjadi pada kondisi tubuh. Kata-kata lisan maupun tulisan serta Bahasa tubuh, ekspresi tulisan wajah dan postur tubuh dapat menggambarkan perasaan atau opini pasien (Rosdahl and Kowalsky,2020).

2.1.3 Metode Pengumpulan Data Pengkajian Keperawatan

1. Observasi

   Observasi merupakan teknik pengkajian yang menggunakan lima indra (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman, dan pengecapan) untuk mencari informasi mengenai pasien. Informasi ini berhubungan dengan karakteristik penampilan, fungsi, hubungan primer, dan lingkungan pasien (Rosdahl and Kowalsky,2020).

2. Wawancara kesehatan

   Wawancara kesehatan merupakan cara pengumpulan informasi dari pasien, wawancara ini bias diebut juga dengan riwayat kesehatan pasien. Tahap wawancara ini terdiri dari tiga fase yaitu fase orientasi, fase kerja, fase terminasi (Rosdahl and Kowalsky,2020).

3. Pemeriksaan fisik

   Pemeriksaan fisik merupakan teknik pengumpulan data dengan cara investigasi terhadap tubuh untuk menentukan status kesehatan pasien. Teknik yang digunakan dalam pemeriksaan fisik mencakup 4 teknik (Potter et al., 2019) yaitu

   a) Inspeksi

      Inpeksi merupakan pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan. Metode ini berupaya melihat kondisi pasien dengan menggunakan *"sense og sign"* baik melalui mata langsung atau alat bantu penerangan (lampu). Inpeksi adalah kegiatan aktif mengetahui apa yang dilihat dan diamna

lokasinya. Metode inspeksi digunakan untuk mengkaji warna kulit, bentuk, posisi, ukuran dan lainyya di tubuh pasien (Setiadi, Irawandi, 2020).

b) Palpasi

Palpasi merupakan metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan *"sense of touch".* Palpasi ini adalah suati tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau lengan. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya metode palpasi ini dapat digunakan untuk mendekteksi suhu tubuh (temperatur), adanya getaran, pergerakan, bentuk, kosistensi, dan ukuran (Setiadi, Irawandi, 2020).

c) Perkusi

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan memukul/mengetuk untuk mendengarkan bunyi getaran/gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tibih yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh. Perjalanan getaran/gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang dihasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan kepadatan struktur di bawah kulit (Setiadi, Irawandi, 2020).

d) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus (Setiadi, Irawandi, 2020).

Penilaian pemeriksaan auskultasi meliputi:

1. Frekuensi yaitu menghitung jumlah getaran permenit
2. Durasi yaitu lama bunyi yang terdengar
3. Intensitas bunyi yaitu ukuran kuat/lemahnya suara
4. Kualitas yaitu warna nada/variasi suara.

4. Pemeriksaan diagnostic dan pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan diagnostic dan pemeriksaan laboratorium dapat mengidentifikasi atau memperjelas kelainan atau temuan dari hasil wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik) (Potter et al., 2019).

2.2 Konsep Breathing SPACE

2.2.1 Definisi

Breathing *SPACE* adalah pengkajian pendekatan praktis untuk pasien yang mengalami sesak nafas. Hal ini mencakup lima tema utama yaitu merokok, penyakit paru-paru, kecemasan/factor psikososial, penyakit jantung dan olahraga/kebugaran (Hopkinson & Baxter, 2017).

2.2.2 Kerangka Breathing *SPACE*

Tabel 2. 1 Kerangka Pengkajian Breathing *SPACE*

***S**moking*	1. Merokok atau tidak, intensitas merokok 2. Pantau kadar oksigen
***P**ulmonary disease*	1. Tanyakan gejalanya batuk, dahak, rasa tidak nyaman di dada
***A**nxiety*	1. Factor psikososial berkontribusi terhadap gejala penyakit kardiorespirasi. Kecemasan dapat muncul dengan ciri spesifik dari sindrom hiperventilasi/disfungsi pernafasan
***C**ardiac disease*	1. Tanyakan tentang factor resiko (merokok, hipertensi, DM, penyakit jatung iskemik ? 2. Nadi tidak normal, krepitasi paru, edema, murmur jantung, komplikasi penyakit pernafasan pada jantung, hipertensi pulmunoal, gangguan pernafasan saat tidur 3. Investigasi pertimbangkan EKG
***E**xercise level and fitness*	1. Tanyakan tingkat olahraga? “apakah anda berolahraga secara rutin?”

