

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN ASMA
BRONKIAL DENGAN RELAKSASI OTOT PROGRESIF DI RUANG
INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

TAHUN 2015

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DI SUSUN OLEH

SRI MARYANI, S.Kep

1311308250034

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH SAMARINDA

2015

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Asma Bronkial dengan Relaksasi Otot Progresif di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Sri Maryani¹, Maridi M. Dirdjo²

INTISARI

Asma bronkial adalah suatu penyakit dengan ciri meningkatnya respon trakea dan bronkus terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi adanya penyempitan jalan nafas yang luas dan derajatnya dapat berubah-ubah baik secara spontan maupun hasil dari pengobatan. Karya ilmiah akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi relaksasi otot progresif pada pasien asma bronkial di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan relaksasi otot progresif menurunkan skala kecemasan pasien asma bronkial. Penerapan intervensi inovasi perlu dilakukan di ruang instalasi Gawat darurat agar pasien asma dapat mengontrol cemas dan mengontrol dirinya dalam mencegah kambuhnya asma.

Kata Kunci : Relaksasi otot progresif, Asma bronkial, Cemas

1 Mahasiswa Profesi Ners

2 Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

Analysis of Nursing Clinical Practice in Patients Asthma Bronchial with Progressive Muscle Relaxation in the Installation of Emergency Hospital of Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Year 2015

Sri Maryani¹, Maridi M. Dirdjo²

ABSTRACT

Asthma Bronchial is a disease characterized by increased responsiveness of the trachea and bronchi to various stimuli to the manifestation of the presence of large airway narrowing and rank can change both spontaneous and the results of treatment. Nurses aims scientific paper to analyze the intervention of progressive muscle relaxation in patients with asthma bronchial in Installation Emergency General Hospital Abdul Wahab Sjahrani Samarinda. The analysis shows progressive muscle relaxation lower anxiety scale asthma bronchial patients. Application of innovation intervention needs to be done in the emergency ward installation so that people with asthma can control her anxiety and control in preventing the recurrence of asthma.

Keyword: Progressive Muscle Relaxation, Asthma Bronchial, Anxiety

¹ Profession Student nurses

² Lecturer STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini kesehatan menjadi hal yang sangat mahal di rasakan masyarakat terutama menengah ke bawah hal ini dikarenakan semakin mahal biaya yang harus dikeluarkan seseorang untuk berobat. Dalam hal ini para pengidap asma adalah salah satunya yang termasuk mahal biayanya menurut Samsudrajat (2011) perkembangan jumlah penderita penyakit asma dari tahun ke tahun semakin meningkat. Diperkirakan 300 juta orang didunia menderita asma. Bahkan, pada tahun ini paling tidak, ada tambahan sekitar 100 juta pasien asma. Di Indonesia, diperkirakan sampai 10 persen penduduk mengidap asma dalam berbagai bentuknya.

Menurut Badan Kesehatan Dunia WHO, Penderita asma pada 2015 diperkirakan mencapai 400 juta. Prevalensi asma di dunia sangat bervariasi dan penelitian epidemiologi menunjukkan peningkatan kejadian asma, terutama di Negara-negara maju. Adapun di Indonesia, penyakit asma merupakan sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian. Selain mengganggu aktifitas, asma tidak dapat disembuhkan bahkan dapat menimbulkan kematian (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

Dari data tersebut menunjukkan peningkatan asma yang cukup signifikan dan bisa mengakibatkan kematian. Menurut Judarwanto (2011) hal ini bisa terjadi karena faktor genetik dan faktor pencetus. Faktor genetik merupakan

bakat pada seseorang yang terdapatnya gen tertentu pada seseorang pengisap asma. Gen didapat karena diturunkan untuk menjadi sakit asma. Faktor keturunan saja tidak cukup, harus ada faktor pencetus. Faktor pencetus dapat digolongkan menjadi faktor pencetus dari luar tubuh dan dalam tubuh. Faktor pencetus dari luar tubuh yaitu debu, serbuk bunga, bulu binatang, zat makanan, minuman, obat tertentu, zat warna, bau-bauan, bahan kimia, polusi udara, serta perubahan cuaca atau suhu. Faktor pencetus dari dalam tubuh yaitu infeksi saluran napas, stress, stress psikis, aktifitas, olahraga berlebihan.

Seseorang yang menderita penyakit asma tidak akan bisa benar sembuh dari penyakitnya. Asma yang tidak bisa terkontrol bisa menyebabkan kematian. Pada penderitanya karena napas bisa tiba-tiba terhenti. Asma tidak bisa disembuhkan, walaupun sembuh hanya gejalanya saja yang hilang. Umumnya penderita asma mengeluhkan adanya serangan dan gangguan pada aktivitas sosial dan aktivitas sehari-hari. Mereka juga mengharapkan hidup berkualitas layaknya orang normal. Dengan asma yang terkontrol, penderita asma dapat hidup dengan kualitas baik. Oleh karena itu, penderita perlu menghindari dari faktor-faktor pencetus tersebut, gaya hidup sehat dapat pula mengontrol gejala asma dengan efek yang ditimbulkan (Surjanto, 2011).

Riwayat kesehatan seseorang yang menderita penyakit kronis seperti asma cenderung mendapat stress (cemas) fisik dan psikologis, hal ini dikarenakan reaksi dari stress (cemas) dianggap lebih berpengaruh daripada penyebabnya. Stress (cemas) adalah salah satu kekuatan yang memaksa seseorang untuk berubah, tumbuh, berjuang, beradaptasi atau mendapatkan keuntungan. Semua

kejadian dalam kehidupan, bahkan yang bersifat menyebabkan stress (cemas). Stress (cemas) dapat menjadi salah satu penyebab timbulnya permasalahan pada pernafasan (Surjanto, 2011). Bagi orang yang penyesuaiannya baik, kecemasan dapat cepat diatasi. Apabila penyesuaian yang dilakukan tidak tepat, akan menimbulkan dampak terhadap kesehatan jasmani dan psikis (Karina, 2010).

Sheridan dan Radmacher, (1992) dalam penelitian Suarnata (2013) terapi yang digunakan untuk pasien asma yang mengalami kecemasan salah satunya adalah dengan terapi perilaku. Salah satu bentuk dari terapi perilaku adalah dengan teknik relaksasi. Teknik relaksasi yang sering digunakan untuk mengurangi ketegangan otot adalah relaksasi progresif. Davis, (1995) dalam penelitian Suarnata (2013) latihan relaksasi progresif sebagai salah satu tehnik relaksasi otot telah terbukti dalam program terapi terhadap ketegangan otot mampu mengatasi keluhan anxietas, insomnia, kelelahan, kram otot, nyeri leher dan pinggang, tekanan darah tinggi, fobia ringan dan gagap. Menurut Black and Mantasarin Jacobs (1998) bahwa tehnik relaksasi progresif dapat digunakan untuk pelaksanaan masalah psikis. Relaksasi yang dihasilkan oleh metode ini dapat bermanfaat untuk menurunkan kecemasan, kontraksi otot dan memfasilitasi tidur. Tehnik relaksai progresif terdapat dua macam yaitu overt dan covert. Tehnik relaksasi overt secara sadar menegangkan kelompok otot dan kemudian melepaskannya, sedangkan yang covert hanya merileksakan kelompok otot tanpa menegangkannya terlebih dahulu.

Teknik Relaksasi progresif ini dapat diterapkan di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda (RSUD AWS). RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah Rumah Sakit kelas A serta sebagai tempat pendidikan yang merupakan rumah sakit rujukan di Provinsi Kalimantan Timur. Oleh karena itu, RSUD. A.W. Sjahranie Samarinda harus dapat meningkatkan predikatnya dengan meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan ini dapat dilihat dari pelayanan yang diberikan semua perawat disemua ruangan yang ada di RSUD. A.W. Sjahranie Samarinda, salah satunya di ruang Instalasi Gawat darurat (Bidang Keperawatan RSUD AWS, 2015).

Prevalensi atau angka kesakitan jumlah penderita asma bronkial diwilayah Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Dari catatan laporan pasien ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) berjumlah 365 orang dari Bulan September 2014 hingga Februari 2015. Rata-rata setiap bulan Instalasi Gawat darurat menerima pasien Asma 61 orang .

Berdasarkan studi di atas penting untuk diteliti tentang teknik relaksasi progresif untuk mengetahui sejauh mana pengaruhnya terhadap tingkat kecemasan pasien Asma. Oleh karena itu judul yang diangkat adalah “analisa Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Asma Bronkial di Intalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisa Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Asma Bronkial di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?

C. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari :

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir – Ners (KI-AN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien Asma Bronkial di Instalasi Gawat darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khususnya, dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan asma bronkial terutama dalam hal:

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis asma bronkial, termasuk diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan.
- b. Menganalisis intervensi relaksasi otot progresif yang diterapkan pada klien kelolaan dengan diagnosa asma bronkial.

