BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Menurut Nurarif & Kusuma (2013), asma adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitas karena hiperaktifitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat sementara. Asma dibedakan menjadi dua jenis yaitu:

a. Asma bronkhial, penderita asma bronkeal, hipersensitif dan hiperaktif terhadap rangsaan dari luar, seperti debu rumah, bulu binatang, asap, dan bahan lain penyebab alergi. Gejala kemunculannya sangat mendadak, sehingga gangguan asma bisa datang secara tiba-tiba. Jika tidak mendapat pertolongan secepatnya, risiko kematian bisa datang. Gangguan asma bronkhial juga bisa muncul antara adanya radang yang mengakibatkan penyempitan saluran pernafasan bagian bawah. Penyempitan ini akibat berkerutnya otot polos saluran pernafasan, pembengkakkan selaput lendir dan pembentukan timbunan lendir yang berlebihan.

b. Asma kardial, asma yang timbul akibat adanya kelainan jantung. Gejala asma kardial biasanya terjadi pada malam hari disertai sesak

nafas yang hebat. Kejadian ini disebut nokturnal paroxymul dispnea. Biasanya terjadi pada saat penderita sedang tidur.

Asma bronkhial adalah suatu gangguan pada saluran bronkhial yang mempunyai ciri bronkospasme periodic (kontraksi spasme pada saluran nafas) terutama pada percabangan trakreaobronkial yang dapat diakibatkan oleh berbagai stimulus seperti oleh faktor, biokemikal, endokrin, infeksi, otonomi, dan psikologi (Soemantri, 2012).

Asma bronkhial adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu yang menyebabkan peradangan. Penyempitan ini bersifat berulang namun reversibel dan diantara episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal (Nurarif & Kusuma, 2016).

2. Etiologi

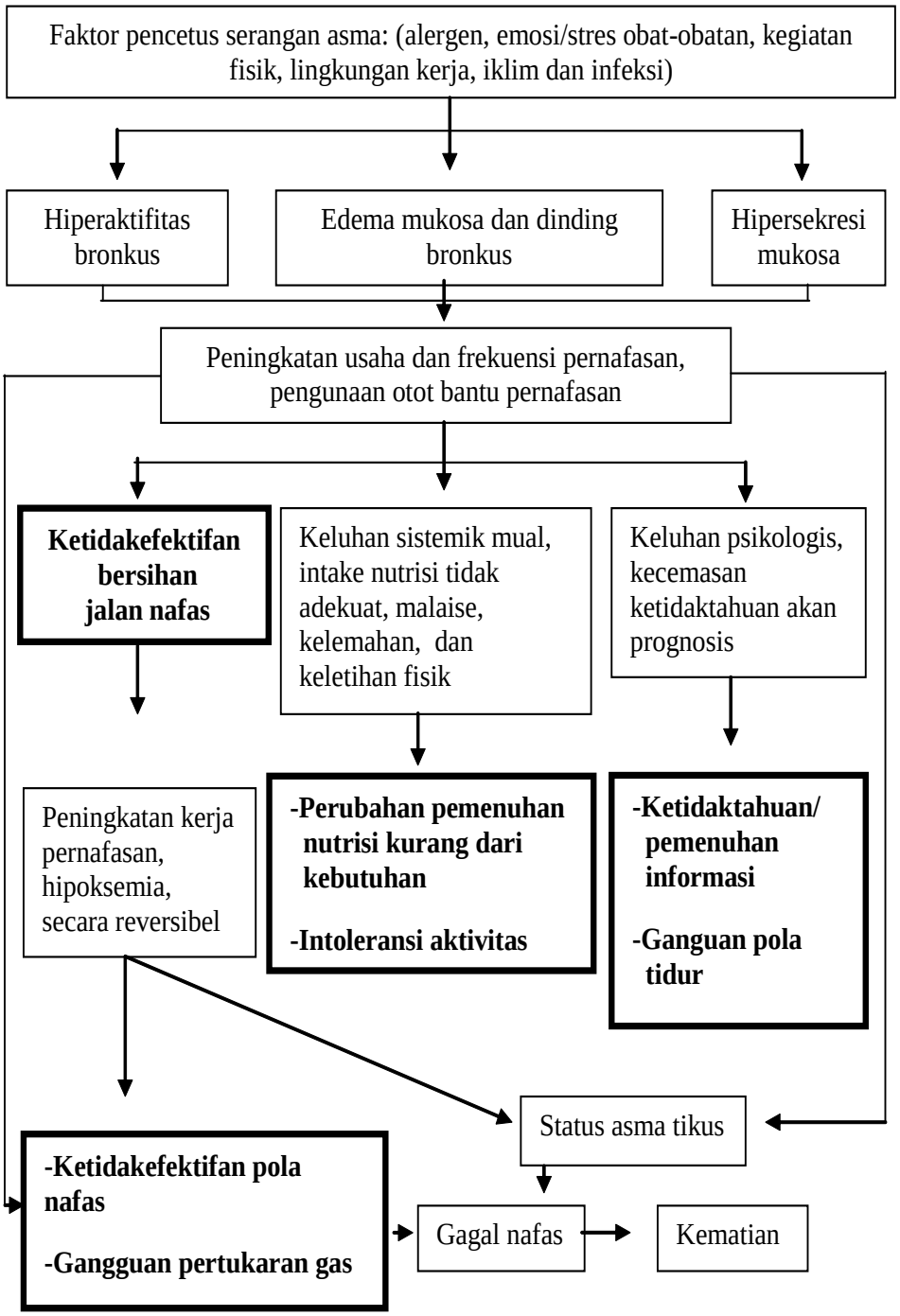
Nurarif & Kusuma (2013), menjelaskan penderita asma perlu mengetahui dan menghindari rangsangan atau pencetus yang dapat menimbulkan asma adalah infeksi saluran nafas terutama yang disebabkan oleh virus influenza. Perubahan- perubahan cuaca seperti tekanan udara dan perubahan suhu, alergen utama, seperti debu rumah, spora jamur, kapuk, tungau, sisa-sisa serangga mati, bulu binatang, serbuk sari, polutan dan uap cat. Makanan seperti putih telur, susu sapi, kacang tanah, coklat, biji-bijian dan tomat, kegiatan-kegiatan fisik yang berlebihan seperti olahraga berat, tertawa terbahak bahak, serta pengaruh dari lingkungan kerja, emosi dan penggunaan obat seperti aspirin.

