

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Asthma Brochial

2.1.1 Pengertian

Asthma bronchiale adalah kondisi penyakit yang di akibatkan karena peradangan kronis pada saluran pernafasan dengan melibatkan berbagai jenis sel inflamasi contohnya adalah eosinophil, sel mast, leukotriene, dan lainnya. Peradangan ini berlangsung lama ada kaitanya dengan meningkatnya kepekaan saluran nafas sehingga menimbulkan kekambuhan yaitu di tandai dengan bunyi nafas mengi, sulit rasanya untuk bernafas, sesak di dada, dan batuk terutama pada malam hari atau pada dini hari. Biasanya saluran nafas menyempit dan dapat kembali normal, baik secara alami maupun dengan bantuan pengobatan (Dillasamola, 2024). Asthma bronchiale sedang (moderat) merupakan asthma bronchiale yang biasaya gejalanya terjadi setiap hari.

Status asmatikus merupakan kondisi kritis akibat serangan asma berat yang tidak merespons pengobatan standar untuk asma akut, seperti pemberian adrenalin secara subkutan, aminofilin melalui infus, atau obat agonis β_2 . Keadaan ini biasanya berlangsung lebih dari 1–2 jam dan justru dapat semakin memburuk meskipun telah mendapat penanganan (Arif Muttaqin, 2022).

2.1.2 Faktor Resiko dan Etiologi

2.1.2.1 Faktor Resiko

a. Faktor resiko yang tidak dapat di ubah

Pada asthma bronchiale terdapat kondisi yang dapat meningkatkan resiko namun tidak bisa di kendalikan yaitu riwayat atopi di dalam keluarga atau bisa jadi di dalam tubuh individu sendiri, sensitifitas yang berlebihan pada saluran pernafasan, jenis kelamin, terakir adalah latar belakang rasa tau etnis seseorang tersebut.

b. Faktor resiko yang masih bisa di kendalikan

1. Adanya allergen di dalam rumah contohnya debu, tungau, binatang peliharaan, dan kecoa.
2. Pemicu dari luar rumah adalah serbuk sari tumbuhan, spora jamur.
3. Jenis makanan tertentu juga dapat mempengaruhi yaitu seafood (ikan laut, udang), produk berbahan dasar kedelai, telur, susu, minuman bersoda, zat tambahan seperti pengawet, perasa buatan, dan perwarna.
4. Obat-obatan tertentu contohnya aspirin, beberapa jenis antibiotik, dan obat kortikosteroid.
5. Zat iritan contohnya seperti wewangian menyengat, atau aroma tajam lainnya.
6. Ledakan emosi yang berlebihan juga berpengaruh pada asthma bronchiale contohnya stress, marah, dan cemas yang ekstrem.
7. Pencemaran udara juga mempengaruhi asthma bronchiale, pencemaran udara dari ruangan maupun pun dari luar ruangan.
8. Infeksi pada saluran pernafasan contohnya flu dan bronchitis.
9. Aktivitas fisik tertentu contohnya olah raga atau kerja berat.
10. Perubahan suhu atau kondisi cuaca contohnya cuaca dingin tiba-tiba atau adanya pergantian musim (Nurfanida, 2015).

2.1.2.2 Etiologi

Pada kasus penyempitan saluran pernafasan Sebagian besar di karenakan reaksi tubuh terhadap alergi. Alergi adalah respon alami tubuh manusia di karenakan allergen. Zat yang sebenarnya tidak berbahaya bagi kebanyakan orang namun dapat menimbulkan reaksi pada salah satu orang yang sensitive terhadap zat tersebut. Penyebab asthma bronchiale ada dua yaitu

a. Asthma bronchiale ekstrisik (atropik)

Merupakan asthma bronchiale yang di picu karena reaksi alergi pada zat-zat tertentu yang biasanya bisa di kenali, contohnya adalah serbuk sari, jamur, debu, bulu hewan, susu, telur, ikan, obat-obatan, dan beberapa zat allergen lainnya

b. Asthma bronchiale intrisik (non-tropik)