2.2.3 *SPACE*

a) *Smoking* (merokok)

Kebiasaan merokok telah terbukti merupakan penyebab terhadap kurang lebih 25 jenis penyakit yang menyerang berbagai organ tubuh manusia. Penyakit-penyakit tersebut antara lain adalah kanker mulut, esophagus, faring, laring, paru, pankreas, dan kandung kemih. Juga ditemukan penyakit paru obstruktif kronis dan berbagai penyakit paru lainnya, yaitu penyakit pembuluh darah (Hammado, 2011).

Dalam asap rokok terkandung tiga zat kimia yang paling berbahaya, yaitu tar, nikotin, dan karbon monoksida.

(1.) Tar atau getah tembakau adalah campuran beberapa zat hidrokarbon.

(2.) Nikotin adalah komponen terbesar dalam asap rokok dan merupakan zat aditif.

(3.) Karbon monoksida adalah gas beracun yang mempunyai afinitas kuat terhadap hemoglobin pada sel darah merah sehingga membentuk karboksihemoglobin.

Di samping ketiga senyawa tersebut, asap rokok juga mengandung senyawa piridin, amoniak, karbon dioksida, keton, aldehida, cadmium, nikel, zink, dan nitrogen oksida. Pada kadar yang berbeda, semua zat tersebut bersifat mengganggu membran berlendir yang terdapat pada mulut dan saluran pernafasan. Asap rokok bersifat asam (pH 5,5), dan nikotin berada dalam bentuk ion tetapi tidak dapat melewati membran secara cepat sehingga pada selaput lender (mukosa) pipi terjadi absorpsi nikotin dari asap rokok (Hammado, 2011).

Orang yang banyak merokok (perokok aktif) dan orang yang banyak mengisap asap rokok (perokok pasif), dapat berakibat paru-parunya lebih banyak mengandung karbon monoksida dibandingkan oksigen sehingga kadar oksigen dalam darah kurang lebih 15% daripada kadar oksigen normal. Penyakit yang berhubungan dengan merokok adalah penyakit yang diakibatkan langsung oleh merokok atau diperburuk keadaannya dengan merokok (Hammado, 2011).

b) Pulmonary (paru*)*

Sesak napas merupakan manifestasi khas dari penyakit paru-paru. Ciri-ciri yang sugestif dapat memicu rujukan, atau pemeriksaan penunjang seperti rontgen dada. Lakukan spirometri dengan kualitas terjamin segera pada pasien mana pun yang mengalami gejala sesak napas jangka panjang. Hal ini dapat menjadi diagnostik untuk obstruksi aliran udara dan gambaran fungsi paru yang tidak normal memberikan insentif tambahan bagi perokok untuk berhenti. Pada dasarnya adalah variabel sehingga spirometri normal tidak dapat mengesampingkan hal tersebut (Hopkinson & Baxter, 2017) .

c) Anxiety (kecemasan)

Gangguan kecemasan dapat muncul dengan gejala utama sesak napas. Kecemasan dapat memperburuk gejala kondisi sesak nafas jangka panjang. Elemen kunci dari “kesetaraan harga diri” untuk kesehatan mental adalah bahwa masalah kesehatan fisik orang dengan kondisi kesehatan mental tidak lagi ada. ditelantarkan. Tingkat merokok tinggi pada orang dengan penyakit mental dan berkontribusi besar terhadap berkurangnya harapan hidup. Intervensi berhenti merokok aman dan mungkin sama efektifnya pada orang dengan diagnosis kesehatan mental dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki diagnosis kesehatan mental. Rehabilitasi paru dan jantung juga meningkatkan kesehatan mental. serta komponen fisik dari status kesehatan. Meskipun pasien dengan masalah kesehatan mental mendapat manfaat dari rehabilitasi, kecil kemungkinannya mereka untuk menghadiri atau menyelesaikan program, mengidentifikasi orang-orang yang memerlukan dukungan dan dorongan tambahan untuk menghadiri dan melanjutkan rehabilitasi adalah hal yang penting. Bagi sebagian individu, partisipasi dalam

kegiatan dukungan sejawat seperti British Lung Foundation Breathe Easy Groups mungkin bermanfaat. Pertimbangkan rujukan untuk terapi psikologis; terapi perilaku kognitif berkhasiat pada orang dengan penyakit pernapasan dan kecemasan (Hopkinson & Baxter, 2017).

d) Cardiac (jantung*)*

Penyebab sesak napas pada jantung ditunjukkan oleh riwayat hipertensi, diabetes, hiperkolesterolemia, atau penyakit jantung iskemik, dan berdasarkan temuan fisik seperti krepitasi paru, adanya edema, takikardia, murmur jantung, atau fibrilasi atrium (Hopkinson & Baxter, 2017).

