

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Penyakit

##### 1. Pengertian

Asma adalah penyakit obstruksi jalan napas yang ditandai oleh penyempitan jalan napas, penyempitan jalan napas akan mengakibatkan klien mengalami dispnea, batuk, dan mengi. Eksaserbasi akut terjadi dari beberapa menit sampai jam, bergantian dengan periode bebas gejala (Puspasari, 2019:146).

Asma bronkiale adalah penyempitan bronkus yang bersifat reversibel yang terjadi oleh karena bronkus yang hiperaktif mengalami kontaminasi dengan antigen. Masalah pokok bukan saja bronkospasme dari otot, akan tetapi juga adanya edema dan penuhnya mukus di intraluminal dari bronkus yang menyebabkan jalan napas menjadi tersumbat (Rab tabrani, 2017:377).

##### 2. Etiologi

Penyebab mendasar asma tidak sepenuhnya dipahami. Faktor risiko terkuat terjadinya asma adalah kombinasi predisposisi genetik dengan paparan lingkungan terhadap zat dan partikel yang dihirup yang dapat memicu reaksi alergi atau mengganggu saluran napas (Puspasari, 2019:149). Penyebab mendasar asma seperti:

- a. Alergen dalam ruangan (misalnya tungau debu rumah di tempat tidur, karpet dan perabotan boneka, polusi dan bulu binatang peliharaan)
- b. Alergen luar ruangan (seperti serbuk sari dan jamur)
- c. Asap tembakau

d. Iritasi kimia di tempat kerja

e. Polusi udara

Pemicu lainnya bisa termasuk udara dingin, rangsangan emosional ekstrem, seperti kemarahan atau ketakutan, dan latihan fisik. Bahkan, obat tertentu dapat memicu asma, misalnya aspirin dan obat anti-inflamasi non-steroid lainnya, dan beta-blocker (yang digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi, kondisi jantung dan migrain) (WHO, 2014).

### 3. Patofisiologi

Yang sering terserang adalah bronkus dengan ukuran 3-5 mm, akan tetapi distribusinya meliputi daerah yang luas. Walaupun asma pada prinsipnya adalah suatu kelainan pada bagian jalan pernapasan, akan tetapi dapat pula menyebabkan terjadinya gangguan pada bagian fungsional paru (Rab tabrani 2017). Gangguan itu disebabkan oleh karena:

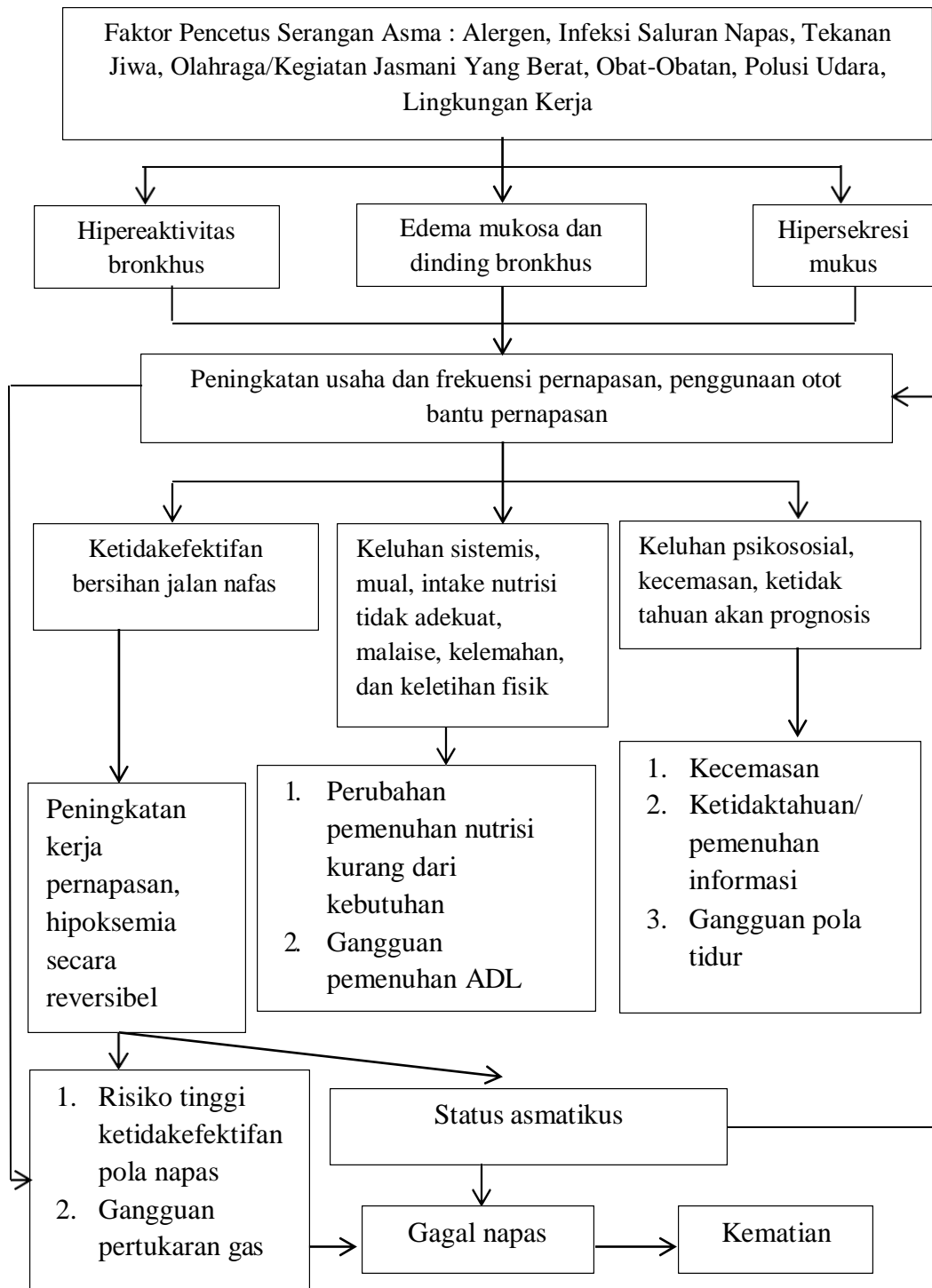
- a. Peningkatan resistensi udara respirasi dimana akan mengganggu rasio ventilasi perfusi.
- b. Terdapatnya *air tapering* (perangkap udara) menyebabkan seolah oleh volume inspirasi lebih besar dari ekspirasi.
- c. Terdapatnya mukus dengan viskositas yang tinggi di dalam lumen bronkus dimana dapat menimbulkan gangguan ventilasi, dapat menyebabkan terjadinya obstruksi total.
- d. Selain bronkospasme dapat pula terjadi edema pada saluran pernapasan yang mana, dapat mengganggu pertukaran gas didalam sistem pernapasan.
- e. Pada setiap serangan yang pertama produksi mukus selalu bertambah.
- f. Infeksi yang menghasilkan eksudat dapat mengganggu bagian jalan pernapasan maupun fungsional dari jaringan.

- g. Pada tingkat permulaan dari suatu asma yang berat  $\text{PaCO}_2$  dan pH darah selalu konstan.

Tingkat kegawatan pada ventilasi perfusi tidak selamanya sebanding dengan tingkat obstruksi. Kadang kadang pemberian bronkodilator menyebabkan terjadinya penurunan  $\text{PaO}_2$  secara tiba-tiba. Hal ini disebabkan oleh karena terjadinya defek ventilasi perfusi.

Penurunan  $\text{PaO}_2$  selain disebabkan karena gangguan ventilasi perfusi, dapat juga disebabkan karena kontraksi dari otot-otot pernapasan. Pada tingkat permulaan jumlah  $\text{CO}_2$  yang dihasilkan dari aktivitas otot-otot pernapasan ini selalu dapat di kompensasi oleh paru-paru. Pada, intensitas serangan yang tinggi dapat terjadi peninggian  $\text{PaCO}_2$  dan penurunan Ph darah.

Bagan 2.1  
Patofisiologi Asma



(Sumber : Muttaqin, 2012)

#### 4. Tanda dan gejala

Menurut Puspasari, 2019. Pada penderita asma biasanya ditemukan gejala , yaitu :

- a. Secara umum asma mempunyai gejala seperti batuk (dengan atau tanpa lendir), dispnea, dan mengi.
- b. Asma biasanya menyerang pada malam hari atau di pagi hari.
- c. Eksaserbasi sering didahului dengan meningkatnya gejala selama berhari hari, tapi bisa juga terjadi secara tiba-tiba.
- d. Pernapasan berat dan mengi.
- e. Obstruksi jalan napas yang memperburuk dispnea.
- f. Batuk kering pada awalnya: diikuti dengan batuk yang lebih kuat dengan produksi sputum berlebih. Gejala tambahan seperti diaforesis, takikardi, dan tekanan nadi yang melebar.