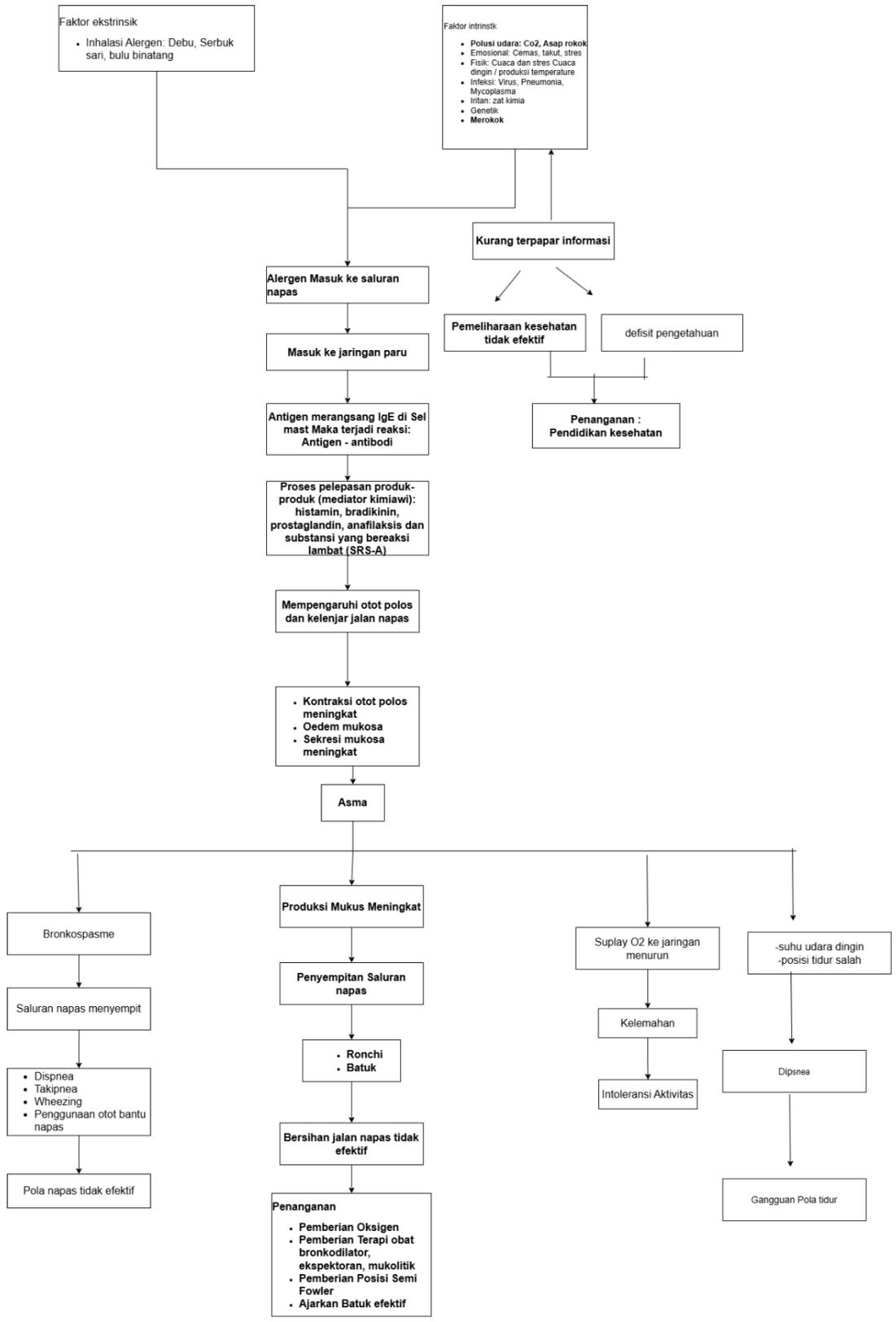
Merupakan tipe yang muncul di akibatkan karena mekanisme nonalergi yang di picu oleh rangsangan yang tidak spesifik, seperti contohnya udara dingin, bahan kimia yang mempunyai sifat iritatif seperti ozon, eter, nitrogen. perubahan cuaca atau musim, aktivitas fisik yang berat, stress emosional, dan faktor dari dalam lainnya (Dillasamola, 2024).

2.1.4 Patofisiologi dan *pathway*

Asthma bronchiale adalah penyakit peradangan kronis yang melibatkan berbagai proses kompleks, contohnya peningkatan reaktivitas bronkus, inflamasi dan perubahan struktur pada saluran nafas. Asthma bronchiale muncul di akibatkan peradangan dan dan kepekaan berlebihan di saluran pernafasaan yang menyebabkan penyempitan saluran nafas. Kepekaan atau sensitifitas ini di pengaruhi oleh kerusakan pada lapisan epitel saluran napas, gangguan system saraf otonom, serta perubahan pada otot polos bronkus.

Peradangan kronis ini menyebabkan gangguan pada dinding saluran pernafasan sehingga aliran udara menjadi terbatas. Namun kondisi seperti ini sifatnya *reversible*, maksudnya adalah bisa membaik dengan sendirinya. Kepekaan atau sensitifitas berlebih ini muncul akibat rangsangan yang memicu reaksi tersebut. Kepekaan berlebih bisa melalui dua mekanisme utama, yaitu melalui system kekebalan tubuh, dan system saraf otonom. Pada jalur kekebalan, antibody igE berperan besar . Ketika allergen masuk ke tubuh, ia akan di kenali oleh sel penyaji antigen (APC), yang kemudian memberikan informasi kepada sel T helper. Sel T helper ini mengirim sinyal melalui zat kimia seperti interleukin untuk merangsang produksi igE dan mengaktifkan berbagai sel inflamasi seperti makrofag, eosinophil, neutrophil, serta pelepasan zat seperti histamin dan prostaglandin. Sel-sel tersebut mempengaruhi saluran pernafasan dengan menyebabkan otot polos berkontraksi , dinding pembuluh darah menjadi bocor, produksi lender meningkat, dan terjadi pembengkakan saluran nafas. Secara bertahap aktifitas abnormal terjadi di lapisan epitel dan terjadi perubahan stuktural pada saluran nafas.