3. Patofisiologi

Menurut Price & Wilson (2012), manifestasi klinis asma mudah dikenali. Setelah klien terpajan alergen penyebab atau faktor pencetus segera akan timbul dispnea. Pasien merasa tercekik dan harus berdiri atau duduk dan berusaha penuh mengerahkan tenaga untuk bernafas, kesulitan utama terletak pada saat melakukan ekspirasi. Percabangan terakeobronkeal melebar dan memanjang selama inspirasi, tetapi sulit untuk memaksakan udara keluar dari bronkeolus yang sempit, mengalami edema dan terisi mukus yang dalam keadaan normal akan berkontraksi samapai tingkatan tertentu pada ekspirasi. Udara terperangkap pada bagian distal penyumbatan sehingga terjadi hiperinflasi progresif paru akan timbul mengi ekspirasi memanjang yang merupakan ciri khas asma sewaktu klien berusaha memaksakan udara keluar. Serangan asma seperti ini dapat berlangsung beberapa menit samapai beberapa jam di ikuti batuk produktif dengan sputum berwarna keputih. Secara skematik patofisiologi terjadinya asma bronkhial digambarkan pada bagan 2.1.

Bagan 2.1

Patofisiologi Asma Bronkial



(Sumber: Muttaqin, 2012)

4. Tanda dan Gejala

Menurut Francis (2011), manifestasi klinis pada asma bronkial meliputi adanya keluhan sebagai berikut, pederita bernafas cepat dan dalam, nafas pendek, sesak nafas, adanya *wheezing*, batuk, ada sebagian mengeluh nyeri dada, peningkatan produksi sputum, ganguan kesadaran, takikardi dan duduk dengan menyanggah kedepan, serta, bernapas dengan menggunakan otot-otot napas tambahan.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Medical Service And Training (2019), pemeriksaan diagnostik untuk penderita asma terdiri dari:

a. Pemeriksaan faal paru atau spirometri dalam pengukuran saturasi oksigen arteri yang digunakan untuk memeriksa kondisi dan fungsi saluran pernafasan, dalam tes ini mengukur jumlah dan kecepatan udara yang dihirup dan dihembuskan klien akan diukur. Pengukuran ini sangat direkomendasikan karena menunjukan derajat berat asma akut terutama derajat hipoksemia. Pemeriksaan faal dilakukan sebelum pengobatan awal tanpa menunda pengobatan.
b. Foto thoraks bukan merupakan pemeriksaan rutin kecuali jika ada kemungkinan poses komplikasi jantung paru, pasien yang akan dirawat atau klien yang tidak respon terhadap pengobatan kemungkinan terjadi peneumotorak yang sulit didiagnosi.
a. Analisa gas darah (AGD) bukan merupkan pemriksaan rutin kecuali bila APE 30-50% prediksi, pasien yang tidak respon terhadap

pengobatan awal atau bila terjadi perburukan. Klien harus terus mendapatkan oksigen saat pemeriksaan AGD dilakukan.

6. Penatalaksanaan Medis

Menurut Francis (2011), penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada penderita asma, yaitu Pengobatan bronkodilator, Kartikostreroid inhalasi dan Anti-lekotrien. Bronkodilator ini memberikan efek antibronkokontriksi dan akan menyebabkan pemulihan segera dari obstruksi jalan nafas. Obat-obat bronkodiltor yang sering digunakan, yakni salbutamol, aminofilin, teofilin dan ipratropium bromida Kartikostreroid memberikan efek menurankan proses inflamasi pada asma obat-obatan ini memiliki efek langsung terhadap banyak sel. Obat-obatan kartikostreroid inhalasi yang sering digunakan, yakni budesonid, betametason, flutikason. Anti-lekotrien (misalnya obat mentlukas, zafirlukas).

7. Komplikasi

Menurut Francis (2011), komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita asma, yaitu: peneumonia (infeksi paru-paru), peneumotorax (kolaps sebagian atau seluruh paru-paru) dan kegagalan pernafasan atau status asma tikus (serangan asma berat yang tidak berespon terhadap pengobatan).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Teori keperawatan Virginia mendefinisikan keperawatan sebagai: membantu individu sakit dan sehat dalam melaksanakan aktivitas yang memiliki konstribusi terhadap kesehatan dan penyembuhannya. Individu tersebut akan mampu mengerjakannya tanpa bantuan bila ia memiliki kekuatan, kemauan, dan pengetahuan yang dibutuhkan.

Hal ini dilakukan dengan cara membatu mendapatkan kembali kemandiriannya secepat mungkin. Kebutuhan dasar berikut ini, sering disebut 14 Kebutuhan Dasar Henderson. Memberikan kerangka kerja dalam melakukan asuhan keperawatan sebagai berikut, bernafas secara normal, makan dan minum cukup, eliminasi, bergerak dan mempertahankan posisi yang dikehendaki, istirahat dan tidur, memilih cara berpakaian; berpakaian dan melepaskan pakaian, mempertahankan tempratur suhu dalam rentan normal, menjaga tubuh agar tetap bersih dan rapi, menghindari bahaya dari lingkungan, berkomunikasi dengan orang lain, beribadah menurut keyakinan, berkerja dan menjanjikan prestasi, bermain dan berpartisipasi dalam bentuk rekreasi, belajar mengggali atau memuaskan rasa ingin keingintahuan yang mengacu pada perkembangan dan kesehatan normal (Wahyudi & Wahid, 2016).

Oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling mendasar yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan aktivitas sebagai organ dan sel tubuh (Andarmoyo, 2012). Fisiologi respirasi adalah pertukaran gas - gas pernafasan terjadi antara lingkungan dan

darah, memindahkan dari atmosfer ke alveoli, dimana oksigen ditukar menjadi karbon dioksida. Alveoli memindahkan oksigen dan karbon dioksida ke dan dari darah mealuli membrane kapiler alveolar. Ada tiga langkah dan proses oksigenasi, yaitu : ventilasi, difusi dam perfusi.

Ventilasi adalah proses perpindahan gas - gas ke dalam dan ke luar paru-paru. Ventilasi memerlukan kerjasama antara otot dan elastisitas dari paru-paru serta toraks, begitu juga dengan persarafannya. Otot inspirasi pernafasan utama adalah diafragma. Diafragma dipersarafi oleh nervus frenikus, yang terletak di korda spinalis vertebra servikal ke empat.