D. Manfaat Penelitian

1. Klinik

a. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat memberikan intervensi modifikasi tambahan dari yang telah ada dalam menurunkan kecemasan pada penderita asma, sehingga penderita dapat mengontrol kerja organ-organ tubuh, meminimalkan serangan dan menyimpan energi penderita.

b. Bagi Penderita

Teknik relaksasi dapat menurunkan tingkat Cemas dan stress pada penderita, sehingga dapat memperlambat kambuhnya asma.

c. Bagi Tenaga Kesehatan

Teknik relaksasi memberikan tambahan informasi mengenai intervensi modifikasi pada penderita asma bronkial.

d. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit untuk memperoleh gambaran intervensi keperawatan dalam menurunkan tingkat stress pada penderita asma.

2. Praktik

a. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan wawasan ilmu pengetahuan dalam menganalisis kasus kelolaan dan memberikan intervensi modifikasi pada klien kelolaan dengan asma bronkial.

b. Bagi Peneliti

Memberikan Ilmu pengetahuan tambahan dalam memberikan intervensi keperawatan pada penderita asma bronkial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Anatomi dan Fisiologi Pernapasan

Menurut Setiadi (2007), anatomi fisiologi pernapasan tersusun atas:

a. Trakea

Tenggorokan berupa pipa yang panjangnya ± 10 cm, terletak sebagian di leher dan sebagian di rongga dada (torak). Dinding tenggorokan tipis dan kaku, dikelilingi oleh cincin tulang rawan, dan pada bagian dalam rongga bersilia. Silia-silia ini berfungsi menyaring benda-benda asing yang masuk ke saluran pernapasan.

b. Bronkus

Tenggorokan (trakea) bercabang menjadi dua bagian, yaitu bronkus kanan dan bronkus kiri. Struktur lapisan mukosa bronkus sama dengan trakea, hanya tulang rawan bronkus bentuknya tidak teratur dan pada bagian bronkus yang lebih besar cincin tulang rawannya melingkari lumen dengan sempurna. Bronkus bercabang-cabang lagi menjadi bronkiolus.

c. Paru-paru

Paru-paru terletak di dalam rongga dada bagian atas, di bagian samping dibatasi oleh otot dan rusuk dan di bagian bawah dibatasi oleh diafragma yang berotot kuat. Paru-paru ada dua bagian yaitu paru-paru kanan (*pulmo dekster*) yang terdiri atas 3 lobus dan paru-paru kiri

(*pulmo sinister*) yang terdiri atas 2 lobus. Paru-paru dibungkus oleh dua selaput yang tipis, disebut *pleura*. Selaput bagian dalam yang langsung menyelaputi paru-paru disebut pleura dalam (*pleura visceralis*) dan selaput yang menyelaputi rongga dada yang bersebelahan dengan tulang rusuk disebut pleura luar (*pleura parietalis*). Antara selaput luar dan selaput dalam terdapat rongga berisi cairan pleura yang berfungsi sebagai pelumas paru-paru. Cairan pleura berasal dari plasma darah yang masuk secara eksudasi. Dinding rongga pleura bersifat permeabel terhadap air dan zat-zat lain.

Paru-paru tersusun oleh bronkiolus, alveolus, jaringan elastik, dan pembuluh darah. Paru-paru berstruktur seperti spon yang elastis dengan daerah permukaan dalam yang sangat lebar untuk pertukaran gas. Di dalam paru-paru, bronkiolus bercabang-cabang halus dengan diameter \pm 1 mm, dindingnya makin menipis jika dibanding dengan bronkus. Bronkiolus ini memiliki gelembung-gelembung halus yang disebut alveolus. Bronkiolus memiliki dinding yang tipis, tidak bertulang rawan, dan tidak bersilia.

Gas memakai tekanannya sendiri sesuai dengan persentasenya dalam campuran, terlepas dari keberadaan gas lain (hukum Dalton). Bronkiolus tidak mempunyai tulang rawan, tetapi rongganya masih mempunyai silia dan di bagian ujung mempunyai epitelium berbentuk kubus bersilia. Pada bagian distal kemungkinan tidak bersilia. Bronkiolus berakhir pada gugus kantung udara (*alveolus*).

Alveolus terdapat pada ujung akhir bronkiolus berupa kantong kecil yang salah satu sisinya terbuka sehingga menyerupai busa atau mirip sarang tawon. Oleh karena alveolus berselaput tipis dan di situ banyak bermuara kapiler darah maka memungkinkan terjadinya difusi gas pernapasan.

d. Proses Inspirasi dan Ekspirasi

Menurut Ganong (2008) organ yang terlibat dalam pemasukan udara (inspirasi) dan pengeluaran udara (ekspirasi) maka mekanisme pernapasan dibedakan atas dua macam, yaitu pernapasan dada dan pernapasan perut. Pernapasan dada dan pernapasan perut terjadi secara bersamaan.

Pernapasan dada adalah pernapasan yang melibatkan otot antartulang rusuk. Mekanismenya dapat dibedakan sebagai berikut.

1) Fase inspirasi.

Fase ini berupa berkontraksinya otot antartulang rusuk sehingga rongga dada membesar, akibatnya tekanan dalam rongga dada menjadi lebih kecil daripada tekanan di luar sehingga udara luar yang kaya oksigen masuk.

2) Fase ekspirasi

Fase ini merupakan fase relaksasi atau kembalinya otot antara tulang rusuk ke posisi semula yang dikuti oleh turunnya tulang rusuk sehingga rongga dada menjadi kecil. Sebagai akibatnya, tekanan di

dalam rongga dada menjadi lebih besar daripada tekanan luar, sehingga udara dalam rongga dada yang kaya karbon dioksida keluar.

Pernapasan perut merupakan pernapasan yang mekanismenya melibatkan aktifitas otot-otot diafragma yang membatasi rongga perut dada. Mekanisme pernapasan perut dapat dibedakan menjadi dua tahap yakni :

1) Fase *Inspirasi*.

Pada fase ini otot diafragma berkontraksi sehingga diafragma mendatar, akibatnya rongga dada membesar dan tekanan menjadi kecil sehingga udara luar masuk.

2) Fase *Ekspirasi*.

Fase ekspirasi merupakan fase berelaksasinya otot diafragma (kembali ke posisi semula, mengembang) sehingga rongga dada mengecil dan tekanan menjadi lebih besar, akibatnya udara keluar dari paru-paru.

e. Pernapasan Eksterna dan Interna

1) Proses Pernafasan pulmonal atau paru-paru (*external*)

Pernafasan *external* adalah pertukaran gas oksigen dan karbondioksida. Pada pernafasan melalui paru-paru atau pernafasan eksterna, oksigen didapatkan melalui hidung dan mulut, pada waktu bernafas oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronkial ke alveoli dan berhubungan erat dengan darah di kapiler pulmonalis. Hanya satu lapis membran, yaitu membran alveoli-kapiler, memisahkan

oksigen dan darah oksigen menembus membran ini dan dibawa oleh hemoglobin sel darah merah di bawa ke jantung. Dari sini di pompa di dalam arteri ke seluruh bagian tubuh. Didalam paru-paru karbon dioksida merupakan hasil buangan yang menembus membrane alveoli. Dari kapiler darah dikeluarkan melalui pipa bronkus berakhir sampai pada mulut dan hidung. Darah meninggalkan paru-paru pada tekanan oksigen 100 mmHg dan pada tingkat hemoglobinnya 95% jenuh oksigen.

2) Proses pernafasan Jaringan (internal)

Darah yang telah dijernihkan hemoglobinnya dengan oksigen (oxihemoglobin), mengitari seluruh tubuh dan akhirnya mencapai kapiler, dimana darah bergerak sangat lambat. Sel jaringan memungut oksigen dari hemoglobin untuk memungkinkan sel melakukan oksidasi pernafasan, sebagai gantinya hasil dari oksidasi yaitu karbondioksida (Ganong, 2008).

f. Transport Gas Pernapasan

Menurut Ganong (2008) transport gas pernapasan meliputi:

1) Ventilasi Paru

Ventilasi merupakan proses untuk menggerakkan gas ke dalam dan keluar paru-paru. Ventilasi membutuhkan koordinasi otot paru dan thoraks yang elastis dan pernapasan yang utuh. Otot pernapasan inspirasi utama adalah diafragma. Diafragma dipersarafi oleh saraf frenik yang keluar dari medulla spinalis pada vertebra

servikal keempat. Perpindahan O₂ di atmosfer ke alveoli, dari alveoli CO₂ kembali ke atmosfer.