Selain di karenakan faktor udara dingin, obat obatan tertentu, aktivitas fisik, dan stress juga dapat memicu pelepasan mediator inflamasi. System saraf otonom juga memiliki peran penting dalam reaksi reaksi inflamasi dan peningkatan kepekaan ini. Saat allergen terhitup, ia akan mengaktifkan sel mast di saluran nafas , makrofag alveoli, saraf vagus, dan lapisan epitel. Stimulasi saraf Fagus menyebabkan refleks yang mempengaruhi bronkus, sementara pelepasan zat dari sel mast dan makrofag membuat saluran nafas menjadi lebih mudah di tembus allergen ke lapisan bawah, sehingga reaksi alergi semakin kuat (Nurfanida, 2015)



Gambar 2.1 Pathway (Dhian, 2024)

2.1.5 Tanda dan Gejala

2.1.5.1 Pada penderita asthma bronchiale akan mengalami sesak nafas atau nafas menjadi pendek- pendek

2.1.5.2 Timbulnya rasa berat atau sempit di dada, rasa yang khas pada penderita asthma bronchiale yaitu suara mengi (*wheezing*) saat pasien mengeluarkan nafasnya (Nurfanida, 2015).

2.1.5.3 Takipnea dan ortopnea

2.1.5.4 Gelisah

2.1.5.5 Sakit perut karena keterlibatan otot perut dalam bernafas

2.1.5.6 Rasa tidak enak

2.1.5.7 Tidak toleran terhadap aktivitas seperti makan, berjalan dan berbicara

2.1.5.8 Kejang biasanya dimulai dengan batuk dan sesak dada disertai pernapasan lambat

2.1.5.9 Menghembuskan napas selalu lebih sulit dan lebih lama daripada menghirup

2.1.4.10 Sianosis

2.1.4.11 Berkeringat, takikardia, dan peningkatan tekanan nadi Serangan

Dapat berlangsung dari 30 menit hingga beberapa jam dan dapat hilang dengan sendirinya (Mustopa, 2022).

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

2.1.6.1 Spirometri : di lakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilator peningkatan FEV atau FVC $> 20\%$ menandakan asthma bronchiale

2.1.6.2 Pemeriksaan oksimetri : oksimetri nadi merupakan alat non invasive yang biasanya di pasang di ujung jari dan ibu jari (Wedri, 2023).

2.1.6.3 Tes profokasi bronkus : penurunan FEV $>20\%$ dan PEER $>10\%$ menunjukkan hasil bermakana.

2.1.6.4 Tes kulit:menilai adanya antibody igE spesifik(alergi)

2.1.6.5 Pemerikasaan laboraturium

a. AGD: di lakukan pada serangan asthma bronchiale berat menunjukkan hipoksemia, hipokapnea, dan asidosis.

b. Sputum:badan kreola muncul pada serabgan berat, di lakukan perwarnaan, kultur, dan uji resistensi

- c. Eosinofil:dapat meningkat hingga $1000-1500/\text{mm}^3$, penurunan menunjukkan respon terapi
- d. Darah rutin dan kimia:leukosit $>15.000/\text{mm}^3$ menandakan infeksi; SGOT/SGPT meningkat akibat hipoksia

2.1.6.6 Radiologi: pemeriksaan thorax umumnya normal, tapi penting untuk mengevaluasi komplikasi pneumotoraks atau atelectasis (Amir, 2023)

2.1.7 Klasifikasi

Klasifikasi asthma bronchiale di bagi berdasarkan derajat keparahannya meliputi:

2.1.7.1 Asthma bronchiale Intermiten (Bersifat Sementara atau Sese kali)

- a. Gejala siang hari: Terjadi kurang dari satu kali dalam seminggu.
- b. Gejala malam hari:Muncul maksimal dua kali dalam sebulan.
- c. Kondisi: Tidak ada gejala di antara serangan, dan serangan yang terjadi bersifat ringan serta singkat.
- d. Fungsi paru-paru:
 1. Arus Puncak Ekspirasi (APE) $\geq 80\%$ dari nilai terbaik atau nilai prediksi.
 2. Volume Ekspirasi Paksa detik pertama (VEP1) $\geq 80\%$.
 3. Variabilitas APE kurang dari 20%.

2.1.7.2 Asthma bronchiale Persisten Ringan

- a. Gejala siang hari:Terjadi lebih dari satu kali dalam seminggu, tetapi tidak setiap hari.
- b. Gejala malam hari:Muncul lebih dari dua kali dalam sebulan.
- c. Kondisi: Serangan asthma bronchiale dapat mengganggu aktivitas harian dan kualitas tidur.
- d. Fungsi paru-paru:
 1. APE $\geq 80\%$ dari nilai prediksi atau nilai terbaik.
 2. VEP1 $\geq 80\%$ dari nilai prediksi.
 3. Variabilitas APE berkisar antara 20% hingga 30%.

2.1.7.3 Asthma bronchiale Persisten Sedang

- a. Gejala siang hari:Terjadi setiap hari.

- b. Gejala malam hari: Muncul lebih dari satu kali dalam seminggu.
- c. Kondisi: Serangan asma bronchiale mulai memengaruhi aktivitas harian dan tidur. Pasien biasanya membutuhkan obat bronkodilator setiap hari untuk meredakan gejala.
- d. Fungsi paru-paru:
 - 1. APE berada di antara 60% hingga 80% dari nilai prediksi atau nilai terbaik.
 - 2. VE_{P1} juga berada pada kisaran 60% hingga 80% dari nilai prediksi.
 - 3. Variabilitas APE lebih dari 30%.