Pertukaran gas respirasi (difusi) adalah suatu proses pertukaran gas - gas respirasi dalam alveoli dan kapiler-kapiler jaringan tubuh. Difusi gas terjadi di membran kapiler kapiler alveolar. Ketebalan membran dapat mempengaruhi kecepatan proses difusi. Sedangkan perfusi adalah kemampuan untuk memindahkan gas-gas pernafasan dari satu area ke area lain. Transpor oksigen terdiri atas paru dan sisitem kardiovaskuler. Penyampaian tergantung pada jumlah oksigen yang masuk ke paru- paru (ventilasi), darah mengalir ke paru-paru dan ke jaringan (perfusi), kecepatan difusi serta kapasitas kandungan oksigen. Agar pertukaran gas-gas respirasi dapat terjadi, maka organ-organ, persarafan dan otot-otot pernafasan harus baik dan diperlukan sistem pernafasan (Tarwoto Dan Wartonah, 2011).

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian merupakan peroses pengumpulan data yang dilaksanakan dengan berbagai cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll) untuk mendapatkan informasi tentang kondisi klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuan dasar.

Tahapan ini sangat penting karena menjadi dasar untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Data yang dikumpulkan adalah data tentang bagaimana pemenuhan kebutuan dasar klien, baik kebutuan fisiologi, contoh: nutrisi, rasa nyaman, eliminasi, dll maupun kebutuan psikologis: harga diri kebutuhan dicintai (Suarni & Apriyani, 2017).

Menurut Tarwoto & Wartonah (2011), tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses terorganisasi, dan memuat tiga aktivitas dasar yaitu pertama, mengumpulkan data secara sistematis, kedua, memilah dan menyerahkan data yang dikumpulkan dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format, sebagai berikut indetifikasi data klien, riwayat kesehatan ada atau tidak riwayat penyakit asma sebelumnya dan gaya hidup klien, riwayat penyakit sekarang ada tidak perubahan pola nafas, mengalami batuk dengan sputum atau tidak dengan sputum, terdengar suara nafas tambahan seperti *wheezing* dan mengalami nyeri dada, aktivitas /

istirahat, kelelahan, malaise, dispnea setelah melakukan aktivitas, ketidakmampuan untuk tidur dan tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari karena sesak nafas.

Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan dari kepala sampai ke kaki melalui teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, yaitu mata inspeksi konjungtiva pucat (karena anemia), konjungtiva sianosis (karena hipoksemia), kulit sianosis perifer (vasokonstriksi dan menurunnya aliran darah perifer), sianosis secara umum (hipoksemia), penurunan turgor (dehidrasi), jari dan kuku: sianosis, mulut dan bibir: membran mukosa sianosis , hidung: pernapasan dengan cuping hidung, vena leher adanya distensi / bendungan, dada adanya retraksi otot bantu pernapasan (dispnea, pernapasan, obstruksi jalan pernapasan), pergerakan tidak simetris antara dada kiri dan dada kanan, nafas pendek, suara napas tidak normal (*ronkhi*, *wheezing*), bunyi perkusi (resonan, kusmaul, hiperesonan), pola pernapasan adanya pernapasan cepat (takipnea), pernapasan lambat (bradipnea).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien dengan asma bronkhial, yaitu tes untuk menentukan kekuatan sistem konduksi jantung: EKG, tes untuk mengukur ventilasi dan oksigenasi: tes fungsi paru-paru dengan spirometri, oksimetri, pemeriksaan darah lengkap, melihat struktur sistem pernapasan: foto toraks (X-ray). Bronkoskopi. CT Scan paru, menentukan sel abnormal / infeksi sistem pernapasan: kultur apus tenggorok, sitologi, spesimen sputum (BTA).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat tentang status kesehatan atau masalah aktual maupun risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Tarwoto & Wartonah, 2011). Diagnosa yang mungkin muncul pada klien yang menderita asma yaitu (Musttaqim, 2012):

a. Bersihan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya mucus dalam jumlah berlebih, peningkatan produksi mucus, edema mukosa. PPNI (2016), batas karakteristik untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif, yaitu: batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, dispnea, sulit bicara, *wheezing* dan atau *ronkhi* kering, *ortopnea*, gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah.
b. Ganguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi. PPNI (2016), batas karakteristik untuk diagnosa keperawatan ganguan pertukaran gas, yaitu: PCO_2 meningkat atau menurun, PO_2 menurun, takikrdia, pH arteri meningkat atau menurun, bunyi nafas tambahan, sianosis, diaforensi, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun, dispnea, pusing.

