

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Asma adalah suatu gangguan pada saluran bronkhial dengan ciri bronkospasme periodik (kontraksi pada saluran nafas). Asma merupakan penyakit kompleks yang dapat diakibatkan oleh faktor biokimia, endokrin, infeksi, otonomik dan psikologi (Irman 2007).

2. Etiologi

Menurut Irman 2007, Fenomena hiperaktivitas bronkus sering kali terjadi pada semua penderita asma. Bronkus penderita asma sangat peka terhadap rangsang imunologi maupun nonimunologi. Karna sifat tersebut, maka serangan asma mudah terjadi akibat berbagai rangsang baik fisik, metabolisme, kimia, alergen, infeksi dan sebagainya. Faktor penyebab yang sering menimbulkan asma perlu diketahui dan sedapat mungkin dihindarkan, yaitu:

- a. Alergen utama, seperti debu rumah, spora jamur, dan tepung sari rerumputan
- b. Iritan seperti asap, bau-bauan, dan polutan
- c. Infeksi saluran napas terutama yang disebabkan oleh virus
- d. Perubahan cuaca yang ekstrem
- e. Kegiatan jasmani yang berlebihan
- f. Lingkungan kerja
- g. Obat-obatan
- h. Emosi
- i. Lain-lain, seperti gastroesofagus.