2.1.7.4 Asthma bronchiale Persisten Berat

- a. Gejala siang hari: Gejala dirasakan terus-menerus sepanjang hari.
- b. Gejala malam hari: Sering terjadi.
- c. Kondisi: Serangan sering kambuh, dan aktivitas fisik sangat terbatas karena gejala yang berat.
- d. Fungsi paru-paru:
 - 1. $APE \leq 60\%$ dari nilai prediksi atau nilai terbaik.
 - 2. $VE_{P1} \leq 60\%$ dari nilai prediksi.
 - 3. Variabilitas APE lebih dari 30% (Balqis & Larasati, 2022)

2.1.8 Penatalaksanaan

2.1.8.1 Prinsip penatalaksanaan

- a. Mengatasi sumbatan pada saluran nafas.
- b. Mengidentifikasi serta menghindari faktor-faktor yang memicu serangan asma bronchiale.
- c. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai penyakit asma bronchiale (Kumalasari et al., 2024).

2.1.8.2 Penatalaksanaan keperawatan

- a. Penyumbatan jalan nafas di atasi secara cepat.
- b. Mengidentifikasi serta menghindari faktor pencetus asma bronchiale.
- c. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya mengenai kondisi penyakitnya, pengobatan yang di jalani, perjalanan penyakit,

supaya pasien juga aktif dalam berpartisipasi dalam pengobatan Bersama dokter dan perawat (Kumalasari et al., 2024).

2.1.8.3 Farmakoterapi

- a. Agonis beta-andrenergik kerja cepat (SABA): obat pilihan untuk mengatasi gejala akut dan mencegah serangan asthma bronchiale yang di picu oleh aktivitas fisik.
- b. Antikolinergik: berkerja menghambat reseptor kolinergik dan mengurangi tonus otot jalan nafas yang di mediasi saraf Fagus.
- c. Imunomodulator: obat ini mencegah IgE agar tidak berkaitan dengan reseptor berafinitas tinggi di sel mast dan basophil (Kumalasari et al., 2024).

2.1.8.4 Diet

- a. Terapkan makanan bergizi seimbang sesuai usia, jenis kelamin, dan aktifitas fisik harian. Usahakan memiliki indeks masa tubuh ideal yaitu $18,5-25\text{kg/m}^2$.
- b. pilih bahan makanan beragam mengandung mikronutrien(karbohidrat, protein, lemak).
- c. utamakan karbohidrat kompleks seperti nasi, kentang, ubi, dan singkong di bandingkan karbohidrat sederhana seperti gula pasir atau sirup.
- d. konsumsi protein hewani maupun nabati sebanyak 2-3 porsi perhari seperti tempe, ikan, daging, tahu, dan kacang hijau. ikan sangat di anjurkan karena kandungan minyak ikan sangat membantu mengurangi inflamasi. Namun bahan makanan pemicu alergi seperti susu, kedelai, atau telur perlu di waspadai.
- e. perbanyak konsumsi vitamin dan mineral serta antioksidan dari sayur serta buah seperti bayam, wortel, brokoli, apel, dan jeruk.
- f. Tambahkan bumbu berkhasiat anti peradangan seperti jahe, bawang putih, dan maskan sehari-hari.
- g. Hindari makanan olahan mengandung pengawet, pewarna buatan, pemanis sintetis, dan penyedap rasa serta hindari junk food.

- h. Batasi asupan lemak jenuh dan lemak trans yang biasanya terdapat di susu, produk olahan, daging berlemak, metega, margarin, serta minyak goreng bekas pakai.
- i. Terapkan cara memasak sehat menggunakan bahan makanan local dan pengolahan sederhana.
- j. Kenali makanan yang dapat memicu alergi secara individu, karena reaksi setiap orang bisa berbeda-beda (Kumalasari et al., 2024).

2.1.9 Komplikasi

2.1.9.1 Pneumotoraks

Pneumotoraks merupakan kondisi serius yang bisa timbul ketika udara masuk ke dalam rongga pleura, menyebabkan tekanan di area tersebut meningkat hingga setara dengan tekanan udara luar. Hal ini sering terjadi pada serangan asthma bronchiale berat akibat pecahnya alveoli karena tekanan udara yang tinggi saat batuk atau napas paksa.

2.1.9.2 Atelektasis

Atelektasis adalah kondisi di mana sebagian atau seluruh bagian paru-paru mengalami kolaps, sehingga udara tidak dapat mengisi alveoli. Pada penderita asthma bronchiale, hal ini dapat disebabkan oleh penyumbatan lendir atau penyempitan saluran napas yang parah, sehingga menghambat proses pertukaran udara.

2.1.9.3 Gagal napas

Gagal napas terjadi ketika paru-paru tidak mampu menjalankan fungsinya secara optimal dalam menukar oksigen dan karbon dioksida. Pada kasus asthma bronchiale berat, penyumbatan saluran napas dan kelelahan otot-otot pernapasan dapat menyebabkan gangguan pernapasan serius.