c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya kelelahan otot bantu pernafasan. PPNI (2016), batas karakteristik untuk diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif, yaitu: dispnea, *ortopnea*, penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, *cheyne-stoke).* pernafasan cuping hidung, diameter thorax anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit turun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun.

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan. PPNI (2016), batas karakteristik untuk diagnosa keperawatan defisit nutrisi, yaitu: otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebih, diare.

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. PPNI (2016), batas karakteristik intoleransi aktivitas, yaitu: mengeluh lelah, dispnea saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, frekuensi jantung meningkat, tekanan darah berubah, gambaran EKG menunjukan aritmia, gambaran EKG menunjukan iskemia, sianosis.

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. PPNI (2016), batas karakteristik gangguan pola tidur, yaitu: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan aktivitas menurun.

g. Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi yang tidak adekuat mengenai proses penyakit dan pengobatan. PPNI (2016), batas karakteristik Kurang pengetahuan, yaitu: menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukan persepsi yang keliru terhadap terhadap masalah, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukan perilaku yang berlebih.

3. Rencana Keperawatan

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

Perencanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada klien asma bronkhial dapat dilihat pada tabel 2.1 sebagai berikut :

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC *(Nursing Outcome Classification)*	NIC *(Nursing Intervestion Classification)*
1	2	3	4
1.	Bersihan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya mucus dalam jumlah berlebih, peningkatan produksi mucus, edema mukosa. Definisi: ketidak mampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.	**Status pernafasan: kepatenan jalan nafas (0410: 558)** a. Frekuensi pernafasan normal (5) b. Irama pernafasan normal (5) c. Kedalaman inspirasi normal (5) d. Kemampuan mengeluarkan sekret baik (5) e. Akumulasi sputum hilang (5) f. Batuk (5)	**Manajemen asma (3210:155)** a. Ajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu b. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam c. Kelola nebulizer sebagaimana mestinya d. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi e. Dapatkan pengukuran spirometri (rasio FEV1, FVC, FEV1/FVC) setelah dan sebelum bronkodilator f. Catat kapan terjadinya karakteristik dan durasi batuk

1	2	3	4
	Batas karakteristik: a. Batuk tidak efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. Dispnea e. Sulit bicara f. Suara nafas tambahan *Wheezing* dan atau *ronkhi* kering g. *Ortopnea*, h. Sianosis i. Bunyi nafas menurun j. Frekuensi nafas berubah k. Pola nafas berubah.	g. Suara nafas tambahan hilang (5) h. Penggunaan otot batuk nafas (5)	**Monitor pernafasan(3350:236)** a. Monitor suara nafas tambahan seperti *wheezing, ronchi, stridor* b. Auskultasi suara nafas tambahan setelah tindakan c. Catat pergerakan dada, penggunaan otot-otot bantu nafas d. Monitor pola nafas seperti takipnea, bradipnea, hiperventilasi e. Monitor keluhan sesak pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak. f. Monitor saturasi oksigen g. Berikan bantuan terapi nafas (oksigen, nebulizer) h. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi i. Monitor tanda-tanda vital

1	2	3	4
2.	Ganguan pertukaran gas berhubungan dengan adanya restensi karbon dioksida. Definis: kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eleminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler. Batas karakteristik a. PCO_2 meningkat atau menurun b. PO_2 menurun takikrdia c. Ph arteri meningkat atau menurun, d. Bunyi nafas tambahan e. Sianosis f. Diaforensi g. Gelisah h. Nafas cuping hidung	**Status pernafasan: pertukaran gas (0402: 559)** a. Tekanan PaO_2 normal (75-100 mmHg) (5) b. Tekanan $PaCO_2$ normal (35-45 mmHg) (5) c. Ph arteri normal (7,35- 7,45) (5) d. Saturasi O2 normal (95-100%) (5) e. dispnea (5) f. siamosis (5)	**Manajemen Jalan nafas (3140: 186)** a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. b. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya c. Intruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif d. Monitor status pernafasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya e. Memposisikan untuk meringankan sesak nafas f. Kelola nebulizer **Terapi oksigen (3320: 444)** a. Pertahankan kepatenan jalan nafas b. Beri oksigen tambahan c. Monitor aliran oksigen