2) Difusi Gas

Difusi merupakan gerakan molekul dari suatu daerah dengan konsentrasi yang lebih tinggi ke konsentrasi yang lebih rendah. Difusi gas pernapasan terjadi di membran kapiler alveolar dan kecepatan difusi dapat dipengaruhi oleh ketebalan membran. Peningkatan ketebalan membrane merintangi proses kecepatan difusi karena hal tersebut membuat gas memerlukan waktu lebih lama untuk melewati membrane tersebut.

3) Transpotasi Gas

Gas pernapasan mengalami pertukaran di alveoli dan kapiler jaringan tubuh. Oksigen ditransfer dari paru- paru alveoli dan kapiler jaringan tubuh. Oksigen ditransfer dari paru- paru ke darah dan karbon dioksida ditransfer dari darah ke alveoli untuk dikeluarkan sebagai produk sampah. Pada tingkat jaringan, oksigen ditransfer dari darah ke jaringan, dan karbon dioksida ditransfer dari jaringan ke darah untuk kembali ke alveoli dan dikeluarkan. Transfer ini bergantung pada proses difusi.

2. Konsep Asma

a. Pengertian

Asma bronkhial adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermiten, reversibel dimana trakeobronkial berespon secara hiperaktif terhadap stimuli tertentu. Asma bronkhial adalah suatu penyakit dengan ciri meningkatnya respon trakea dan bronkus terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi adanya penyempitan jalan nafas yang luas dan derajatnya dapat berubah-ubah baik secara spontan maupun hasil dari pengobatan (Tanjung, 2003).

Asma adalah penyakit jalan napas obstruktif intermiten, reversibel dimana trakea dan bronkus berespon dalam secara hiperaktif terhadap stimuli tertentu, dan dimanifestasikan dengan penyempitan jalan napas, yang mengakibatkan dispnea, batuk dan mengi (Brunner & Suddarth, 2001).

Menurut Aru, (2007) Asma adalah penyakit paru dengan karakteristik :

- 1) Obstruksi saluran napas yang reversibel (tetapi tidak lengkap pada beberapa pasien) baik secara spontan maupun dengan pengobatan
- 2) Inflamasi saluran napas
- 3) Peningkatan respon saluran napas terhadap berbagai rangsangan (hiperaktifitas)

Obstruksi saluran napas memberikan gejala-gejala asma seperti batuk, mengi, dan sesak napas. Penyempitan saluran napas pada asma dapat terjadi secara bertahap, perlahan-lahan, dan bahkan menetap dengan pengobatan tetapi dapat pula terjadi mendadak, sehingga menimbulkan kesulitan bernapas. Derajat obstruksi ditentukan oleh edema dinding bronkus, produksi mukus, kontraksi dan hipertrofi otot polos bronkus. Diduga baik obstruksi maupun peningkatan respon terhadap berbagai rangsangan disasari oleh inflamasi saluran napas.

b. Klasifikasi

Sangat sukar membedakan satu jenis asma dengan asma yang lain. Dahulu dibedakan asma alergi (ekstrinsik) dan non alergi (intrinsik). Asma alergik terutama munculnya pada waktu anak-anak, mekanisme serangannya melalui reaksi alergi tipe 1 terhadap alergen. Namun klasifikasi tersebut pada prakteknya tidak mudah dan sering pasien mempunyai kedua sifat alergi dan non alergi, sehingga Mc Connel dan Holgate membagi asma dalam kategori yaitu: 1. Asma Ekstrinsik, 2. Asma intrinsik, 3. Asma yang berkaitan dengan penyakit paru obstruktif kronik (Aru, 2007).

Berdasarkan penyebabnya, menurut Tanjung (2003) asma bronkhial dapat diklasifikasikan menjadi 3 tipe yaitu :

1) Ekstrinsik (alergik)

Ditandai dengan reaksi alergik yang disebabkan oleh faktor-faktor pencetus yang spesifik, seperti debu, serbuk bunga, bulu binatang, obat-obatan (antibiotik dan aspirin) dan spora jamur. Asma ekstrinsik sering dihubungkan dengan adanya suatu predisposisi genetik terhadap alergi. Oleh karena itu jika ada faktor-faktor pencetus spesifik seperti yang disebutkan di atas, maka akan terjadi serangan asma ekstrinsik.

2) Intrinsik (non alergik)

Ditandai dengan adanya reaksi non alergi yang bereaksi terhadap pencetus yang tidak spesifik atau tidak diketahui, seperti udara dingin atau bisa juga disebabkan oleh adanya infeksi saluran pernafasan dan emosi. Serangan asma ini menjadi lebih berat dan sering sejalan dengan berlalunya waktu dan dapat berkembang menjadi bronkitis kronik dan emfisema. Beberapa pasien akan mengalami asma gabungan.

3) Asma gabungan

Bentuk asma yang paling umum. Asma ini mempunyai karakteristik dari bentuk alergik dan non-alergik.

c. Etiologi

Menurut Tanjung (2003) ada beberapa hal yang merupakan faktor predisposisi dan presipitasi timbulnya serangan asma bronkial.

1) Faktor predisposisi

a) Genetik

Dimana yang diturunkan adalah bakat alerginya, meskipun belum diketahui bagaimana cara penurunannya yang jelas. Penderita dengan penyakit alergi biasanya mempunyai keluarga dekat juga menderita penyakit alergi. Karena adanya bakat alergi ini, penderita sangat mudah terkena penyakit asma bronkhial jika terpapar dengan faktor pencetus. Selain itu hipersentifisitas saluran pernafasannya juga bisa diturunkan.

2) Faktor presipitasi

a) Alergen

Dimana alergen dapat dibagi menjadi 3 jenis, yaitu :

- (1) Inhalan, yang masuk melalui saluran pernapasan seperti : debu, bulu binatang, serbuk bunga, spora jamur, bakteri dan polusi.
- (2) Ingestan, yang masuk melalui mulut Seperti : makanan dan obat-obatan.
- (3) Kontak, yang masuk melalui kontak dengan kulit Seperti: perhiasan, logam dan jam tangan

b) Perubahan cuaca

Cuaca lembab dan hawa pegunungan yang dingin sering mempengaruhi asma. Atmosfir yang mendadak dingin merupakan faktor pemicu terjadinya serangan asma. Kadang-kadang serangan

berhubungan dengan musim, seperti: musim hujan, musim kemarau, musim bunga. Hal ini berhubungan dengan arah angin serbuk bunga dan debu.

c) Stress

Stress/ gangguan emosi dapat menjadi pencetus serangan asma, selain itu juga bisa memperberat serangan asma yang sudah ada. Disamping gejala asma yang timbul harus segera diobati penderita asma yang mengalami stress/gangguan emosi perlu diberi nasehat untuk menyelesaikan masalah pribadinya. Karena jika stresnya belum diatasi maka gejala asmanya belum bisa diobati.

d) Lingkungan kerja

Mempunyai hubungan langsung dengan sebab terjadinya serangan asma. Hal ini berkaitan dengan dimana dia bekerja. Misalnya orang yang bekerja di laboratorium hewan, industri tekstil, pabrik asbes, polisi lalu lintas. Gejala ini membaik pada waktu libur atau cuti.

e) Olah raga/ aktifitas jasmani yang berat

Sebagian besar penderita asma akan mendapat serangan jika melakukan aktifitas jasmani atau olah raga yang berat. Lari cepat paling mudah menimbulkan serangan asma. Serangan asma karena aktifitas biasanya terjadi segera setelah selesai aktifitas tersebut.

d. Patofisiologi

Asma ditandai dengan kontraksi spastik dari otot polos bronkiolus yang menyebabkan sukar bernapas. Penyebab yang umum adalah hipersensitivitas bronkiolus terhadap benda-benda asing di udara. Reaksi yang timbul pada asma tipe alergi diduga terjadi dengan cara sebagai berikut : seorang yang alergi mempunyai kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibodi Ig E abnormal dalam jumlah besar dan antibodi ini menyebabkan reaksi alergi bila reaksi dengan antigen spesifikasinya (Tanjung, 2003).