2.1.9.4 Bronkitis

Bronkitis adalah infeksi yang menyerang saluran bronkus, yaitu saluran utama yang membawa udara ke paru-paru. Peradangan ini dapat memperburuk kondisi asthma bronchiale karena meningkatkan produksi lendir dan mempersempit saluran napas (Mustopa, 2022).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang dilakukan secara terstruktur untuk mengumpulkan informasi menyeluruh mengenai kondisi klien, baik individu, keluarga, maupun kelompok. Pengumpulan informasi ini mencakup dimensi biologis, psikologis, sosial, serta spiritual, dan harus dilakukan secara menyeluruh (Ummah, 2019).

2.2.1.1 Jenis-Jenis Data

Data yang dikumpulkan dalam pengkajian keperawatan umumnya diklasifikasikan menjadi dua:

a. Data Subjektif

Merupakan data yang berasal dari pernyataan atau pengalaman pasien tentang kondisi kesehatannya. Data ini tidak bisa diukur secara langsung oleh perawat, melainkan diperoleh melalui komunikasi dengan pasien. Contoh data ini termasuk perasaan nyeri, rasa takut, cemas, depresi, lemas, dan sebagainya. Informasi yang diberikan oleh keluarga, tenaga kesehatan lain, atau orang terdekat yang bersifat interpretatif mengenai keadaan pasien juga dapat digolongkan sebagai data subjektif.

b. Data Objektif

Data ini didapatkan melalui pengamatan langsung oleh perawat dan dapat diukur secara nyata menggunakan alat atau panca indera. Contohnya adalah tekanan darah, suhu tubuh, frekuensi pernapasan, denyut nadi, berat badan, serta tingkat kesadaran pasien (Ummah, 2019).

2.2.1.2 Sumber Data

a. Sumber Primer

Sumber utama informasi adalah pasien itu sendiri. Namun, bila pasien tidak mampu berkomunikasi (misalnya karena tidak sadar, bayi, gangguan pendengaran/bicara), maka informasi utama bisa diperoleh dari keluarga sebagai klarifikasi.

b. Sumber Sekunder

Merupakan data yang diperoleh dari pihak lain selain pasien, seperti keluarga, kerabat, teman dekat, serta tenaga medis lainnya. Termasuk juga catatan medis, hasil laboratorium, pemeriksaan radiologi, dan data rekam medis lainnya (Ummah, 2019).

2.2.1.3 Teknik Pengumpulan Data

Beberapa metode yang digunakan dalam proses pengumpulan informasi meliputi:

a. Wawancara/Anamnesis

Proses ini dilakukan melalui tanya jawab yang berkaitan dengan kondisi kesehatan pasien. Jika dilakukan langsung dengan pasien, disebut autoanamnesis. Bila dilakukan melalui orang terdekat pasien (misalnya keluarga), disebut alloanamnesis.

b. Observasi

Observasi adalah metode pengamatan terhadap perilaku, gejala, dan kondisi pasien. Teknik ini memerlukan ketelitian dan pengalaman klinis, serta mencakup pengamatan dengan panca indera:

1. Penglihatan (sight): Mengamati gejala fisik, luka, atau ekspresi wajah.
2. Penciuman (smell): Mendeteksi aroma seperti bau alkohol, feses, atau luka infeksi.
3. Pendengaran (hearing): Menilai suara napas, batuk, atau tekanan darah.
4. Perabaan (feeling): Merasakan tekstur kulit, suhu tubuh, atau denyut nadi.

5. Pengecapan (taste): Meski jarang digunakan, kadang berguna dalam menilai kelainan rasa pada pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Merupakan proses penilaian tubuh pasien menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengidentifikasi adanya gangguan atau perubahan kondisi fisik. Pemeriksaan ini dilakukan bersamaan dengan wawancara dan fokus pada respons pasien terhadap masalah kesehatannya. Pendekatan pemeriksaan dapat dilakukan dengan berbagai metode, seperti:

1. Pemeriksaan dari kepala hingga kaki (head to toe)
2. Berdasarkan sistem tubuh tertentu (review of system),
3. Menggunakan pola fungsi kesehatan menurut Gordon Atau pendekatan dari Doenges (Ummah, 2019).

2.2.1.4 Anamnesis

Pengumpulan data awal mengenai identitas klien, seperti nama, usia, dan jenis kelamin, sangat penting dilakukan pada pasien dengan asthma bronchiale. Bila gejala muncul di usia muda, kemungkinan besar terkait dengan kondisi atopik. Sebaliknya, timbulnya gejala di usia dewasa seringkali dipicu oleh faktor non-atopik. Informasi tentang tempat tinggal juga diperlukan untuk mengetahui apakah lingkungan sekitar berperan sebagai pemicu asthma bronchiale. Selain itu, status pernikahan dan dinamika emosional dalam keluarga maupun komunitas dapat menjadi faktor stres yang memicu kekambuhan. Riwayat pekerjaan serta latar belakang etnis perlu ditelusuri guna menilai kemungkinan paparan alergen tertentu. Data administratif seperti tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, jenis asuransi, dan diagnosis medis juga penting dicatat. Keluhan utama biasanya berupa sesak napas, perasaan tertekan di dada, serta kesulitan bernapas (Dhian, 2024).