1	2	3	4
	i. Pola nafas abnormal j. Warna kulit abnormal k. Kesadaran menurun, dispea l. Pusing.		
3.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya kelelahan otot bantu pernafasan. Definisi: inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Batas karakteristik: a. Dispea b. *Ortopnea* c. Penggunaan otot bantu pernafasan d. Fase ekspirasi memanjang	**Status pernafasan (0415: 556)** a. Frekuensi pernafasan normal (5) b. Irama pernafasan normal (5) c. Kedalaman inspirasi normal (5) d. Kemampuan mengeluarkan sekret baik (5) e. Dipsnea dengan aktivitas ringan tidak ada (5) f. Akumulasi sputum hilang (5) g. Batuk (5)	**Manajemen asma(3210:155)** a. Dapatkan pengukuran spirometri (rasio FEV1, FVC, FEV1/FVC) setelah dan sebelum bronkodilator b. Ajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu c. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam d. Berikan pengobatan dengan tepat sesui kebijakan dan prosedur e. Kelola nebulizer sebagaimana mestinya f. Catat kapan terjadinya karakteristik dan durasi batuk

1	2	**3**	**4**
	e. Ventilasi semenit turun f. Kapasitas vital menurun g. Pola nafas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, *cheyne-stoke).* h. Pernafasan cuping hidung, diameter thorax anterior-posterior meningkat i. Ventilasi semenit turun j. Kapasitas vital menurun k. Tekanan ekspirasi menurun l. Tekanan inspirasi menurun.	h. Suara nafas tambahan hilang (5) Penggunaan otot batuk nafas tidak ada (5)	**Manajemen Jalan nafas (3140: 186)** a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. b. Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya c. Intruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif d. Intruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif e. Monitor status pernafasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya **Monitor tanda-tanda vital (6680: 237)** a. Monitor tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan

1	2	3	4
4.	Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan. Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Batas karakteristik: a. Otot menelan lemah b. Membran mukosa pucat c. Sariawan d. Serum albumin turun e. Rambut rontok berlebih f. Diare. g. Penurunan BB	**Status nutrisi (100: 551)** a. Asupan gizi (5) b. Energi bertambah (5) c. Rasio berat badan/tinggi badan seimbang (5) d. Nafsu makan bertambah (5) e. Asupan makanan bertambah (5) **Status nutrisi: asupan nutrisi (1009: 553)** a. Asupan kalori terpenuhi (5) b. Asupan protein terpenuhi (5) c. Asupan serat terpenuhi (5) d. Asupan vitamin terpenuhi (5) e. Asupan karbohidrat terpenuhi (5)	**Manajemen nutrisi (1100: 197)** a. Atur diet yang diperlukan (mis. tinggi protein, menambahkan atau menaikan kalori, mengurangi vitamin, mineral, atau suplemen) b. Pastikan diit mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi **Bantuan peningkan berat badan (1240: 78)** a. Monitor mual muntah b. Intruksikan cara meningkatkan asupan kalori c. Diskusikan kemungkinan penyabab berat badan berkurang d. Berikan istirahat yang cukup

1	2	3	4
			Manajemen gangguan makan (1030: 179) a. Monitor tanda tanda fisiologis (tanda-tanda vital) b. Monitor intake/asupan c. Dorong klien untuk mendiskusikan makanan d. Dan asupan cairan secara tepat. e. Monitor berat badan secara rutin
5.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelmahan fisik umum. Definisi: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari- hari. Batas karakteristik: a. Mengeluh lelah	**Toleransi Terhadap Aktivitas (0005: 582)** a. Frekuensi pernafasan ketika beraktivitas normal (5) b. Jarak berjalan bertambah (5) c. Klien mampu untuk berbicara ketika melakukan aktivitas fisik (5)	**Manajemen energi (0180: 177)** a. Anjurkan tirah baring/ bembatasan aktivitas klien b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap c. Anjurkan keluarga untuk menemani dan libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan klien