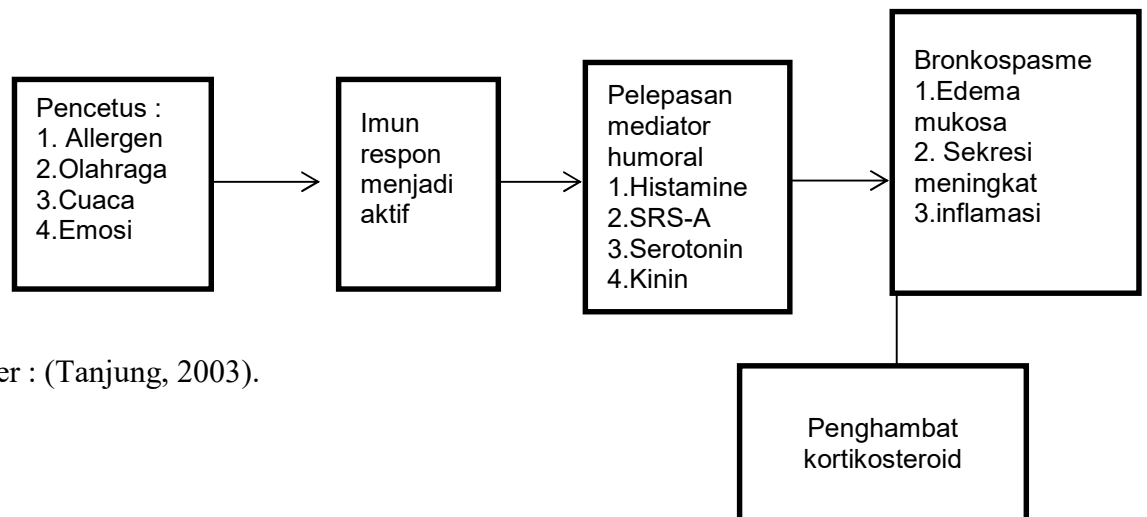
Pada asma, antibodi ini terutama melekat pada sel mast yang terdapat pada interstisial paru yang berhubungan erat dengan bronkiolus dan bronkus kecil. Bila seseorang menghirup alergen maka antibody Ig E orang tersebut meningkat, alergen bereaksi dengan antibodi yang telah terlekat pada sel mast dan menyebabkan sel ini akan mengeluarkan berbagai macam zat, diantaranya histamin, zat anafilaksis yang bereaksi lambat (yang merupakan leukotrien), faktor kemotaktik eosinofilik dan bradikinin. Efek gabungan dari semua faktor-faktor ini akan menghasilkan adema lokal pada dinding bronkiolus kecil maupun sekresi mukus yang kental dalam lumen bronkiolus dan spasme otot polos bronkiolus sehingga menyebabkan tahanan saluran napas menjadi sangat meningkat. Pada asma, diameter bronkiolus lebih berkurang selama ekspirasi daripada

selama inspirasi karena peningkatan tekanan dalam paru selama eksirasi paksa menekan bagian luar bronkiolus (Tanjung, 2003).

Karena bronkiolus sudah tersumbat sebagian, maka sumbatan selanjutnya adalah akibat dari tekanan eksternal yang menimbulkan obstruksi berat terutama selama ekspirasi. Pada penderita asma biasanya dapat melakukan inspirasi dengan baik dan adekuat, tetapi sekali-kali melakukan ekspirasi. Hal ini menyebabkan dispnea. Kapasitas residu fungsional dan volume residu paru menjadi sangat meningkat selama serangan asma akibat kesukaran mengeluarkan udara ekspirasi dari paru. Hal ini bisa menyebabkan *barrel chest* (Tanjung , 2003).

Gambar 2.1

Patofisiologi Asma Bronkial



Sumber : (Tanjung, 2003).

Menurut Aru (2007) Asma saat ini dipandang sebagai penyakit inflamasi saluran napas. Inflamasi ditandai dengan adanya kalor (panas

karena vasodilatasi, tumor (eksudasi plasma dan edema), dolor (rasa sakit karena rangsangan sensori) dan *function laesa* (fungsi yang terganggu). Akhir-akhir ini syarat terjadinya radang harus disertai satu syarat lagi yaitu infiltrasi sel-sel radang. Ternyata keenam syarat tadi dijumpai pada asma tanpa membedakan penyebabnya baik yang alergi maupun non alergi. Dikenal 2 jalur untuk mencapai kedua keadaan tersebut. Jalur imunologis yang terutama didominasi oleh IgE, masuknya alergen ke dalam tubuh akan diolah APC (*Antigen Presenting Cells*= Sel penyaji antigen) untuk selanjutnya hasil olahan alergen akan dikomunikasikan kepada sel Th (T penolong). Sel T penolong ini akan memberikan instruksi melalui interleukin atau sitokin agar sel-sel plasma membentuk igE, serta sel-sel radang lain seperti mastosit, makrofag, sel epitel, eosinophil, neutrophil, trombosit, serta limfosit untuk mengeluarkan media-media inflamasi. Mediator-mediator inflamasi seperti histamin, prostaglandin (PG), leukotrin (LT), *platelet activating factor* (PAF), bradikinin, tromboksin (TX), dan lain-lain akan mempengaruhi organ sasaran sehingga menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding vaskuler, edema saluran pernapasan, infiltrasi sel-sel radang, sekresi mucus, dan fibrosis sub epitel sehingga menimbulkan hiperaktifitas saluran napas (HSN). Jalur non alergi selain merangsang sel inflamasi, juga merangsang system saraf autonom dengan hasil akhir berupa inflamasi dan HSN.

e. Manifestasi Klinik

Biasanya pada penderita yang sedang bebas serangan tidak ditemukan gejala klinis, tapi pada saat serangan penderita tampak bernafas cepat dan dalam, gelisah, duduk dengan menyangga ke depan, serta tanpa otot-otot bantu pernafasan bekerja dengan keras. Gejala klasik dari asma bronkial ini adalah sesak nafas, mengi (wheezing), batuk, dan pada sebagian penderita ada yang merasa nyeri di dada. Gejala-gejala tersebut tidak selalu dijumpai bersamaan. Pada serangan asma yang lebih berat, gejala-gejala yang timbul makin banyak, antara lain : *silent chest*, sianosis, gangguan kesadaran, hiperinflasi dada, *tachicardi* dan pernafasan cepat dangkal . Serangan asma seringkali terjadi pada malam hari. (Tanjung , 2003).

Menurut Aru (2007) manifestasi klinis klasik adalah serangan batuk, mengi, dan sesak napas. Pada awal serangan sering terjadi gejala tidak jelas seperti rasa berat didada, dan pada asma alergi mungkin disertai batuk tanpa disertai sekret, tetapi pada perkembangan selanjutnya pasien akan mengeluarkan sekret baik mukoid, putih kadang-kadang purulent. Ada sebagian kecil pasien asma yang gejalanya hanya batuk tanpa disertai mengi, dikenal dengan *cough variant astma*.

f. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan sputum dilakukan untuk melihat adanya:

- a) Kristal-kristal charcot leyden yang merupakan degranulasi dari Kristal eosinopil.
 - b) Spiral curshmann, yakni yang merupakan *cast cell* (sel cetakan) dari cabang bronkus.
 - c) *Creole* yang merupakan fragmen dari epitel bronkus.
 - d) Netrofil dan eosinopil yang terdapat pada sputum, umumnya bersifat mukoid dengan viskositas yang tinggi dan kadang terdapat mukus plug.
- 2) Pemeriksaan darah
- a) Analisa gas darah pada umumnya normal akan tetapi dapat pula terjadi hipoksemia, hiperkapnia, atau asidosis.
 - b) Kadang pada darah terdapat peningkatan dari SGOT dan LDH.
 - c) Hiponatremia dan kadar leukosit kadang-kadang di atas 15.000/mm³ dimana menandakan terdapatnya suatu infeksi.
- (Tanjung,2003).

g. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Aru (2007) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan seperti :

1) Spirometri

Cara yang paling cepat dan sederhana untuk menegakan diagnosis asma adalah melihat respon pengobatan dengan bronkodilator. Pemeriksaan spirometri dilakukan sebelum dan sesudah pemberian

bronkodilator hirup golongan adrenergik beta. Peningkatan VEP 1 atau KVP sebanyak 3 (20%) menunjukkan diagnosis asma.

2) Uji Provokasi Bronkus

Uji provokasi bronkus dengan histamin, metakolin, kegiatan jasmani, udara dingin, larutan garam, hipertonik, dan bahkan dengan aqua destilata.

3) Pemeriksaan sputum

Sputum eosinophil identik dengan asma, dan pemeriksaan IgE

4) Pemeriksaan eosinophil total

Jumlah eosinophil total dalam darah sering meningkat pada pasien asma dan hal ini dapat membantu dalam membedakan asma dari bronkitis kronik.

5) Uji kulit

Menunjukkan adanya antibody IgE spesifik dalam tubuh.

6) Foto dada

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menyingkirkan penyebab lain obstruksi saluran napas dan adanya kecurigaan terhadap proses di paru atau komplikasi asma seperti pneumothoraks.

7) AGD

Pemeriksaan ini hanya dilakukan pada asma berat. Pada awal serangan terjadi $\text{PaCO}_2 < 35 \text{ mmHg}$, kemudian lebih berat PaCO_2 mendekati

normal. Selanjutnya asma sangat berat terjadi hiperkapnea ($\text{PaCO}_2 \geq 45$ mmhg).

h. Komplikasi

Berbagai komplikasi yang mungkin timbul adalah :

- 1) Status asmatikus
- 2) Atelektasis
- 3) Hipoksemia
- 4) Pneumothoraks
- 5) Emfisema (Aru,2007).

i. Penatalaksanaan

Menurut Tanjung (2003) penatalaksanaan pasien asma adalah:

Prinsip umum pengobatan asma bronkial adalah :

- 1) Menghilangkan obstruksi jalan nafas dengan segera.
- 2) Mengenal dan menghindari faktor-faktor yang dapat mencetuskan serangan asma
- 3) Memberikan penerangan kepada penderita ataupun keluarganya mengenai penyakit asma, baik pengobatannya maupun tentang perjalanan penyakitnya sehingga penderita mengerti tujuan pengobatan yang diberikan dan bekerjasama dengan dokter atau perawat yang merawatnya.