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien umumnya datang dengan keluhan sesak napas berat yang terjadi secara tiba-tiba, sering disertai dengan bunyi mengi (wheezing), penggunaan otot bantu pernapasan, rasa lelah ekstrem,

gangguan kesadaran, kulit kebiruan (sianosis), serta fluktuasi tekanan darah. Serangan akut asthma bronchiale dapat diklasifikasikan menjadi tiga fase. Fase pertama ditandai dengan batuk kering yang berulang akibat iritasi mukosa bronkus. Fase kedua melibatkan produksi lendir berbusa yang jernih, napas terasa berat, ekspirasinya memanjang, dan bunyi mengi muncul. Pada tahap ini, pasien cenderung duduk membungkuk, tampak pucat, gelisah, dan kulit mulai kebiruan. Fase ketiga menunjukkan pernapasan menjadi dangkal dan tidak teratur, suara napas nyaris tidak terdengar, serta hilangnya refleks batuk. Evaluasi terhadap obat-obatan yang digunakan pasien juga harus dilakukan untuk memastikan efektivitasnya (Dhian, 2024).

b. Riwayat Penyakit Sebelumnya

Riwayat medis masa lalu yang perlu ditelusuri meliputi infeksi saluran napas atas, radang tenggorokan, pembesaran amandel, sinusitis, atau polip hidung. Riwayat serangan asthma bronchiale sebelumnya, frekuensinya, waktu terjadinya, serta pemicu yang dicurigai seperti alergen juga harus dikaji, termasuk tindakan pengobatan yang pernah dilakukan.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Penting untuk mengevaluasi adanya riwayat asthma bronchiale atau kondisi alergi lain dalam keluarga, karena asthma bronchiale memiliki hubungan erat dengan faktor keturunan dan lingkungan.

d. Aspek Psikososial dan Budaya

Pasien dengan asthma bronchiale seringkali mengalami kecemasan dan kesulitan dalam mengelola stres. Keadaan ekonomi dapat memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan dan menimbulkan tekanan psikologis yang berdampak pada peran pasien dalam keluarga maupun lingkungan sosial. Ketidakharmonisan dalam hubungan interpersonal juga dapat menjadi pemicu serangan.

e. Pola Hidup dan Kesehatan

Pasien asthma bronchiale biasanya harus menyesuaikan gaya hidup agar tidak memicu kekambuhan. Perubahan pola hidup yang adaptif sangat dianjurkan untuk menghindari faktor pemicu.

f. Relasi Sosial dan Peran

Asthma bronchiale yang kambuh bisa sangat membatasi aktivitas sehari-hari pasien. Perawat perlu menilai sejauh mana penyakit ini memengaruhi peran sosial pasien di rumah, tempat kerja, maupun lingkungan sosial lainnya.

g. Persepsi dan Konsep Diri

Pandangan pasien terhadap penyakitnya perlu dikaji secara mendalam. Persepsi negatif bisa menghambat upaya penyembuhan dan memperberat stres emosional, yang berpotensi memperparah kondisi asthma bronchiale.

h. Strategi Menghadapi Stres

Karena stres emosional adalah salah satu pemicu utama asthma bronchiale, penting bagi perawat untuk mengevaluasi sumber stres pasien, seberapa sering terjadi, dampaknya, serta bagaimana pasien mengelolanya.

i. Fungsi Sensorik dan Kognitif

Gangguan pada persepsi dan daya pikir bisa memengaruhi cara pasien memahami dirinya sendiri, meningkatkan stres, dan memperburuk gejala asthma bronchiale.

j. Nilai dan Keyakinan

Keterlibatan spiritual atau religius pasien dapat berperan sebagai kekuatan batin dalam menghadapi penyakit. Kedekatan dengan keyakinan bisa menjadi cara positif dalam mengelola stress (Dhian, 2024).

2.2.1.5 Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Perawat harus menilai tingkat kesadaran, tanda-tanda cemas dan gelisah, kemampuan berbicara, nadi, frekuensi napas, dan penggunaan otot bantu napas. Batuk berdahak, posisi istirahat, dan warna kulit juga harus diperhatikan.

b. Kepala (Head)

1. Inspeksi wajah: Tampak gelisah, cemas, mungkin ada ekspresi ketakutan.
2. Warna bibir/mukosa mulut: Bisa sianosis (kebiruan) bila terjadi hipoksemia.
3. Keringat dingin: Bisa muncul saat serangan asma berat (Arif Muttaqin, 2022) .
4. Mata: Tampak cemas, sayu jika hipoksia.
5. Hidung: Pilek, kongesti, napas lewat mulut

c. Leher (Neck)

1. Pembesaran otot leher (accessory muscles): Terlihat menonjol, menandakan usaha napas meningkat.
2. Pulsus paradoxus: Kadang dapat diraba, yaitu penurunan tekanan nadi saat inspirasi (Arif Muttaqin, 2022).

d. Sistem Pernapasan (B1 – Breathing)

1. Inspeksi: Diperhatikan adanya peningkatan kerja napas dan penggunaan otot bantu. Postur tubuh, bentuk dada, kesimetrisan, dan adanya retraksi interkostal diperiksa.
2. Palpasi: Biasanya menunjukkan kesimetrisan gerak dan fremitus taktil yang normal.
3. Perkusi: Dapat ditemukan suara hipersonor dan posisi diafragma yang lebih rendah.
4. Auskultasi: Suara napas vesikuler terdengar dengan fase ekspirasi memanjang disertai wheezing pada akhir ekspirasi.