Elektrokardiogram (EKG) yang normal mengurangi kemungkinan penyakit jatung namun pertimbangkan pemeriksaan penunjang seperti peptida natriuretik darah (BNP) dan ekokardiografi jika terdapat kecurigaan klinis. Penyakit paru-paru juga umum terjadi pada penderita penyakit jantung, sehingga kemungkinan diagnosis ganda harus dipertimbangkan. Misalnya, 15-24% penderita PPOK juga menderita penyakit jantung iskemik dan sepertiga penderita fibrilasi atrium memiliki diagnosis asma atau PPOK (Hopkinson & Baxter, 2017).

Bukti menunjukkan pengobatan yang kurang sistematis pada pasien PPOK setelah infark miokard; mereka cenderung tidak menerima beta blocker, meskipun obat ini dapat diberikan dengan aman. Hiperinflasi yang disebabkan oleh obstruksi aliran udara membatasi curah jantung dan aspek “jantung” dalam diagnosis paru harus dipertimbangkan. Pada pasien PPOK, saturasi oksigen yang rendah, terutama jika tidak proporsional dengan derajat obstruksi aliran udara, mungkin menunjukkan hipertensi pulmonal yang dapat menyebabkan gagal jantung sisi kanan. Pertimbangkan gangguan pernapasan saat tidur dengan hipoksia nokturnal

pada individu dengan indeks massa tubuh (BMI) tinggi, edema, atau riwayat gagal napas tipe II. Tanyakan tentang rasa mengantuk di siang hari, sakit kepala di pagi hari, dan kebingungan (Hopkinson & Baxter, 2017).

e) Exercise (olahraga)

Banyak orang mendapati bahwa kapasitas olah raga mereka menurun seiring bertambahnya usia dan menghubungkan hal ini dengan penuaan. Penerapan jalan kaki dan bersepeda, serta meningkatkan kebugaran individu dan mengurangi risiko penyakit di masa depan, juga memiliki manfaat lain. Hal ini mengurangi emisi polutan (partikulat, NO2), yang meningkatkan risiko berkembangnya kondisi seperti asma dan asma memperburuk hasil pada orang yang sudah memiliki penyakit kardiorespirasi. Pengurangan emisi karbon karena penerapan transportasi aktif juga membawa manfaat perubahan iklim (Hopkinson & Baxter, 2017).

2.3 Konsep Sesak Nafas

2.3.1 Definisi

Sesak nafas adalah sensasi subjektif dari ketidaknyamanan bernafas yang terdiri dari berbagai sensasi dengan intensitas yang berbeda-beda. Sesak nafas adalah gejala umum penyakit pernafasan, jantung, neuromuscular, psikogenik, sistemik, atau kombinasi dari semuanya (Hashmi MF, Modi P, Basit H, et al).

2.3.2 Etiologi

Menurut (Hashmi MF, Modi P, Basit H, et al) penyebab dari sesak nafas antara lain:

a. Penyebab pernafasan: asma,eksaserbasi akut atau gangguan paru obstruktif kongesti kronik (PPOK), pneumonia, emboli paru, keganasan paru, pneumotoraks atau aspirasi.

b. Penyebab kardiovaskuler: gagal jantung kongestif, edema paru,sindrom coroner akut, tamponade pericardial, kelainan katup jantung, hipertensi pulmonal, artimia jantung, atau pirau intrakardiak.
c. Penyebab neuromuskular: trauma dada dengan patah tulang atau flail chest, obesitas massif, kyphoscloliosis, disfungsi system saraf pusat (SSP) atau sumsung tulang belakang, kelumpuhan saraf frenikus, miopati, dan neuropati.
d. Penyebab psikogenik: sindrom hipertentilasi, *dyspnea* psikogenik, sindrom disfungsi pita suara, dan aspirasi benda asing.
e. Penyakit sistemik: gagal ginjal akut, anemia, asidosis metabolic, sirosis hati, tirotoksikosis, sepsis dan epliglotis.