Pengobatan pada asma bronkhial terbagi 2, yaitu:

1) Pengobatan non farmakologik:

- a) Pemberian cairan
- b) Fisiotherapi
- c) Beri O₂ bila perlu.
- d) Tekhnik Relaksasi Progresif

2) Pengobatan farmakologik :

Bronkodilator : obat yang melebarkan saluran nafas. Terbagi dalam 2 golongan :

1) Simpatomimetik/ andrenergik (Adrenalin dan efedrin)

Nama obat :(Alupent), Fenoterol (berotek), Terbutalin (bricasma)Obat-obat golongan simpatomimetik tersedia dalam bentuk tablet, sirup, suntikan dan semprotan. Berupa semprotan: MDI (Metered dose inhaler). Ada juga yang berbentuk bubuk halus yang dihirup (Ventolin Diskhaler dan Bricasma Turbuhaler) atau cairan bronkodilator (Alupent, Berotek, brivasma serta Ventolin) yang oleh alat khusus diubah menjadi aerosol (partikel-partikel yang sangat halus) untuk selanjutnya dihirup.

2) Santin (teofilin)

Nama obat :Aminofilin (Amicam supp), Aminofilin (Euphilin Retard)Teofilin (Amilex). Efek dari teofilin sama dengan obat golongan simpatomimetik, tetapi cara kerjanya berbeda.

Sehingga bila kedua obat ini dikombinasikan efeknya saling memperkuat.

Cara pemakaian : Bentuk suntikan teofilin / aminofilin dipakai pada serangan asma akut, dan disuntikan perlahan-lahan langsung ke pembuluh darah. Karena sering merangsang lambung bentuk tablet atau sirupnya sebaiknya diminum sesudah makan. Itulah sebabnya penderita yang mempunyai sakit lambung sebaiknya berhati-hati bila minum obat ini. Teofilin ada juga dalam bentuk supositoria yang cara pemakaiannya dimasukkan ke dalam anus. Supositoria ini digunakan jika penderita karena sesuatu hal tidak dapat minum teofilin (misalnya muntah atau lambungnya kering).

3) Kromalin

Kromalin bukan bronkodilator tetapi merupakan obat pencegah serangan asma. Manfaatnya adalah untuk penderita asma alergi terutama anak-anak. Kromalin biasanya diberikan bersama-sama obat anti asma yang lain, dan efeknya baru terlihat setelah pemakaian satu bulan.

4) Ketolifen

Mempunyai efek pencegahan terhadap asma seperti kromalin. Biasanya diberikan dengan dosis dua kali 1mg / hari. Keuntungan obat ini adalah dapat diberikan secara oral.

3. Konsep Ansietas

a. Pengertian

Cemas dalam bahasa latin "*anxius*" dan dalam bahasa Jerman "*angst*" kemudian menjadi "*anxiety*" yang berarti kecemasan, merupakan suatu kata yang dipergunakan oleh Freud untuk menggambarkan suatu efek negatif dan keterangsangan. Cemas mengandung arti pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi sebaik – baiknya (Hawari, 2000).

Kecemasan (*ansietas / anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affectiv*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability*), kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas – batas normal. Ada segi yang disadari dari kecemasan itu sendiri seperti rasa takut, tidak berdaya, terkejut, rasa berdosa atau terancam, selain itu juga segi – segi yang terjadi di luar kesadaran dan tidak dapat menghindari perasaan yang tidak menyenangkan (Jadman, 2001).

Kecemasan dapat menstimulasi pelepasan hormon epineprin dari kelenjar adrenal yang dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung dan penyempitan pembuluh darah sehingga dapat meningkatkan tekanan darah (Stuart dan Laraia, 2005).

Kecemasan adalah suatu bentuk emosi tanpa adanya objek yang jelas disebabkan oleh suatu sesuatu yang tidak diketahui dan akan menghasilkan suatu bentuk pengalaman baru (Stuart & Sundeen, 2007).

b. Teori Predisposisi dan Presipitasi Kecemasan

Beberapa teori yang mengemukakan faktor pendukung terjadinya kecemasan menurut Stuart dan Sundeen (1998) antara lain:

1) Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan *psikoanalitic*, kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen kepribadian yaitu *id*, *ego* dan *super ego*. *Id* mewakili insting, *super ego* mewakili hati nurani, sedangkan *ego* mewakili konflik yang terjadi antara kedua elemen yang bertentangan. Dan timbulnya merupakan upaya dalam memberikan bahaya pada elemen *ego*.

2) Teori Interpersonal

Menurut pandangan *interpersonal* kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal.

3) Teori *Behaviour*

Berdasarkan teori *behaviour* (perilaku), kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

4) Teori Prespektif keluarga

Keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi didalam keluarga kecemasan menunjukkan adanya interaksi yang tidak *adaptif* dalam sistem keluarga.

5) Teori Prespektif Biologis

Kesehatan umum seseorang menurut pandangan biologis merupakan faktor predisposisi timbulnya kecemasan.

Menurut Stuart & Sundeen (1998) faktor pencetus (presipitasi) yang menyebabkan terjadinya kecemasan antara lain:

1) Ancaman terhadap Integritas biologi seperti:

a) Penyakit

Berbagai penyakit fisik terutama yang kronis yang mengakibatkan invaliditas dapat menyebabkan stres pada diri seseorang, misalnya : penyakit jantung, hati, kanker, stroke dan HIV/AIDS.

b) Trauma fisik

c) Pembedahan

2) Ancaman terhadap Konsep Diri seperti: Proses kehilangan, perubahan peran, perubahan lingkungan, perubahan hubungan dan Status sosial ekonomi.

c. Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan

Menurut Kozier Erb & Snyder (2004) kecemasan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain:

1) Sifat stressor

Sifat stressor dapat berubah secara tiba-tiba atau dapat berangsur dan dapat mempengaruhi seseorang dalam menghadapi kecemasan, tergantung mekanisme coping seseorang.

2) Jumlah stressor yang bersamaan

Pada waktu yang sama terdapat sejumlah stressor yang dapat dihadapi bersama. Semakin banyak stressor yang dialami seseorang semakin besar dampaknya bagi fungsi tubuh, sehingga jika terjadi stressor yang kecil dapat mengakibatkan reaksi yang berlebihan.

3) Lama stressor

Lamanya terpapar stressor dapat menurunkan kemampuan seseorang untuk dapat mengatasi masalah dan dapat mempengaruhi respon tubuh.

4) Pengalaman Masa Lalu

Pengalaman masa lalu individu dalam menghadapi kecemasan dapat mempengaruhi individu ketika menghadapi stressor yang sama karena individu mempunyai kemampuan beradaptasi / mekanisme coping yang baik, sehingga tingkat kecemasan pun akan berbeda.

5) Tingkat Perkembangan

Tingkat perkembangan individu dapat membentuk kemampuan adaptasi yang semakin baik terhadap stressor. Pada

tiap perkembangan terdapat sifat stressor yang berbeda sehingga resiko terjadinya stress dan kecemasan berbeda pula

d. Faktor-faktor yang dapat mengurangi kecemasan

Faktor-faktor yang dapat mengurangi kecemasan antara lain:

1) *Represi*

Yaitu tindakan untuk mengalihkan atau melupakan hal atau keinginan yang tidak sesuai dengan hati nurani. *Represi* juga bisa diartikan sebagai usaha untuk menenangkan atau meredam diri agar tidak timbul dorongan yang tidak sesuai dengan hatinya (Prasetyono, 2007).

2) Relaksasi

Yaitu dengan mengatur posisi tidur dan tidak memikirkan masalah (Prasetyono, 2007). Sedangkan Dale Carnegie (2007) menambahkan bahwa relaksasi dan rekreasi bisa menurunkan kecemasan dengan cara tidur yang cukup, mendengarkan musik, tertawa dan memperdalam ilmu agama.

3) Komunikasi perawat

Yaitu komunikasi yang disampaikan perawat pada pasien dengan cara memberi informasi yang lengkap mulai pertama kali pasien masuk dengan menetapkan kontrak untuk hubungan profesional mulai dari fase orientasi sampai dengan terminasi atau yang disebut dengan komunikasi teraupetik (Tamsuri, 2006).