- e. Sistem Kardiovaskular (B2 – Blood)
Pemantauan nadi, tekanan darah, dan waktu pengisian kapiler (CRT) perlu dilakukan untuk menilai kestabilan sirkulasi darah.
- f. Fungsi Otak (B3 – Brain)
Pemeriksaan tingkat kesadaran melalui skala GCS digunakan untuk menentukan status neurologis pasien, apakah masih sadar penuh, mengantuk, atau tidak responsif.
- g. Fungsi Kandung Kemih (B4 – Bladder)
Pengeluaran urin harus dimonitor, karena penurunan jumlah urin (oliguria) bisa menjadi indikator awal dari gangguan sirkulasi atau syok.
- h. Sistem Pencernaan (B5 – Bowel)
Penilaian terhadap status gizi, bentuk tubuh, dan gejala seperti nyeri atau infeksi perlu dilakukan. Gangguan makan bisa terjadi karena sesak napas, peningkatan metabolisme, dan kecemasan.
- i. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B6 – Bone)
Diperiksa adanya bengkak pada ekstremitas, tremor, dan tanda infeksi. Kulit diperiksa untuk mengetahui kelembapan, tekstur, turgor, dan adanya ruam, gatal, atau eksim. Rambut diperiksa dari segi warna dan kilau. Pola tidur juga dikaji karena gejala asthma bronchiale bisa mengganggu kualitas tidur dan menyebabkan kelelahan. Aktivitas harian seperti olahraga dan pekerjaan turut dievaluasi karena aktivitas fisik bisa menjadi pencetus serangan asthma bronchiale (Dhian, 2024).
- j. Genital
Tidak dapat nyeri tekan, tidak terdapat hemoroid, scrotum simetris, dan tidak ada pembengkakan (Arif Muttaqin, 2022)

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah hasil dari penilaian klinis perawat terhadap respons seseorang terhadap kondisi kesehatan atau tahap kehidupan yang sedang dijalani, baik yang sudah terjadi (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial). Tujuan dari diagnosis keperawatan ini adalah untuk mengenali reaksi atau respons individu, keluarga, maupun masyarakat terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesehatan mereka (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.2.1 Jenis Diagnosis Keperawatan

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya, yang menyebabkan munculnya masalah kesehatan. Pada diagnosis ini, ditemukan tanda dan gejala baik mayor maupun minor yang dapat divalidasi secara nyata pada klien.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menjelaskan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang membuatnya berisiko mengalami masalah kesehatan di masa mendatang. Pada kondisi ini, belum ditemukan tanda dan gejala, namun terdapat faktor risiko yang mendasari kemungkinan munculnya masalah kesehatan.

c. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis ini menunjukkan adanya keinginan atau motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih optimal. Diagnosis ini lebih menekankan pada kesiapan klien untuk melakukan tindakan positif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya.

2.2.2.2 Indikator Diagnostik

Indikator dalam penerapan diagnosis keperawatan meliputi:

a. Penyebab (Etiologi)

Faktor-faktor yang menyebabkan perubahan status kesehatan. Etiologi dapat diklasifikasikan ke dalam empat kategori:

1. Fisiologis, Biologis, atau Psikologis

2. Efek Terapi atau Tindakan Medis
3. Situasional (berkaitan dengan lingkungan atau aspek personal)
4. Maturasional (berkaitan dengan tahap perkembangan atau usia)

b. Tanda dan Gejala

1. Tanda (Sign): Data objektif hasil dari pemeriksaan fisik, laboratorium, atau prosedur diagnostik.
2. Gejala (Symptom): Data subjektif yang diperoleh dari wawancara atau anamnesis.

Tanda dan gejala dibedakan menjadi:

- a) Mayor: Muncul pada 80–100% kasus dan menjadi dasar validasi utama diagnosis.
 - b) Minor: Tidak selalu muncul, namun dapat memperkuat diagnosis bila ditemukan.
3. Faktor Risiko

Merupakan kondisi atau situasi yang meningkatkan kemungkinan klien mengalami masalah kesehatan, walaupun saat ini belum muncul gejala (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.2.3 Perumusan Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis, menggunakan dua metode utama:

a. Format Tiga Bagian (Three-Part Statement)

Digunakan untuk diagnosis aktual, dengan susunan:

Masalah b.d. Penyebab d.d. Tanda/Gejala

Keterangan:

b.d.= berhubungan dengan (etiologi)

d.d.= dibuktikan dengan (tanda/gejala)

Contoh:

Gangguan pola tidur b.d. kecemasan d.d. pasien mengeluh sulit tidur, tampak gelisah.

b. Format Dua Bagian (Two-Part Statement)

Digunakan untuk diagnosis risiko dan promosi kesehatan, dengan rumusan berbeda:

1. Diagnosis Risiko

Masalah d.d. Faktor Risiko

Contoh: Risiko aspirasi d.d. penurunan tingkat kesadaran.