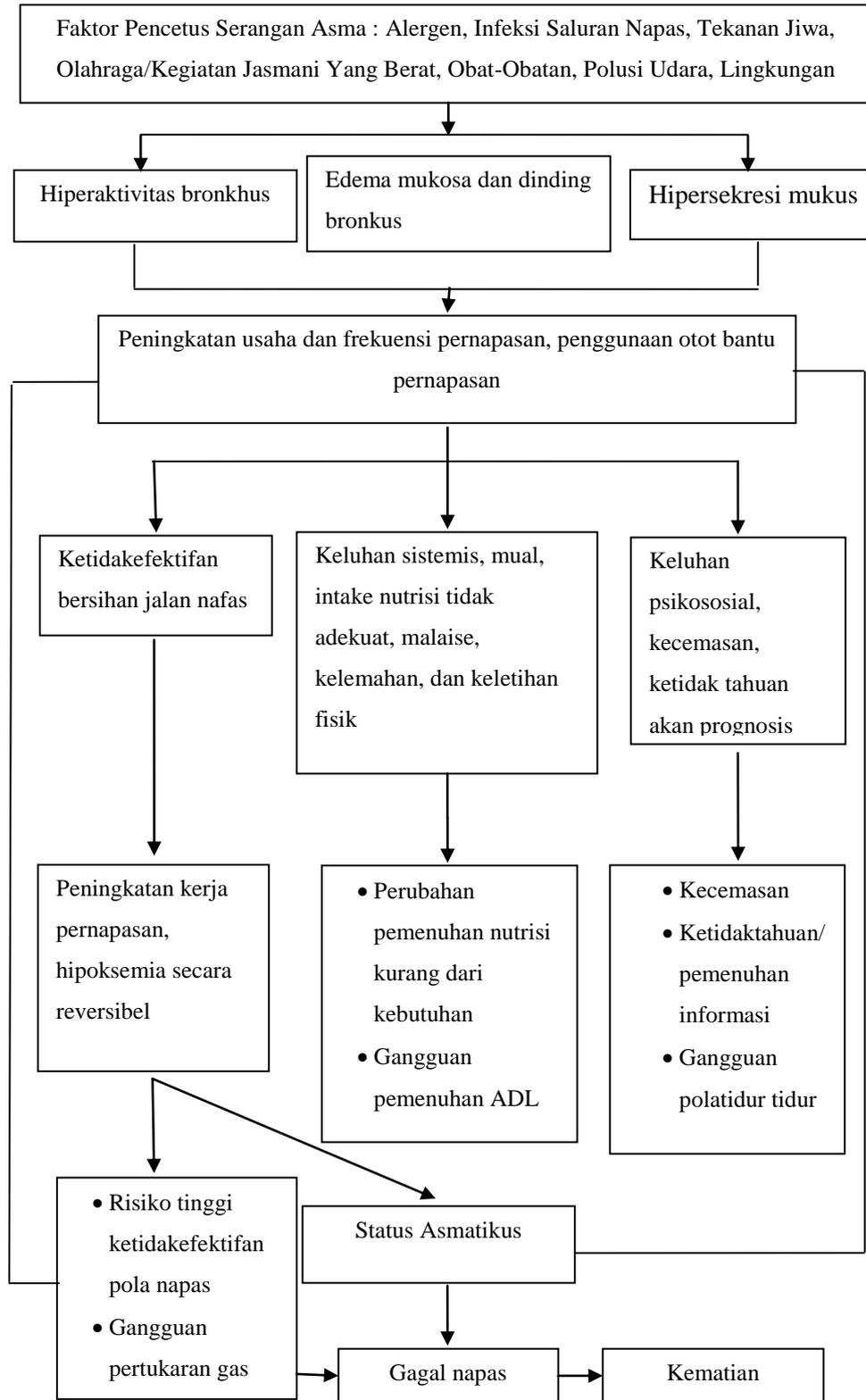
3. Patofisiologi

Menurut Irman, 2007. Asma akibat alergi bergantung kepada respons IgE yang dikendalikan oleh limfosit T dan B serta diaktifkan oleh interaksi antara antigen dengan molekul IgE yang berkaitan dengan sel mast. Sebagian besar alergen yang mencetuskan asma bersifat airborne dan agar dapat menginduksi keadaan sensitivitas, alergen tersebut harus tersedia dalam jumlah banyak untuk periode waktu tertentu.

Obat yang paling sering berhubungan dengan induksi episode akut asma adalah aspirin, bahan pewarna seperti tartazin, antagonis beta-adrenergik, dan bahan sulfat. Klien yang sensitif terhadap aspirin dapat didesentisasi dengan pemberian obat setiap hari. Setelah menjalani bentuk terapi ini, toleransi silang juga akan terbentuk terhadap agen anti-inflamasi non-steroid lain. Mekanisme yang menyebabkan bronkospasme karena penggunaan aspirin dan obat lain tidak diketahui, tetapi mungkin berkaitan dengan pembentukan leukotrien yang diinduksi secara khusus oleh aspirin.

Antagonis β -adrenergik biasanya menyebabkan obstruksi jalan napas pada klien asma, sama halnya dengan klien lain, dapat menyebabkan peningkatan reaktivitas jalan napas dan hal tersebut harus dihindarkan. Pencetus serangan-serangan di atas ditambah dengan pencetus lainnya dari internal klien akan mengakibatkan timbulnya reaksi antigen dan antibodi. Reaksi antigen-antibodi ini akan mengeluarkan substansi pereda alergi yang sebetulnya merupakan mekanisme tubuh dalam menghadapi serangan. Zat yang dikeluarkan dapat berupa histamin, bradikinin, dan anafilatoksin. Hasil dari reaksi tersebut timbulnya tiga gejala, yaitu berkontraksinya otot polos, peningkatan permeabilitas kapiler, dan peningkatan sekret mukus.

Bagan 2.1 Pathway Asma



(Sumber: Muttaqin, 2014)

4. Tanda dan Gejala

Menurut Utama (2018), tanda dan gejala yang muncul yaitu:

- a. Hipoventilasi
- b. Dyspnea
- c. Wheezing
- d. Pusing-pusing
- e. Sakit kepala
- f. Nausea
- g. Peningkatan nafas pendek
- h. Kecemasan
- i. Diaphoresis
- j. Kelelahan

Hipoventilasi merupakan salah satu gejala awal dari asma. Kemudian sesak nafas parah dengan ekspirasi memanjang disertai wheezing (di apeks dan hilus). Gejala utama yang sering muncul adalah dyspnea, batuk dan mengi. Mengi sering dianggap salah satu gejala yang harus ada bila serangan asma muncul. Mengi adalah napas yang berbunyi seperti suling yang menunjukkan adanya penyempitan saluran napas, baik secara fisiologik (oleh karena dahak) maupun secara anatomik (oleh karena konstriksi). Wheezing dapat terjadi secara difusi diseluruh dada seperti pada asma atau secara lokal seperti pada penyumbatan oleh lendir atau benda asing. Wheezing juga dapat timbul saat melakukan kegiatan agak berat. Jika wheezing didahului dengan batuk di malam hari saat tidur, mungkin disebabkan oleh aspirasi refluks esofagus. Wheezing juga dapat disebabkan oleh central venous pooling akibat adanya gagal jantung.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam (Mubarak & Chayatin, 2008) manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis.

Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hirerarki meliputi lima kebutuhan dasar, yakni :

1. Kebutuhan fisiologis (Physiologic Needs)
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (Safety and security)
3. Kebutuhan rasa cinta (Love and Belonging Needs)
4. Kebutuhan harga diri (Self-Esteem Needs)
5. Kebutuhan aktualisasi diri (Need for Self Actualization)

Oksigen merupakan gas yang sangat vital dalam kelangsungan hidup sel dan jaringan tubuh karena oksigen diperlukan unruk proses metbolisme tubuh secara terus-menerus. Oksigen diperoleh dari atmosfer melalui proses bernafas. Di atmosfer, gas selain oksigen juga terdapat karbon dioksida, nitrogen, dan unsur-unsur lain seperti argon dan helium. Pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh sangat ditentukan oleh adekuatnya sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, dan sistem hematologi. Sistem pernafasan atau respirasi berperan dalam menjamin ketersediaan oksigen untuk kelangsungan metbolisme sel-sel tubuh dan pertukaran gas. Melalui peran sistem respirasi oksigen diambil dari atmosfer, ditranspor masuk ke paru-paru dn terjadi pertukaran gas oksigen dengan karbondioksida di alveoli, selanjutnya oksigen akan didifusi masuk kapiler darah untuk dimanfaatkan oleh sel dalam proses metabolisme (Tarwoto & Wartolah, 2011).

Prosedur pemenuhan kebutuhan oksigen dalam pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan pemberian oksigen. Pemberian oksigen berupa pemberian oksigen kedalam paru-paru melalui saluran pernapasan dengan menggunakan alat bantu oksigen. Dapat dilakukan menggunakan tiga cara, yaitu melalui kateter nasal, kanul nasal dan masker oksigen. (Hidayat & Uliyah 2004)

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pertama, mengumpulkan data secara sistematis, kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali (Tarwoto & Wartonah, 2011). Dari pemeriksaan atau data klien menurut Wijaya & Putri (2013):

a. Identitas Klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, ras, dll.

b. Informasi dan diagnosa medik

c. Data riwayat kesehatan

d. Riwayat kesehatan dahulu : pernah atau tidaknya menderita asma sebelumnya, kelelahan yang amat sangat dengan sianosis pada ujung jari.

e. Riwayat kesehatan sekarang : biasanya sesak napas, batuk, lesu, tidak bergairah, pucat, tidak nafsu makan, sakit pada dada dan pada jalan nafas, sesak setelah melakukan aktivitas berat, sesak karena perubahan debu dan udara, batuk dan susah tidur karena nyeri dada.

f. Riwayat kesehatan keluarga : riwayat keluarga (+) asma, riwayat keluarga (+) menderita penyakit alergi.

g. Aktivitas / istirahat

Gejala : keletihan, kelelahan, malaise, ketidak mampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernafas dan ketidak mampuan untuk tidur, dispnea pada saat istirahat dan aktivitas.

h. Sirkulasi

Gejala : pembengkakan pada ekstremitas bawah.

i. integritas ego

Gejala : peningkatan faktor resiko dan perubahan pola hidup.

j. Makanan dan cairan

Gejala : mual atau muntah, nafsu makan menurun dan ketidakmampuan untuk makan.

k. Pernafasan

Gejala : napas pendek, dada rasa tertekan dan ketidakmampuan untuk bernafas, batuk dengan produksi sputum berwarna keputihan, pernapasan cepat, fase ekspirasi panjang, penggunaan otot bantu pernapasan, suara napas wheezing sepanjang area paru pada ekspirasi dan selama inspirasi berlanjut sampai penurunan/ tidak adanya bunyi napas.

l. Keamanan

Riwayat reaksi alergi/sensitif terhadap zat.

m. Seksualitas

Penurunan libido.

n. Pemeriksaan diagnostik

- 1) Sinar X (Ro. Thorax) : Terlihat adanya hiperinflasi paru-paru diafragma mendatar.
- 2) Tes Fungsi Paru : Menentukan penyebab dispnea, volume residu meningkat, FEV1/FVC rasio volume ekspirasi kuat dan kapasitas vital.
- 3) AGD : PaO₂ menurun, PaCO₂ menurun, dan pH normal/meningkat.
- 4) Sputum (Lab) : Menentukan adanya infeksi biasanya pada asma tanpa di sertai infeksi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohmah dan Walid, 2014).

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien yang menderita asma menurut Muttaqin (2014) :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya bronkhokonstriksi, bronkhospasme, edema mukosa dan dinding bronkus serta sekresi mukus yang kental.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot bantu pernafasan.
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan serangan asma menetap.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik umum, kelelahan.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.
- g. Cemas berhubungan dengan ancaman kematian yang dibayangkan.

Sedangkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Apriyani(2015), bahwa diagnosa yg sering muncul yakni: bersihan jalan napas tidak efektif dialami oleh 100% responden, pola napas tidak efektif dialami oleh 100% responden, risiko trauma vascular dialami oleh 100% responden, risiko jatuh dialami oleh 97% responden, defisit perawatan diri: mandi dialami oleh 93% responden, defisit perawatan diri: berpakaian dialami oleh 93% responden, defisit perawatan diri: eliminasi dialami oleh 93% responden, defisit perawatan diri: makan dialami oleh 93% responden, kesiapan peningkatan pengetahuan dialami oleh 90% responden, mual dialami oleh 77% responden, gangguan body image dialami oleh 70% responden, PC: reaksi alergi dialami oleh 33% responden, ansietas dialami oleh 30% responden, ketidakefektifan performa peran dialami oleh 23% responden, ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan dialami oleh 20%

responden, risiko trauma dialami oleh 13% responden, risiko distress spiritual dialami oleh 6% responden.

3. Rencana Keperawatan

Menurut Rohmah & Walid (2014), perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

N O	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkhokonstriksi, bronkhospasme, edema mukosa dan dinding bronkus serta sekresi mukus yang kental.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Batuk tidak efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. <i>Wheezing</i> dan / atau ronchi e. Dispnea f. Sulit bicara g. Ortopnea h. Gelisah i. Siannosis j. Bunyi napas menurun k. Pola napas berubah l. Frekuensi napas berubah 	<p>Bersihan jalan nafas (L.01001)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi pernafasan dalam rentang normal : 16-20x/menit b. Tidak ada dipsnea c. Mampu mengeluarkan sekret dengan batuk efektif d. Pola nafas teratur 	<p>Pemantauan respirasi (I.01014)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi napas b. Monitor pola napas c. Monitor kemampuan batuk efektif d. Auskultasi bunyi napas e. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan f. Berikan oksigen tambahan g. Kolaborasi pemberian obat

1	2	3	4
2.	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot bantu pernafasan Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dispnea b. Ortopnea c. Penggunaan otot bantu pernapasan d. Fase ekspirasi memanjang e. Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes) f. Pernapasan cuping hidung g. Diameter thoraks anterior – posterior meningkat b. Ventilasi semenit turun c. Kapasitas vital menurun d. Tekanan ekspirasi menurun e. Tekanan inspirasi menurun 	<p>Pola napas(L.01004)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi pernafasan dalam rentang normal : 16-20x/menit b. Tidak ada dipsnea c. Kedalaman inspirasi dalam rentang normal d. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 	<p>Management jalan napas (L.01012)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor posisi selang endotrakeal (ETT), terutama setelah mengubah posisi b. Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam c. Monitor kulit area stoma trakeostomi (mis. kemerahan, drainase,perdarahan) d. Pasang oropharingeal airway (OPA) untuk mencegah ETT tergigit e. Ganti fiksasi ETT setiap 24 jam f. Ubah posisi ETT secara bergantian (kiri dan kanan) setiap 24 jam g. Jelaskan pasien dan atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan

1	2	3	4
3.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan serangan asma menetap</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. PCO₂ meningkat/ turun b. PO₂ menurun c. Takikardia d. pH arteri meningkat/ menurun e. Bunyi napas tambahan f. Sianosis g. Diaforesis h. Gelisah i. Napas cuping hidung j. Pola napas abnormal Warna kulit abnormal k. Kesadaran menurun l. Dispnea m. Pusing n. Penglihatan kabur 	<p>Pertukaran Gas (L.01003)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tekanan PaO₂ dalam rentang normal(75-100 mmHg) b. Tekanan PaCO₂ dalam rentang normal(38-42mmHg) c. pH arteri dalam rentang normal (7,38-7,42) d. Tidak ada bunyi naps tambahan e. Tidak ada dispnea f. Tidak ada sianosis g. Kesadaran meningkat 	<p>Pemantauan respirasi (I.01014)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi napas b. Monitor pola napas c. Monitor kemampuan batuk efektif d. Auskultasi bunyi napas e. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan oksigen tambahan jika perlu b. Pertahankan kepatenan jalan napas c. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen d. Monitor kecepatan aliran oksigen
4.	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kram/nyeri abdomen b. Cepat kenyang 	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Membran mukosa lembab b. Nafsu makan meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> c. Nafsu makan menurun d. Berat badan menurun e. Bising usus hiperaktif f. Otot pengunyah lemah g. Otot menelan lemah h. Membran mukosa pucat i. Sariawan j. Serum albumin turun k. Rambut rontok berlebih 	<ul style="list-style-type: none"> c. Tidak ada persaan cepat kenyang d. Tidak ada sariawan 	<p>Makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Monitor asupan makanan d. Monitor berat badan e. Berikan suplemen makanan, jika perlu
5.	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik umum, kelelahan Batasan kelelahan Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengeluh lelah b. Dispnea saat/setelah aktivitas c. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas d. Merasa lemah e. Frekuensi jantung meningkat f. Tekanan darah berubah g. Gambaran EKG menunjukkan aritmia h. Gambaran EKG menunjukkan iskemia i. Sianosis. 	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari b. Jarak berjalan tidak terganggu c. Tdak ada keluhan lelah d. Tidak ada dipsnea setelah aktivitas 	<p>Terapi aktivitas (I.05186)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, perawatan diri), sesuai kebutuhan b. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehar-hari c. Libatkan keluarga jika perlu d. Fasilitasi memilih aktifitas dan tetapkan tujuan