4) *Psikofarmaka*

yaitu pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan seperti *diazepam*, *bromazepam* dan *alprazolam* yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan *neurotransmitter* (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (*lymbic system*) (Hawari, 2001).

5) *Psikoterapi*

Merupakan terapi kejiwaan dengan memberi motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta kepercayaan diri (Hawari, 2001).

6) *Psikoreligius*

Yaitu dengan doa dan dzikir. Doa adalah Mengosongkan batin dan memohon kepada Tuhan untuk mengisinya dengan segala hal yang kita butuhkan. Dalam doa umat mencari kekuatan yang dapat melipatgandakan energi yang hanya terbatas dalam diri sendiri dan melalui hubungan dengan doa tercipta hubungan yang dalam antara manusia dan Tuhan (Prasetyono, 2007). Terapi medis tanpa disertai dengan doa dan dzikir tidaklah lengkap, sebaliknya doa dan dzikir saja tanpa terapi medis tidaklah efektif.

e. Maniastasi Klinik

Kecemasan (ansietas) merupakan keadaan yang di tandai oleh rasa khawatir disertai dengan gejala somatik yang menandakan suatu kegiatan berlebihan dari susunan saraf autonomik. Ansietas merupakan gejala yang umum tetapi non spesifik yang sering merupakan satu

fungsi emosi. Kecemasan (ansietas) sangat berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu obyek atau keadaan. Keadaan emosi ini dialami secara subyektif, bahkan terkadang tidak jelas. Artinya seseorang dapat menjadi cemas, namun sumber atau suatu yang dicemaskan tersebut tidak nampak nyata (Asmadi, 2008).

Menurut Stuart (2006) respon ansietas meliputi :

Tabel 2.1 Respon Fisiologis

Sistem Tubuh	Respon
Kardiovaskuler	Jantung berdebar Tekanan darah meningkat Rasa ingin pingsan Tekanan darah menurun Denyut Nadi menurun
Pernapasan	Napas cepat Sesak napas Tekanan pada dada Napas dangkal Sensasi tercekik Terengah-engah
Neuromuskuler	Reflek meningkat Mata berkedip-kedip Insomnia Wajah tegang Gelisah Kelemahan umum
Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan Menolak makan Mual Nyeri ulu hati Diare
Saluran Perkemihan	Tidak dapat menahan kencing Sering kemih
Kulit	Wajah kemerahan Berkeringat Gatal

	Rasa panas dan dingin pada kulit Wajah pucat Berkeringat diseluruh tubuh
--	--

Sumber : Stuart (2006)

Tabel 2.2 Respon Perilaku, Kognitif, dan Afektif

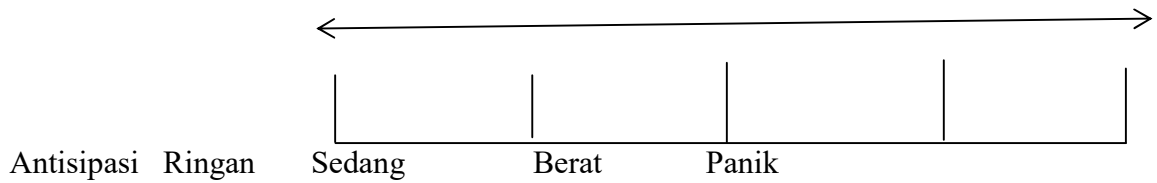
Sistem	Respon
Perilaku	Gelisah Ketegangan fisik Bicara cepat Menghindar Melarikan diri dari masalah Cenderung mengalami cedera
Kognitif	Perhatian terganggu Konsentrasi buruk Pelupa Hambatan berfikir Kreatifitas menurun Bingung Sangat waspada Takut kehilangan kendali
Afektif	Mudah terganggu Tidak sabar Gelisah Tegang Gugup Ketakutan Waspada Mati rasa Rasa bersalah Malu Kekhawatiran

Sumber : Stuart (2006)

f. Tingkat kecemasan

Kemampuan individu untuk merespon terhadap suatu ancaman berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berimplikasi terhadap tingkat ansietas yang dialaminya Respon individu terhadap ansietas beragam dari ansietas ringan sampai panik.

Gambar 2.2 Rentang respon Ansietas



Sumber : Asmadi, 2008

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)* yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk *Anxiety Analog Scale (AAS)*. Validitas AAS sudah diukur oleh Yul Iskandar pada tahun 1984 dalam penelitiannya yang mendapat korelasi yang cukup dengan HRS A ($r = 0,57 - 0,84$). Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *syptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*Not Present*) sampai dengan 4 (*severe*). Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial*

clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Skala *HARS* (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yang dikutip Nursalam (2003) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item.

4. Konsep Teknik Relaksasi Progresif

a. Pengertian

Dalam Jurnal Pengembangan multimedia relaksasi oleh Neila Ramdhani dan Adhyos Aulia Putra pada tahun 2006, relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja sistem syaraf simpatetis dan parasimpatetis ini. Teknik relaksasi semakin sering dilakukan karena terbukti efektif mengurangi ketegangan dan kecemasan, membantu orang yang mengalami insomnia, dan asma.

Relaksasi progresif di Indonesia sendiri diperkenalkan oleh Soewondo setelah mempelajarinya di Belanda, mengembangkan relaksasi progresif untuk dapat digunakan di Indonesia, khususnya dalam manajemen stress.

Di Indonesia, penelitian tentang relaksasi ini juga sudah cukup banyak dilakukan. Relaksasi bermanfaat untuk mengurangi keluhan fisik. Efektivitas latihan relaksasi dan terapi kognitif untuk mengurangi kecemasan berbicara di muka umum, selanjutnya relaksasi juga efektif

dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi ringan dan menurunkan ketegangan pada siswa penerbang.

Relaksasi adalah satu teknik dalam terapi perilaku untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Teknik ini dapat digunakan oleh pasien tanpa bantuan terapis dan mereka dapat menggunakannya untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan yang dialami sehari-hari di rumah.

Dalam buku *Student manual for theory and practice of counseling and psychotherapy*, oleh *Gerald Corey* pada tahun 2005, istilah relaksasi sering digunakan untuk menjelaskan aktifitas yang menyenangkan. Rekreasi, olahraga, pijat, dan menonton bioskop. Semua bentuk kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan suasana rileks merupakan contoh yang banyak dianggap sebagai relaksasi. Oleh karena itu efek yang dihasilkan adalah perasaan senang, relaksasi mulai digunakan untuk mengurangi ketegangan psikis yang berkaitan dengan permasalahan kehidupan.

b. Jenis Teknik Relaksasi

Menurut Ridwan (2013) terdapat banyak macam teknik relaksasi yang bisa dilakukan. Ada empat macam tipe relaksasi, yaitu:

- 1) Relaksasi otot (*progressive Muscle relaxation*)

- 2) Pernapasan (*diaphragmatic breathing*)
- 3) Meditasi (*attention – focusing exercise*)
- 4) Relaksasi Perilaku (*behavioral relaxation training*)

Dalam relaksasi otot (*progresive muscle relaxation*) sendiri, individu akan diberikan kesempatan untuk mempelajari bagaimana cara menegangkan sekelompok otot tertentu kemudian melepaskan ketegangan itu. Bila sudah dapat merasakan keduanya, klien mulai membedakan sensasi pada saat otot dalam keadaan tegang dan rileks (Ridwan,2013).

Sesuatu yang diharapkan disini adalah individu secara sadar untuk belajar merilekskan otot-ototnya sesuai dengan keinginannya melalui suatu cara yang sistematis. Subjek juga belajar menyadari otot-ototnya dan berusaha untuk sedapat mungkin mengurangi atau menghilangkan ketegangan otot tersebut (Ridwan,2013).

Kebanyakan orang tidak mengetahui otot mana yang mengalami ketegangan kronis. Relaksasi progresif memberikan cara mengidentifikasi otot dan kumpulan otot tertentu serta membedakan antara perasan tegang dan relaksasi dalam, yang meliputi empat kelompok otot utama, yaitu:

- 1) Tangan, lengan bawah, dan otot biceps.
- 2) Kepala, muka, tenggorokan dan bahu, bibir, lidah, dan leher.

Sedapat mungkin perhatian dicurahkan pada kepala, karena

pandangan emosional, otot yang paling penting dalam tubuh berada di sekitar area kepala.

- 3) Dada, lambung, dan punggung bagian bawah.
- 4) Paha, pantat, betis, dan kaki (Suparyanto,2011)

c. Tujuan Relaksasi Progresif

- 1) Relaksasi Progresif bertujuan untuk mengenali apa yang terjadi pada tubuh, sehingga dapat mengurangi ketegangan dan dapat melanjutkan kegiatan.
- 2) Digunakan untuk mengurangi berbagai keluhan yang berhubungan dengan stress, seperti kecemasan, nyeri lambung, hipertensi dan insomnia (Ridwan,2013).

d. Manfaat Relaksasi Progresif

Menurut Townsend (1996) dalam Pratiwi (2008) manfaat dari teknik relaksasi progresif yaitu:

- 1) Menurunkan ketegangan otot
- 2) Mengurangi kecemasan, insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasma otot, nyeri leher – punggung, tekanan darah tinggi, fobia ringan, dan gagap ringan.