#### **B. Konsep Kebutuhan dasar manusia**

Menurut Abraham Maslow dalam (Mubarak & Chayati, 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 untuk proses metabolisme tubuh secara terus-menerus. Oksigen di peroleh dari atmosfer melalui proses bernapas. Pada 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 pernapasan, sistem kardiovaskuler, dan sistem hematologi. Sistem pernapasan berperan dalam menjamin ketersediaan oksigen untuk kelangsungan metabolisme sel-sel tubuh dan pertukaran gas. Melalui peran sistem respirasi oksigen diambil dari atmosfer, ditranspor masuk ke paru-paru dan terjadi pertukaran gas oksigen dengan karbon dioksida di alveoli, selanjutnya oksigen akan didifusi masuk kapiler darah untuk dimanfaatkan oleh sel dalam proses metabolisme (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Pemenuhan kebutuhan oksigen adalah bagian dari kebutuhan fisiologis menurut Hierarki Maslow, kebutuhan oksigen diperlukan untuk proses kehidupan. Kebutuhan oksigen dalam tubuh harus terpenuhi karena apabila kebutuhan oksigen dalam tubuh berkurang maka akan terjadi kerusakan pada jaringan otak dan apabila hal tersebut berlangsung lama akan terjadi kematian. Masalah kebutuhan oksigen merupakan masalah pertama dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Hal ini telah terbukti pada seseorang yang kekurangan oksigen akan mengalami hipoksia dan akan terjadi kematian. Proses pemenuhan kebutuhan oksigen pada manusia dapat dilakukan dengan cara pemberian oksigen melalui saluran pernapasan, membebaskan saluran pernapasan dari sumbatan yang menghalangi masuknya oksigen, memulihkan dan memperbaiki organ pernapasan agar berfungsi secara normal. Prosedur pemenuhan oksigen dalam pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan pemberian oksigen dengan menggunakan kanula dan masker, fisioterapi dada, dan cara penghisapan lender (*suction*) (Hidayat & Uliyah, 2012).

## C. Proses Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual (Tarwoto & Wartonah, 2015). 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, ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernafas dan ketidakmampuan 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.

j. Keamanan

Riwayat reaksi alergi/sensitif terhadap zat.

k. Seksualitas

Penurunan libido.

l. 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 :

PaO<sub>2</sub> menurun, PaCO<sub>2</sub> menurun, dan pH normal/meningkat.

4) Sputum (Lab) :

Menentukan adanya infeksi biasanya pada asma tanpa di sertai infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Carpenito dalam (Tarwoto & Wartonah, 2015) . Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawab.



Dalam penelitian Apriyani Heni (2015 Vol. XI No.1) di ruang paru sebuah rumahsakit, penelitian dengan rancangan deskriptif dilakukan selama 1 bulan, terhadap 30 responden pasien dengan gangguan pernapasan menggunakan *accidental sampling* dan 2 responden perawat untuk menegakan diagnosis keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya 2 diagnosis keperawatan yang ditegakkan oleh perawat ruangan yaitu Bersihan jalan napas tidak efektif dan Pola napas tidak efektif. Sedangkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan peneliti lebih beragam meliputi aspek biopsikososial spiritual. Bersihan jalan napas tidak efektif dialami oleh 100% responden, pola napas tidak efektif 100% responden, risiko trauma vascular dialami oleh 100% responden, defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan dan eliminasi, dialami oleh 93% responden, kesiapan meningkatkan pengetahuan dialami oleh 90% responden, mual dialami oleh 77% responden, gangguan *body image* dialami oleh 70% responden.