	b. Tekanan darah berubah		
1	2	3	4
	c. Gambaran EKG menunjukan aritmia d. Gambaran EKG menunjukan iskemia e. Sianosis. f. Dispnea saat atau setelah aktivitas g. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas	d. Kemudahan dalam melakukan aktivitas (*activitities of daily living/* ADL) tidak terganggu (5) e. Kecepatan berjalan (5)	d. Anjurkan aktivitas fisik sesuai kemampuan klien e. Ajarkan klien mengenal pengelolaan kegiatan untuk mencegah kelelahan **Bantuan perawatan diri (1800: 79)** a. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri b. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. **Terapi aktivitas (4310: 431)** a. Bantu aktivitas klien secara teratur sesuai kebutuhan b. Bantu klien identifikasi aktivitas yang mampu dilakukan c. Monitor nadi setelah beraktivitas

			d. Dorong aktivitas kreatif yang tepat
1	2	3	4
6.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Definisi: gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Batas karakteristik: a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup f. Mengeluh kemampuan aktivitas menurun.	**Tidur (0004: 566)** a. Pola tidur tidak tergganggu (5) b. Kualitas tidur tidak terganggu (5) c. Jam tidur dalam rentang normal: 7-8 jam (5) d. Tidaak kesulitan tidur memulai tidur (5)	**Peningkatan tidur (1850: 348)** a. Tentukan pola tidur/aktivitas pasien b. Jelaskan pentingnya tidur c. Monitor pola tidur dan jumlah jam tidur d. Bantu klien untuk menghilangkan situasi stres e. sebelum tidur denagn nafas dalam f. Anjurkan klien untuk menghindari makan dan minum sebelum tidur g. Anjurkan klien untuk tidur siang h. Sesuaikan lingkungan (mis. Cahaya, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) untuk meningkatkan tidur

1	2	3	4
7.	Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi yang tidak adekuat menenai proses penakit dan pengobatan. Definisl: ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batas karakteristik: a. Menanyakan masalah yang dihadapi b. Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran c. Menunjukan persepsi ang keliru terhadap terhadap masalah d. Menunjukan perilaku yang berlebih	**Pengetahuan: manajemen asma (1832: 369)** a. Mampu mengetahui tanda dan gejala asma (5) b. Mampu mengetahui manajemn penyakit asma (5) c. Mampu mengetahui penyebab dan faktor-faktor yang berkontribusi (5) d. Mampu mengetahui komplikasi (5) e. Mengetahui trapi obat yang digunakan (5)	**Pengajaran: proses penyakit (5602: 300)** a. Kaji penetahuan pasien terkait proses penyakit b. Jelaskan patofisiologi penyakit c. Identifikasi kmungkinan penyebab asma d. Jelaskan komplikasi yang mungkin terjadi **Manajemen asma (3210: 155)** a. Ajarkan penggunaan pengobatan dan alat b. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam c. Bantu klien dan keluarga untuk mengetahui tanda dan gejala sebelum terjadi reaksi asma

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani:2017).

Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional. Menurut Tarwoto & Wartonah, (2011) bentuk implementasi keperawatan adalah sebagai berikut, pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada, pengajaran/pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan, konseling pasien untuk memutuskan kesehatan pasien, konsultasi atau berdiskusi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya sebagai bentuk perawatan holistik, bentuk penatalaksanaan secara spesifik atau tindakan untuk memecahkan masalah kesehatan, membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri, perencanaan yang dapat diimplementasikan tergantung pada aktivitas berikut ini kesinambungan pengumpulan data, penentuan prioritas, bentuk

intervensi keperawatan, dokumentasi asuhan keperawatan, pemberian catatan perawatan secara verbal, mempertahankan rencana pengobatan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjektif adalah informasi yang mengandung yang didapat dari klien setelah tindakan yang diberikan. Objektif adalah informasi yang diperoleh dari hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakuakn oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan terkait dengan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau jika tidak teratasi. Perencanaan adalah rencana keperawatan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis (Suarni & Apriyani, 2017).