Mulyono (2005) menjelaskan beberapa keuntungan yang diperoleh dari latihan relaksasi diantaranya relaksasi membuat seseorang lebih mampu menghindari reaksi yang berlebihan karena adanya stress. Keterampilan relaksasi sangat berguna untuk mengembangkan kemampuan tetap tenang atau menghindari stress saat menghadapi

kesulitan, selalu rileks akan membuat penderita untuk dapat mengontrol kerja organ-organ tubuh, meminimalkan serangan dan menyimpan energi penderita.

e. Jenis jenis dari relaksasi otot progresif

progressive muscle relaxation/PMR) sendiri terdapat dua macam, yaitu:

1) Overt PMR (*tense up and letting go*)

Secara sadar menegangkan kelompok otot sekitar 5-10 detik dan kemudian melepaskannya selama kurang lebih 30 detik. Seringkali menggunakan 11 kelompok otot (Ridwan, 2013).

Relaxation via tension- relaxation relaksasi otot bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan dengan cara melemaskan otot-otot badan. Dalam metode ini konseli diminta untuk menegangkan dan melemaskan masing-masing otot, kemudian pasien diminta untuk merasakan dan menikmati perbedaan antara ketika otot tegang dan ketika otot lemas. Di sini pasien diberitahu bahwa pada fase menegangkan akan membantu dirinya untuk lebih menyadari sensasi yang berhubungan dengan kecemasan dan sensasi-sensasi tersebut bertindak sebagai isyarat atau tanda untuk melemaskan ketegangan. Pasien dilatih untuk melemaskan otot

yang tegang dengan cepat seolah-olah mengeluarkan ketegangan dari badan sehingga pasien akan merasa rileks (Lilis, 2002).

Relaxation via Letting Go metode ini bertujuan untuk memperdalam relaksasi. Setelah pasien berlatih relaksasi pada semua kelompok otot tubuhnya, maka langkah selanjutnya adalah latihan *relaxation via letting go*. Pada fase ini pasien dilatih untuk menyadari dan merasakan relaksasi. Pasien dilatih untuk menyadari ketegangannya dan berusaha sedekat mungkin untuk mengurangi serta menghilangkan ketegangan tersebut dengan demikian, konseli akan lebih peka terhadap ketegangan dan lebih ahli dalam mengurangi ketegangan (Lilis, 2002).

2) Covert PMR (*letting go*)

Jenis PMR yang hanya merilekskan kelompok otot tanpa menegangkannya lebih dahulu. Dapat dipraktikkan sendiri, tanpa latihan seperti jenis *overt* PMR dan seringkali dikombinasikan dengan *autogenic training* (Ridwan, 2013).

Relaxation via Letting Go metode ini bertujuan untuk memperdalam relaksasi. Setelah pasien berlatih relaksasi pada semua kelompok otot tubuhnya, maka langkah selanjutnya adalah latihan *relaxation via letting go*. Pada fase ini pasien dilatih untuk

menyadari dan merasakan rileksasi. Pasien dilatih untuk menyadari ketegangannya dan berusaha sedekat mungkin untuk mengurangi serta menghilangkan ketegangan tersebut dengan demikian, konseli akan lebih peka terhadap ketegangan dan lebih ahli dalam mengurangi ketegangan (Lilis, 2002).

f. Keterbatasan Relaksasi

Keterbatasan Relaksasi menurut Luthfi (2009) yaitu :

- 1) Kurang terampilnya instruktur dalam memberikan instruksi.
- 2) Pasien atau subyek kurang bisa mengontrol diri, salah kostum, serta masih mengutamakan nilai pribadinya.
- 3) Beratnya masalah yang dihadapi pasien atau subyek membuatnya dikuasai oleh masalah, sehingga tidak dapat melakukan relaksasi dengan baik.
- 4) Pelaksanaan tidak selalu mudah karena memerlukan tempat yang kondusif.
- 5) Memerlukan waktu yang relatif lama.
- 6) Pasien atau subyek yang tidak dapat memfokuskan pikiran atau konsentrasinya dapat menghambat pelaksanaan relaksasi.
- 7) Membutuhkan sarana dan prasarana yang banyak.

g. Kelebihan dan Kekurangan

Kelebihan dan kekurangan relaksasi progresif Menurut luthfi (2009) yaitu :

1) Kelebihan

a) Overt (*tense Up and letting go*)

- (1) Pasien atau subyek menjadi tidak tegang dan tertekan dengan penggunaan teknik ini.
- (2) Pasien atau subyek dapat membedakan keadaan tegang dan relaksasi.

b) Covert (*letting go*)

- (1) Tidak memerlukan model dalam pelaksanaannya.
- (2) Waktu lebih singkat

2) Kekurangan

a) Overt (*tense up and letting go*)

- (1) Pelaksanaan teknik relaksasi memerlukan waktu yang relative lama (karena dilakukan berulang-ulang atau tidak hanya sekali)

b) Covert (*letting go*)

- (1) Pelaksanaanya membutuhkan tempat yang kondusif (nyaman dan tenang)
- (2) Pasien atau subyek yang kurang bisa memfokuskan pikiran atau konsentrasinya dapat menghambat pelaksanaan teknik relaksasi
- (3) Membutuhkan sarana dan prasarana yang cukup banyak

Hal-hal yang perlu juga diperhatikan dalam melakukan kegiatan relaksasi otot progresif Menurut Suparyanto (2011) adalah:

- 1) Jangan terlalu menegangkan otot berlebihan karena dapat melukai diri sendiri.
- 2) Untuk merilekskan otot-otot membutuhkan waktu sekitar 20-50 detik.
- 3) Posisi tubuh, lebih nyaman dengan mata tertutup. Jangan dengan berdiri.
- 4) Menegangkan kelompok otot dua kali tegangan.
- 5) Melakukan pada bagian kanan tubuh dua kali, kemudian bagian kiri dua kali.
- 6) Memeriksa apakah klien benar-benar rileks.
- 7) Terus menerus memberikan instruksi.
- 8) Memberikan instruksi tidak terlalu cepat, dan tidak terlalu lambat.

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

1. Pengkajian Kasus.....	47
2. Masalah Keperawatan.....	49
3. Intervensi Keperawatan.....	57
4. Intervensi Inovasi.....	58
5. Implementasi.....	58
6. Evaluasi.....	58

BAB IV ANALISA SITUASI

1. Profil Lahan Praktik.....	63
2. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait.....	64
3. Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait	69
4. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan.....	80

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis asma bronkial dengan :

- a. Pengkajian Ibu K mempunyai keluhan sesak napas pada area dada dan terasa berat serta nyeri. Nyeri terasa jika untuk bernapas, nyeri seperti nyeri tusuk, nyeri terasa pada seluruh lapang paru, skala nyeri 4, dengan frekuensi nyeri hilang timbul. Selain itu batuk berdahak, klien juga merasa khawatir terhadap keadaannya karena sering kambuh penyakit yang diderita. Bapak A mempunyai keluhan klien merasakan sesak napas pada area dada dan terasa berat, klien mengeluhkan batuk berdahak, dan nyeri pada perut. Klien merasa sesak pada saat terkena debu dan suhu yang dingin. Terdengar suara napas tambahan mengi pada seluruh lapang paru, klien terlihat menggenggam kuat tangan istrinya yang berada disampingnya. Ibu W mengatakan klien terasa sesak pada saat terkena debu, klien batuk berdahak, terdengar suara sekret pada tenggorokan, terdengar suara napas tambahan mengi pada seluruh lapang paru, klien mengkhawatirkan keluhan sesak jika beraktifitas berat.

- b. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada ketiga kasus adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan bronkospasme, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi, dan cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
- c. Pada perencanaan intervensi Keperawatan ketiga kasus menetapkan tujuan dengan beberapa indikator pencapaian. Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan bronkospasme, dengan NOC Status Pernapasan : patensi jalan napas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 2 jam masalah keperawatan dapat berkurang dari skala bermasalah (1), Masalah substansial (2), Setengah masalah (3), Sedikit masalah (4), tidak bermasalah (5) dengan indikator : RR (4), Irama pernapasan (3), Cemas (4), Gunakan otot bantu pernapasan (4), Batuk (4). NIC yang muncul yaitu Manajemen jalan napas, yang pertama posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, Berikan Bronkodilator, atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan, monitor respirasi dan status O₂, berikan pelembab udara O₂, ajarkan batuk efektif.