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien yang menderita asma menurut Muttaqin (2012) :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya bronkhokonstriksi, bronkhospasme, edema mukosa dan dinding bronkus serta sekresi mukus yang kental. Dalam SDKI (2016) batasan karakteristik untuk diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif, yaitu : batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, *wheezing* dan /atau ronchi kering, dispnea, sulit bicara, ortopnea, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot bantu pernafasan. Dalam SDKI (2016) batasan karakteristik untuk diagnosa pola napas tidak efektif, yaitu : dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, *cheyne-stokes*), pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior –posterior meningkat, ventilasi semenit turun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan serangan asma menetap. Dalam SDKI (2016) batasan karakteristik untuk diagnosa gangguan pertukaran gas, yaitu :  $PCO_2$  meningkat/turun,  $PO_2$  menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan, sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun, dispnea, penglihatan kabur, pusing.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan. Dalam SDKI (2016) batasan karakteristik untuk diagnosa defisit nutrisi, yaitu : otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebih, diare.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik umum, kelelahan. Dalam SDKI (2016) batasan karakteristik untuk diagnosa intoleransi aktivitas, yaitu : mengeluh lelah, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, frekuensi jantung meningkat, tekanan darah berubah, gambaran EKG menunjukkan aritmia, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Dalam SDKI (2016) batasan karakteristik untuk diagnosa gangguan pola tidur, yaitu : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.
- g. Cemas berhubungan dengan ancaman kematian yang dibayangkan. Dalam SDKI (2016) batasan karakteristik untuk diagnosa cemas, yaitu : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

- h. Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi yang tidak adekuat mengenai proses penyakit dan pengobatan. Dalam SDKI (2016) batasan karakteristik untuk diagnosa kurang pengetahuan, yaitu : menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku yang berlebih (misalnya, apatis, bermusuhan, agitasi, histeria).

### 3. Rencana Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017 ).

Tabel 2.1  
Rencana Keperawatan

| NO | DIAGNOSA<br>KEPERAWATAN   | NOC  | NIC   |
|----|---|--|---|
| 1  | 2   | 3  | 4   |
| 1. | <p>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkhokonstriksi, bronkhospasme, edema mukosa dan dinding bronkus serta sekresi mukus yang kental</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Batuk tidak efektif</li> <li>b. Tidak mampu batuk</li> <li>c. Sputum berlebih</li> <li>d. <i>Wheezing</i> dan /atau ronchi kering</li> <li>e. Dispnea</li> <li>f. Sulit bicara</li> <li>g. Ortopnea</li> <li>h. Gelisah</li> <li>i. Siannosis</li> </ul> | <p><b>Status Pernafasan :</b></p> <p><b>Kepatenan Jalan Nafas (0410)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi pernafasan dalam rentang normal : 16-24x/menit</li> <li>b. Irama pernafasan teratur</li> <li>c. Mampu mengeluarkan sekret</li> <li>d. Tidak ada suara nafas tambahan: <i>wheezing</i>, ronchi, crackles, stridor</li> <li>e. Dispnea berkurang</li> </ul> | <p><b>Manajemen Jalan Nafas (3140)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>b. Lakukan fisioterapi dada</li> <li>c. Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk</li> <li>d. Instruksikan bagaimana cara agar bisa melakukan batuk efektif</li> <li>e. Auskultasi suara nafas</li> <li>f. Kelola pemberian bronkodilator</li> <li>g. Kelola nebulizer sebagaimana mestinya</li> </ul> |

| 1  | 2  | 3  | 4  |
|----|--|--|--|
|    |  |  | <p><b>Monitor Pernafasan (3350)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor kecepatan, irama dan kesulitan bernafas</li> <li>b. Monitor suara nafas tambahan seperti <i>wheezing</i>, ronchi, crackles, stridor</li> <li>c. Monitor pola nafas seperti takipnea, bradipnea, dan hiperventilasi</li> <li>d. Monitor keluhan sesak pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak</li> <li>e. Berikan bantuan terapi</li> <li>f. nafas (misalnya, oksigen, nebulizer)</li> </ul> |
| 2. | <p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot bantu pernafasan</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dispnea</li> <li>b. Ortopnea</li> <li>c. Penggunaan otot bantu pernapasan</li> </ul> | <p><b>Status Pernafasan (0415)</b></p> <p>Frekuensi pernafasan dalam rentang normal : 16-24x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Irama pernafasan teratur</li> <li>b. Tidak ada dispnea</li> <li>c. Tidak ada batuk</li> </ul> | <p><b>Manajemen Asma (3210)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dapatkan pengukuran spirometri (rasio FEV1, FVC, FEV1/FVC) sebelum dan setelah penggunaan bronkodilator</li> <li>b. Ajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu</li> <li>c. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> </ul>  |