2.3.3 Penatalaksanaan Sesak Nafas

Menurut (Ayuningtyas et al., 2023) penatalaksanaan pasien sesak nafas sebagai berikut:

a. Pemeriksaan menggunakan *pulse oximeter* pada pasien.
b. Pasien dengan di bawah (95-100%) batas normal pada alat *pulse oximeter* akan diberi terapi oksigen untuk mencegah hipoksia dan hipoksemia serta mempertahankan kadar oksigen dalam darah tetap adekuat
c. Posisikan pasien *fowler,* posisi *high fowler* berguna untuk pasien dengan kesulitas bernafas. Posisi ini memungkinkan ekspansi dada dan paru yang lebih besar karena menarik diagframa ke bawah oleh gravitasi.
d. Melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga
e. Mengidentifikasi penyebab sesak nafas

f. Pemberian terapi farmakologi

2.4 Konsep IGD

2.4.1 Pengertian IGD

Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Pelayanan kegawat daruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit)/lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari - hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Secara garis besar kegiatan di IGD rumah sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

1) Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan pasien.
2) Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
3) Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan. IGD rumah sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam sumah sakit.

Kriteria umum IGD rumah sakit (Permenkes RI No. 47 tahun 2018):

1) Dokter/dokter gigi sebagai kepala IGD rumah sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
2) Dokter/dokter gigi penanggungjawab pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
3) Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
4) Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (Basic Life Support).
5) Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (disaster plan) terhadap kejadian di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.
6) Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

2.4.2 Fasilitas IGD

Menurut Kemenkes (2012), kebutuhan ruang, fungsi dan luasan ruang serta kebutuhan fasilitas pada ruang gawat darurat di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1) Ruang Penerimaan

   Ruang penerimaan memiliki fasilitas

   a) Ruang administrasi, berfungsi untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi: pendataan pasien, keuangan dan rekam medik. Besaran ruang/luas bekisar antara 3-5 m2 / petugas (luas area disesuaikan dengan jumlah petugas). Untuk kebutuhan fasilitas antara lain seperti meja, kursi, lemari berkas/arsip, telefon, safety box dan peralatan kantor lainnya.

   b) Ruang tunggu pengantar pasien, berfungsi sebagai ruangan dimana keluarga/pengantar pasien menunggu. Ruang ini perlu disediakan tempat duduk dengan jumlah yang sesuai aktivitas pelayanan. Besaran ruang/luas 1-1,5 m2/ orang (luas disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien/hari). Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain kursi, meja, televisi dan alat pengkondisi udara (AC/Air Condition)

   c) Ruang triase, ruang tempat memilah – milah kondisi pasien, true emergency atau false emergency. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti wastafel, kit pemeriksaan sederhana, label.

   d) Ruang penyimpanan brankar, tempat meletakkan/ parker brankar pasien yang siap digunakan apabila diperlukan.

   e) Ruang dekontaminasi (untuk RS di daerah industri), ruang untuk membersihkan/ dekontaminasi pasien setelah drop off dari ambulan dan

sebelum memasuki area triase. Kebutuhan fasilitas uang diperlukan adalah shower dan sink lemari/rak alat dekontaminasi. Area yang dapat digunakan untuk penanganan korban bencana massal. Kenutuhan fasilitas yang diperlukan adalah area terbuka dengan/tanpa penutup, fasilitas air bersih dan drainase.

2) Ruang Tindakan

a) Ruang resusitasi, ruangan ini dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC. Luasan ruangan minimal 36 m2. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti nasoparingeal, orofaringeal, laringoskop set anak, laringoskop set dewasa, nasotrakeal, orotrakeal, suction, trakeostomi set, bag valve mask, kanul oksigen, oksigen mask, chest tube, ECG, ventilator transport monitor, infusion pump, vena suction, nebulizer, stetoskop, warmer, NGT, USG.

b) Ruang tindakan bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan bedah ringan pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m2/meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu meja periksa, dressing set, infusion set, vena section set, torakosintesis set, metalkauter, tempat tidur, tiang infus, film viewer.