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi, dengan NOC Status Kenyamanan : fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 2 jam masalah keperawatan dapat berkurang dari skala bermasalah (1), Masalah substansial (2), Setengah masalah (3), Sedikit masalah (4), tidak bermasalah (5) dengan indikator : patensi Jalan napas (4), posisi yang nyaman (4), relaksasi

otot (4), kenyamanan pakaian (4), temperatur tubuh (5), saturasi oksigen (5), dan Nyeri otot (5).

Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, dengan NOC Kontrol Kecemasan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 2 jam masalah keperawatan dapat berkurang dari skala bermasalah (1), Masalah substansial (2), Setengah masalah (3), Sedikit masalah (4), tidak bermasalah (5) dengan indikator : gunakan strategi koping yang efektif (4), gunakan teknik relaksasi untuk mengurangi cemas (4), pertahankan hubungan sosial dengan klien (4), memonitor respon cemas klien (5), eliminasi pencetus cemas (4), mencari informasi untuk mengurangi cemas (3), pertahankan konsentrasi (4), monitor manifestasi ansietas fisik (4), monitor manifestasi ansietas melalui perilaku (4).

- d. Implementasi intervensi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 2, 6, dan 14 maret 2015. Implementasi dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan bronkospasme. Implementasi yang dilakukan adalah manajemen jalan napas. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, mengatur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan, memonitor respirasi dan status O₂, dan memberikan bronkodilator.
- Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologi . Implementasi yang dilakukan adalah manajemen nyeri. Melakukan pengkajian nyeri

termasuk lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan faktor pencetus, melakukan eksplorasi faktor yang dapat mengurangi nyeri, melakukan kolaborasi pemberian farmakologi, melakukan terapi non farmakologi (Memberikan posisi yang nyaman, Memberikan Pendidikan kesehatan).

Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Penurunan Kecemasan, yang pertama menggunakan pendekatan menenangkan (relaksasi otot progresif), mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien, mendorong keluarga untuk menemani klien, menemani klien untuk mengurangi takut, menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, mendengarkan dengan penuh perhatian.

- e. Evaluasi dilakukan pada tanggal 2,6,dan 14 maret 2015. Evaluasi Ibu K Tekanan darah : 120/90 mmHg, Nadi : 80 x/m, Pernapasan : 24 x/m, suhu : 36,4 °C, skala HARS Ibu K 14, skala HARS sebelumnya 23. Pemeriksaan fisik Bapak A Tekanan darah : 120/90 mmHg, Nadi : 86 x/m, Pernapasan : 24 x/m, suhu : 36,2 °C, skala HARS Bapak A 12, skala HARS sebelumnya 21. Pemeriksaan fisik Ibu W Tekanan darah : 130/90 mmHg, Nadi : 120 x/m, Pernapasan : 20 x/m, suhu : 37,4 °C, skala HARS Ibu W 24, skala HARS sebelumnya 27.
- 2. Latihan relaksasi progresif sebagai salah satu teknik relaksasi otot telah terbukti dalam program terapi terhadap ketegangan otot mampu mengatasi keluhan anxietas pada pasien

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

- a. Melakukan intervensi relaksasi otot progresif di ruang instalasi gawat darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai upaya meminimalkan kambuhnya asma bronkial pada penderita asma.
- b. Mengoptimalkan intervensi relaksasi otot progresif di ruang instalasi gawat darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- c. Memberikan ruangan khusus penderita asma bronkial untuk mendukung pelaksanaan intervensi inovasi relaksasi otot progresif.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

- a. Mengembangkan intervensi keperawatan dalam mengelola penderita asma bronkial khususnya kecemasan sebagai intervensi inovasi.
- b. Meningkatkan kemampuan perawat dalam komunikasi terapeutik dengan pasien.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Relaksasi otot progresif dapat dijadikan intervensi inovasi pada penderita asma bronkial dalam menurunkan kecemasan.

4. Bagi Pasien

Relaksasi otot progresif dapat menurunkan gejala cemas hingga mencegah timbulnya kekambuhan asma, untuk mendapatkan hasil yang

maksimal tindakan ini perlu dilakukan secara teratur dan bersungguh-sungguh bagi penderita asma bronkial.

5. Bagi Peneliti

Dapat dijadikan data guna mendukung penelitian pada pasien asma bronkial dengan intervensi relaksasi otot progresif.

DAFTAR PUSTAKA

Aru, Sudoyo.2007. *Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1 edisi ke 4* . Jakarta : EGC

[Definisi Teknik Relaksasi Progresif \(Ridwan,2015,](#)

¶1,<http://www.achmadridwanhypnosis.wordpress.com> diPeroleh tanggal 14 Februari 2013)

Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan kesehatan (Blumm,Hendrick 2012, ¶3,<http://idahceris.wordpress.com> di peroleh tanggal 20 februari 2015).

Gayatri, dewi.(2010).Penurunan Tekanan Darah dan Kecemasan Melalui Latihan Slow Deep breathing pada Pasien Hipertensi Primer., 13 (3), (37-41)

Guyton, Arthur. 1990. *Fisiologi Manusia dan Mekanisme Penyakit*. Jakarta: EGC.

Jalal, Iqbal. 2014. Pengaruh Dzikir Menjelang Tidur Terhadap Kualitas Tidur Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 Jakarta Timur. Skripsi diPublikasikan. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Karina,Rosma. 2010. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Serangan Asma Pada Penderita Asma Bronkial di BP4 Semarang.Skripsi dipublikasikan. Semarang. STIKES Kusuma Husada Surakarta.

Khotijah, Siti (2013). Hubungan Pendampingan Suami dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primipara Menghadapi Persalinan di Ruang Jabal Tsur Rumah Sakit Islam Samarinda.Skripsi tidak dipublikasikan, Samarinda, STIKES Muhammadiyah samarinda, Samarinda.

Konsep cemas(Suparyanto, 2011, ¶1

<http://drsuparyanto.blogspot.com/2011/03/konsep-cemas.html> diperoleh tanggal 15 Februari 2015)

Konsep Teori Cemas, Langkah –langkah melakukan Teknik relaksasi Progresif (Neila, R, 2006, ¶1, 3.<http://www.psikologizone.com/langkah-langkah-relaksasi-otot-progresif> diperoleh tanggal 14 Februari 2015)

Mashudi.2011. Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* Terhadap Kadar Glukosa darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di rumah Sakit Umum Daerah raden Mattahera Jambi.Tesis di Publikasikan.Depok.universitas Indonesia.

Nurdiansyah.2013.Pengaruh teknik Pernapasan Buteyko Terhadap Penurunan Gejala Asma Kota Tanggerang Selatan.Skripsi diPublikasikan.Jakarta.Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Infark Miokard Sebelum dan Sesudah Pemberian Teknik Relaksasi Otot Progresif di RSUD Tugurejo Semarang.<http://digilib.stikestegolrejo.ac.id> diperoleh 10 Maret 2015.

Penurunan Ansietas dalam Menghadapi ujian Nasional Pada Siswa Kelas XII SMAN X Melalui Pemberian Terapi Suportif Tahun 2013. <http://digilib.ui.ac.id> diperoleh tanggal 10 Maret 2015

Pratiwi, Arum. 2008. Pengaruh Relaksasi Progresif terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Skripsi dipublikasikan .Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Profil Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie ,(Merry, 2012, ¶ 2,

<http://sehat-jasmanidanrohani.blogspot.com/p/rsud-aws-samarinda.html>
[diperoleh tanggal 28 Februari 2015](http://sehat-jasmanidanrohani.blogspot.com/p/rsud-aws-samarinda.html))

Ratna, Lilis. 2002. *Teknik-Teknik Konseling*. Yogyakarta: Deepublish

Setiadi, 2007. *Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Graha Ilmu: Yogyakarta

Setiawan, dedi. (2013). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang Inap Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Skripsi tidak dipublikasikan, Samarinda, STIKES Muhammadiyah Samarinda, Samarinda.

Smeltzer, C. Suzanne, dkk, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 8 Vol 1*. Jakarta: EGC.

Sunaryo. 2004. *Psikologi Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Tanjung, Dudut. (2013). *Asuhan Keperawatan Asma Bronkial*. Medan: Perpustakaan Digital.

Teknik Konseling Individu Relaksasi (Luthfifauzan, 2009 ¶ 5,
<http://lutfifauzan.wordpress.com/2009/12/29/teknik-konseling-individu-relaksasi/>
diperoleh tanggal 18 Maret 2015)

Teknik relaksasi progresif untuk mengurangi stress pada penderita Asma Tahun 2014
<http://digilib.UMM.ac.id> diperoleh tanggal 2 Februari 2015

The Effects of training and Progressive Relaxation Exercise on Anxiety Level After Hysterectomy year 2009. *New Journal Medicine*. diperoleh tanggal 10 Maret 2015.

William, Ganong. 2008. *Buku Anatomi Fisiologi Keperawatan*. Jakarta: EGC.