| 1 | 2  | 3   | 4  |
|---|--|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Fase ekspirasi memanjang</li> <li>e. Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, <i>cheyne-stokes</i>)</li> <li>f. Pernapasan cuping hidung</li> <li>g. Diameter thoraks anterior – posterior meningkat</li> <li>h. Ventilasi semenit turun</li> <li>i. Kapasitas vital menurun</li> <li>j. Tekanan ekspirasi menurun</li> <li>k. Tekanan inspirasi menurun</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Tidak ada suara nafas tambahan: <i>wheezing</i>, ronchi, crackles, stridor</li> <li>e. Kedalaman inspirasi dalam rentang normal</li> <li>f. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Berikan pengobatan dengan tepat sesuai kebijakan dan prosedur</li> <li>e. Kelola nebulizer sebagaimana mestinya</li> <li>f. Catat kapan terjadinya, karakteristik dan durasi batuk</li> </ul> <p><b>Monitor Pernafasan (3350)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas</li> <li>b. Monitor suara nafas tambahan seperti <i>wheezing</i>, ronchi, crackles, stridor</li> <li>c. Monitor pola nafas seperti takipnea, bradipnea, hiperventilasi</li> <li>d. Monitor keluhan sesak pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak</li> <li>e. Berikan bantuan terapi nafas (misalnya, oksigen, nebulizer)</li> <li>f. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> </ul> |

| 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"> <li>a. PCO<sub>2</sub> meningkat/ turun</li> <li>b. PO<sub>2</sub> menurun</li> <li>c. Takikardia</li> <li>d. pH arteri meningkat/ menurun</li> <li>e. Bunyi napas tambahan</li> <li>f. Sianosis</li> <li>g. Diaforesis</li> <li>h. Gelisah</li> <li>i. Napas cuping hidung</li> <li>j. Pola napas abnormal</li> <li>k. Warna kulit abnormal</li> <li>l. Kesadaran menurun</li> <li>m. Dispnea</li> </ul> | <p><b>Status Pernafasan :</b></p> <p><b>Pertukaran Gas (0402)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan PaO<sub>2</sub> dalam rentang normal(75-100 mmHg)</li> <li>b. Tekanan PaCO<sub>2</sub> dalam rentang normal(38-42mmHg)</li> <li>c. pH arteri dalam rentang normal (7,38-7,42)</li> <li>d. Saturasi oksigen dalam rentang normal(95-100%)</li> <li>e. Tidak ada dispnea</li> <li>f. Tidak ada sianosis</li> </ul> | <p><b>Manajemen Jalan Nafas (3140)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>b. Lakukan fisioterapi dada</li> <li>c. Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk</li> <li>d. Instruksikan bagaimana cara agar bisa melakukan batuk efektif</li> <li>e. Auskultasi suara nafas</li> <li>f. Kelola pemberian bronkodilator</li> <li>g. Kelola nebulizer sebagaimana mestinya</li> </ul> <p><b>Terapi Oksigen (3320)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>b. Berikan oksigen tambahan</li> <li>c. Monitor aliran oksigen</li> <li>d. Rubah pemberian oksigen dari masker ke nasal kanul saat makan</li> <li>e. Sediakan oksigen ketika pasien dibawa/ dipindahkan</li> </ul> |

| 1  | 2  | 3   | 4  |
|----|--|---|--|
|    | n. Pusing<br>o. Pengelihatan kabur   |   | <b>Monitor Pernafasan (3350)</b><br>a. Monitor kecepatan, irama dan kesulitan bernafas<br>b. Monitor suara nafas tambahan seperti <i>wheezing</i> , ronchi, crackles, stridor<br>c. Monitor saturasi oksigen<br>d. Monitor pola nafas seperti : takipnea, bradipnea, hiperventilasi<br>e. Monitor keluhan sesak pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak<br>f. Berikan bantuan terapi nafas (misalnya, oksigen, nebulizer) |
| 4. | Defisit Nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan<br>Batasan karakteristik :<br>a. Cepat kenyang<br>b. Kram/nyeri abdomen<br>c. Nafsu makan | <b>Status Nutrisi (1004)</b><br>a. Asupan gizi terpenuhi<br>b. Asupan makanan terpenuhi<br>c. Asupan cairan terpenuhi | <b>Manajemen Gangguan Makan (1030)</b><br>a. Tentukan pencapaian berat badan harian sesuai keinginan<br>b. Monitor perilaku pasien yang berhubungan dengan pola makan<br>c. Monitor berat badan secara rutin   |