c) Ruang tindakan non bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan non bedah pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2m2 / meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu kumbah lambung set, EKG, irrigator, nebulizer, suction, oksigen medis, NGT, infusion pump, jarum

spinal, lampu kepala, otoskop set, tiang infus, tempat tidur, film viewer, ophtalmoskop, bronkoskopi, slit lamp.

d) Ruang observasi, ruang untuk melakukan observasi terhadap pasien setelah diberikan tindakan medis. Kebutuhan fasilitas hanya tempat tidur periksa.

e) Ruang pos perawat (nurse station), ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelayanan keperawatan, pengaturan jadwal, dokumentasi s/d evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak dipusat blok yang dilayani agar perawat dapat mengawasi pasiennya secara efektif. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain meja, kursi, wastafel, computer, dll.

3) Ruang Penunjang Medis

a) Ruang petugas/staf, merupakan ruang tempat kerja, istirahat, diskusi petugas IGD, yaitu kepala IGD, dokter, dokter konsulen, perawat. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah sofa, lemari, meja/kursi, wastafel, pantry.

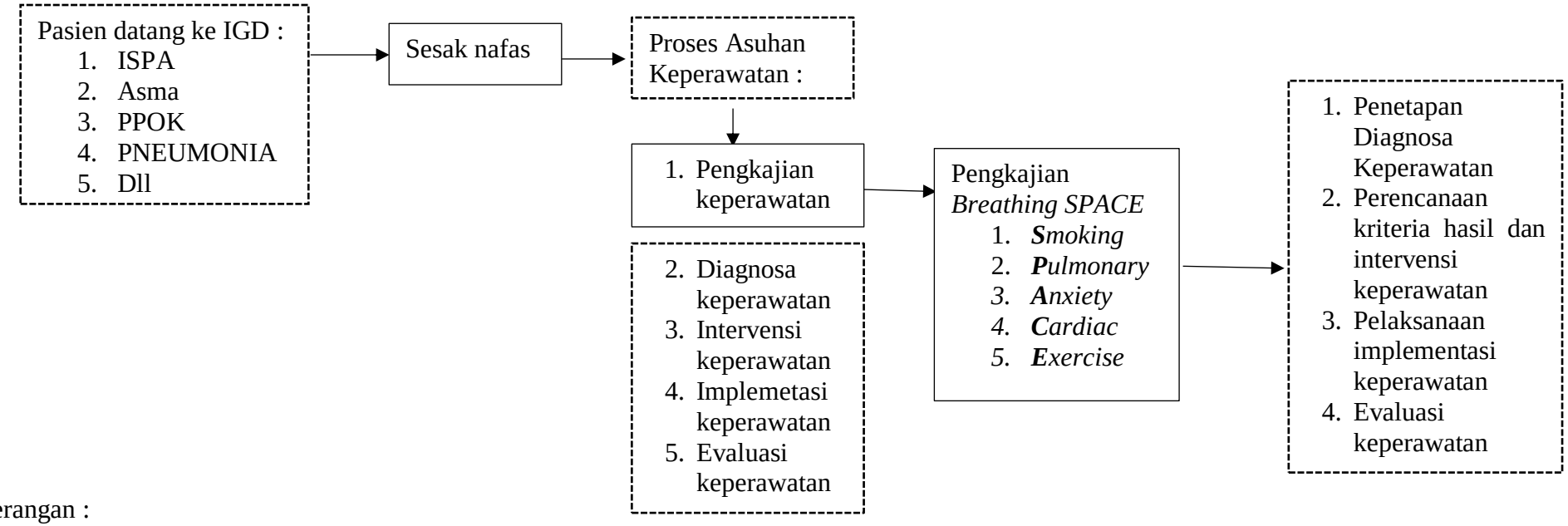
b) Ruang perawat, ruang ini digunakan sebagai ruang istirahat perawat. Luas ruangan sesuai kebutuhan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain sofa, lemari, meja/kursi, wastafel.

c) Gudang kotor, fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. Spoolhoek berupa bak atau kloset yang dilengkapi dengan leher angsa. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah kloset leher angsa, dan kran air bersih.

d) Toilet petugas, terdiri dari kamar mandi/ WC untuk petugas IGD.

e) Ruang loker, merupakan ruang tempat menyimpan barangbarang milik petugas/staf IGD dan ruang ganti pakaian.

2.5 Kerangka Konseptual



Keterangan :

: Alur Pikir

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2. 1 Kerangka Konseptual