1	2	3	4
			<p>e. Aktifitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</p> <p>f. Fasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>g. Anjurkan terlibat dalam aktifitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p>
6.	<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan</p> <p>Batasan karakteristik</p> <p>a. Mengeluh sulit tidur</p> <p>b. Mengeluh sering terjaga</p> <p>c. Mengeluh tidak puas tidur</p> <p>d. Mengeluh pola tidur berubah</p> <p>e. Mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.</p>	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>a. Pola tidur tidak terganggu</p> <p>Kualitas tidur tidak terganggu</p> <p>b. Tidak ada kesulitan memulai tidur</p> <p>Tidak mengeluh tidak cukup tidur</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>b. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>c. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>d. Identifikasi makanan dan minuman yang</p>

1	2	3	4
			<p>mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>e. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>f. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>g. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p>
7.	<p>Cemas berhubungan dengan ancaman kematian yang dibayangkan</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <p>a. Merasa bingung</p> <p>b. Merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi</p> <p>c. Sulit berkonsentrasi</p> <p>d. Mengeluh pusing</p> <p>e. Anoreksia</p> <p>f. Palpitasi</p> <p>g. Merasa tidak berdaya</p> <p>h. Tampak gelisah</p>	<p>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <p>a. Tidak ada perilaku gelisah</p> <p>b. Tidak ada perilaku tegang</p> <p>c. Mampu berkonsentrasi</p> <p>d. Tidak ada peningkatan tekanan dara</p>	<p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <p>a. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan</p> <p>b. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>c. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah</p>

1	2	3	4
	i. Tampak tegang j. Sulit tidur k. Frekuensi napas meningkat l. Frekuensi nadi meningkat m. Tekanan darah meningkat n. Diaforesis o. Tremor p. Muka pucat q. Suara bergetar r. Kontak mata buruk s. Sering berkemih t. Berorientasi pada masa lalu.	e. Tidak ada peningkatan frekuensi nadi f. Tidak tremor g. Tidak pucat h. Kontak mata baik	dan suhu sebelum dan sesudah latihan d. Anjurkan mengambil posisi nyaman e. Demonstrasikan dan lti teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing f. Monitor respon terhadap relaksasi g. Gunakan pakaian longgar

4. Implementasi

Menurut Tarwoto & Wartonah, 2011. Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi.

Menurut Utama (2018), Penataaksanaan asma dapat dibagi atas:

- a. Pengobatan dengan obat-obatan
 - 1) Beta agonist (beta adrenergenik agent)
 - 2) Methylxanlines (enphy bronkodilator)
 - 3) Anti kolinergik (bronkodilator)
 - 4) Kortikostteroid
 - 5) Mast cell inhibitor (lewat inhalasi)

- b. Tindakan yang spesifik tergantung dari penyakitnya, misalnya:
- 1) Oksigen 4-6 liter/menit
 - 2) Agonis B₂ (salbutamol 5 mg atau veneteror 2,5 mg terbutalin 10 mg) inhalasi nebulezer. Pemberian agonis B₂ mg tau terbutlin 2,5 mg dalam larutan dextrose 5% diberikan perlahan
 - 3) Aminofilin bolus IV 5-6 mg/kg BB
 - 4) Kortikosteroid hidrokortison 100-200 mg

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2016).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

S : Data Subjektif adalah perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : Data ojektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Analisis adalah interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P : Planning adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah dilakukan sebelumnya.