| 1 | 2  | 3   | 4   |
|---|--|---|---|
|   | <p>Menurun</p> <p>d Berat badan menurun</p> <p>e Bising usus hiperaktif</p> <p>f Otot pengunyah lemah</p> <p>g Otot menelan lemah</p> <p>h Membran mukosa pucat</p> <p>i Sariawan</p> <p>j Serum albumin turun</p> <p>k Rambut rontok berlebih</p> <p>l Diare.</p> | <p><b>Status Nutrisi :</b></p> <p><b>Asupan Nutrisi (1009)</b></p> <p>a. Asupan kalori terpenuhi</p> <p>b. Asupan protein terpenuhi</p> <p>c. Asupan karbohidrat terpenuhi</p> <p>d. Asupan serat terpenuhi</p> <p>e. Asupan vitamin terpenuhi</p> <p>f. Asupan kalsium terpenuhi</p> | <p><b>Manajemen Nutrisi (1100)</b></p> <p>a. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi</p> <p>b. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan</p> <p>c. Tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien</p> <p>d. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi</p> <p>e. Pastikan makanan disajikan secara menarik dan pada suhu yang paling cocok</p> <p><b>Bantu Peningkatan Berat Badan (1240)</b></p> <p>a. Diskusikan kemungkinan penyebab berat badan berkurang</p> <p>b. Monitor mual muntah</p> <p>c. Kaji penyebab mual muntah dan tangani dengan tepat</p> <p>d. Dukung peningkatan asupan kalori</p> |

| 1  | 2   | 3   | 4   |
|----|---|---|---|
|    |   |   | e. Kaji makanan kesukaan pasien<br>f. Sediakan suplemen makanan jika Diperlukan   |
| 5. | Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik umum, keletihan<br>Batasan karakteristik :<br>a. Mengeluh lelah<br>b. Dispnea saat/setelah aktivitas<br>c. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas<br>d. Merasa lemah<br>e. Frekuensi jantung meningkat<br>f. Tekanan darah berubah | <b>Toleransi Terhadap Aktivitas (0005)</b><br>a. Kemudahan bernafas ketika beraktifitas tidak terganggu<br>b. Kemudahan dalam melakukan Aktivitas Hidup Harian ( <i>Activities of daily Living/ ADL</i> ) tidak terganggu<br>c. Klien mampu untuk berbicara ketika melakukan aktivitas fisik<br>d. Jarak berjalan tidak terganggu | <b>Terapi Aktivitas (4310)</b><br>a. Bantu klien mengeksplorasi tujuan dan aktivitas yang biasa dilakukan<br>b. Bantu pasien identifikasi aktivitas yang diinginkan<br>c. Bantu klien dan keluarga mengidentifikasi kelemahan beraktifitas<br>d. Dorong aktivitas kreatif yang tepat<br><br><b>Manajemen Energi (0180)</b><br>a. Anjurkan aktivitas fisik sesuai kemampuan pasien<br>b. Bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan<br>c. Evaluasi secara bertahap peningkatan aktivitas pasien |

| 1  | 2  | 3  | 4   |
|----|--|--|---|
|    | g. Gambaran EKG menunjukkan aritmia<br>h. Gambaran EKG menunjukkan iskemia<br>i. Sianosis.   |  |   |
| 6. | Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan<br>Batasan karakteristik :<br>a. Mengeluh sulit tidur<br>b. Mengeluh sering terjaga<br>c. Mengeluh tidak puas tidur<br>d. Mengeluh pola tidur berubah<br>e. Mengeluh istirahat tidak cukup<br>f. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. | <b>Tidur (0004)</b><br>a. Jam tidur dalam rentang normal : 7-8 jam<br>b. Pola tidur tidak terganggu<br>c. Kualitas tidur tidak terganggu<br>d. Tidak ada kesulitan memulai tidur | <b>Peningkatan Tidur (1850)</b><br>a. Jelaskan pentingnya tidur<br>b. Monitor pola tidur dan jumlah jam tidur<br>c. Bantu untuk menghilangkan situasi stres sebelum tidur dengan nafas dalam<br>d. Anjurkan pasien untuk menghindari makan dan minum yang dapat mengganggu tidur<br>e. Anjurkan untuk tidur siang<br>f. Terapkan langkah-langkah kenyamanan ( pijat, posisi dan sentuhan)<br>g. Sesuaikan lingkungan (cahaya, kebisingan, suhu) |

| 1 | 2  | 3   | 4  |
|---|--|---|--|
| 7 | <p>Cemas berhubungan dengan ancaman kematian yang dibayangkan</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa bingung</li> <li>b. Merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi</li> <li>c. Sulit berkonsentrasi</li> <li>d. Mengeluh pusing</li> <li>e. Anoreksia</li> <li>f. Palpitasi</li> <li>g. Merasa tidak berdaya</li> <li>h. Tampak gelisah</li> <li>i. Tampak tegang</li> <li>j. Sulit tidur</li> <li>k. Frekuensi napas meningkat</li> <li>l. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>m. Tekanan darah meningkat</li> <li>n. Diaforesis</li> <li>o. Tremor</li> <li>p. Muka pucat</li> <li>q. Suara bergetar</li> <li>r. Kontak mata buruk</li> <li>s. Sering berkemih</li> <li>t. Berorientasi pada masa lalu.</li> </ul> | <p><b>Tingkat Kecemasan (1211)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak ada perasaan gelisah</li> <li>b. Tidak ada wajah tegang</li> <li>c. Masalah perilaku tidak terganggu</li> <li>d. Mampu berkonsentrasi</li> <li>e. Tidak ada peningkatan tekanan darah</li> <li>f. Tidak ada peningkatan frekuensi nadi</li> <li>g. Tidak ada berkeringat dingin</li> </ul> | <p><b>Pengurangan Kecemasan (5820)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan</li> <li>b. Berikan informasi aktual terkait diagnosis, perawatan dan prognosis</li> <li>c. Berada disisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan</li> <li>d. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</li> <li>e. Dengarkan klien</li> <li>f. Identifikasi saat terjadi perubahan tingkat kecemasan</li> <li>g. Bantu klien untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>h. Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>i. Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan.</li> </ul> |

| 1  | 2  | 3  | 4   |
|----|--|--|---|
| 8. | <p>Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi yang tidak adekuat mengenai proses penyakit dan pengobatan, yaitu :</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menanyakan masalah yang dihadapi</li> <li>Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> <li>Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat</li> <li>Menunjukkan perilaku yang berlebih</li> </ol> | <p><b>Pengetahuan :<br/>Manajemen Asma<br/>(1832)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mampu mengetahui tanda dan gejala asma</li> <li>Mampu mengetahui manajemen penyakit</li> <li>Mampu mengetahui penyebab dan faktor-faktor yang berkontribusi</li> <li>Mampu mengetahui komplikasi potensial asma</li> <li>Mengetahui terapi obat yang digunakan</li> </ol> | <p><b>Manajemen Asma (3210)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan penggunaan pengobatan dan alat</li> <li>Ajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu</li> <li>Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>Bantu untuk mengenal tanda dan gejala sebelum terjadi reaksi asma</li> </ol> <p><b>Pengajaran : Proses<br/>Penyakit(5602)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakit</li> <li>Jelaskan patofisiologi penyakit</li> <li>Identifikasi kemungkinan penyebab</li> <li>Jelaskan komplikasi yang mungkin ada</li> </ol> |

#### 4. Implementasi keperawatan

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015), Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi.

Perencanaan yang dapat diimplementasikan tergantung pada aktivitas berikut ini :

- a. Kesiambungan pengumpulan data
- b. Penentuan prioritas
- c. Bentuk intervensi keperawatan
- d. Dokumentasi asuhan keperawatan
- e. Pemberian catatan perawatan secara verbal
- f. Mempertahankan rencana pengobatan.

Menurut Wahid & Suprpto (2013), Penatalaksanaan asma, yakni :

- 1) Pengobatan farmakologi
  - a). Bronkodilator : obat yang melebarkan saluran nafas.
  - b). Ketolifen : pencegah terhadap asma
  - c). Kortikosteroid hidrokortison
- 2) Pengobatan non farmakologik
  - a). Memberikan penyuluhan
  - b). Menghindari faktor pencetus
  - c). Pemberian cairan
  - d). Fisioterapi nafas (senam asma)
  - e). Pemberian oksigen bila perlu

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Tarwoto & Wartonah, 2015)

Dalam buku Suarni Lisa & Apriyani Heni (2017) untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi dengan cara

membandingkan SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan :

S : Subjektif adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

O : Objektif adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakuakn oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A : Analisis adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P : Planing adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.