2. Diagnosis Promosi Kesehatan

Masalah d.d. Tanda/Gejala Kesiapan

Contoh: Kesiapan peningkatan eliminasi urin d.d. pasien menyatakan ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin dalam batas normal.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.2.2.4 Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d spasme jalan nafas (D.0001)
- b. Pola nafas tidak efektif b,d hambatan Upaya nafas (D.0005)
- c. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplay dengan kebutuhan oksigen (D.0056)
- d. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)
- e. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.3 Rencanan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah suatu pedoman tertulis yang disusun secara sistematis oleh perawat berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan, yang bertujuan untuk mengidentifikasi diagnosa keperawatan, menetapkan tujuan, serta merumuskan intervensi dan evaluasi asuhan keperawatan. Rencana ini digunakan untuk mengarahkan tindakan perawat agar terfokus, terorganisir, dan terukur dalam upaya memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Ummah, 2019). Rencana keperawatan memiliki kriteria yaitu OTEK, merupakan singkatan dari Observasi, Tindakan Terapeutik, Edukasi, dan Kolaborasi kepada tim medis lain dalam melakukan penanganan kepada pasien (SIKI, 2018).

2.2.3.1 Prinsip Smart

Dalam menuliskan rencana keperawatan, digunakan prinsip SMART yang merupakan singkatan dari:

- a. S – Specific (Spesifik): Tujuan harus jelas dan terarah, menyebutkan secara tepat apa yang ingin dicapai.
- b. M– Measurable(Terukur): Hasil yang diinginkan harus dapat diukur secara objektif.
- c. A–Achievable(Dapat Dicapai): Tujuan harus realistis sesuai dengan kondisi pasien.
- d. R – Realistic(Realistis): Tujuan harus masuk akal dan sesuai dengan kemampuan serta sumber daya yang ada.
- e. T – Time-bound(Memiliki Batas Waktu): Harus ada batas waktu yang jelas untuk pencapaian tujuan (Tutiany et al., 2024).

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
<p>1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d spasme jalan nafas (D.0001)</p>	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam maka bersihan jalan nafas pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum menurun - Mengi menurun - Wheezing menurun - Meconium menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor jalan nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gurgling.mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2. Posisikan semi fowler atau fowler 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supaya dapat mendeteksi dini adanya gangguan ventilasi, peningkatan usaha napas, atau tanda-tanda hipoksia yang sering terjadi pada pasien asma akibat penyempitan saluran napas. 2. Untuk menilai derajat obstruksi saluran napas. Bunyi mengi (wheezing) merupakan tanda khas bronkospasme pada asma, sedangkan ronki dapat menunjukkan adanya sekret berlebih.

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 6. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari 2. Ajarkan teknik batuk efektif 3. Anjurkan makan secara perlahan 4. Ajarkan strategi mencegah aspirasi 5. Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu <p>Kolaborasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui adanya infeksi saluran napas atau retensi sekret. Perubahan pada sputum (misal: warna kehijauan, bau) dapat menunjukkan infeksi sekunder. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga agar saluran napas tetap terbuka, terutama saat pasien mengalami penurunan kesadaran, guna mencegah obstruksi dan hipoksia. 2. Membantu ekspansi paru yang optimal, mengurangi tekanan diafragma, dan memudahkan ventilasi
--	--	--	--

		<p>1. Kolaborasi pemberian obat bronkodilator ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>	<p>sehingga mengurangi sesak napas.</p> <p>3. Cairan hangat dapat membantu mengencerkan lendir, mempermudah pengeluaran dahak, dan meredakan iritasi saluran napas.</p> <p>4. Membantu mobilisasi sekret dan meningkatkan drainase bronkial, sehingga memperlancar pernapasan dan mencegah atelektasis.</p> <p>5. Mengeluarkan sekret yang menyumbat jalan napas secara efektif, tanpa menyebabkan hipoksia akibat suction berkepanjangan.</p>
--	--	--	--

			<p>6. Untuk mengatasi hipoksemia akibat obstruksi saluran napas dan meningkatkan saturasi oksigen pasien</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan cairan membantu mengencerkan sputum dan memfasilitasi pengeluarannya. 2. Membantu mengeluarkan sekret secara maksimal dari saluran napas, memperbaiki ventilasi, dan mencegah retensi sputum. 3. Mencegah aspirasi atau tersedak yang dapat memperburuk kondisi
--	--	--	---

			<p>saluran napas dan memicu serangan asma.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mencegah masuknya makanan/cairan ke saluran napas, yang dapat memicu inflamasi atau serangan asma akut. 5. Membantu proses menelan agar lebih aman, terutama jika pasien memiliki risiko aspirasi atau gangguan koordinasi menelan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merelaksasi otot polos bronkus untuk membuka saluran napas yang menyempit. Membantu
--	--	--	---

			<p>mengencerkan dan mengeluarkan sputum agar tidak menyumbat saluran napas. Menguraikan mukus kental sehingga lebih mudah dikeluarkan melalui batuk, mengurangi obstruksi.</p>
<p>2. Pola nafas tidak efektif b,d hambatan Upaya nafas (D.0005)</p>	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam maka pola nafas pasien membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dipsnea menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma). 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mendeteksi dini tanda-tanda gangguan pernapasan seperti takipnea, napas dangkal, atau penggunaan otot bantu napas akibat

	<ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Prolongasi fase ekspirasi menurun - Frekuensi nafas membaik - Kedalaman nafas membaik - 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 4. Berikan minum hangat 5. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 6. mencegah Ilaah menghalangi ndara 7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 9. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 10. Berikan oksigen, jika perlu, mengembalikan kadar normal or dimtbh. 	<p>obstruksi jalan napas pada asma.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bunyi napas tambahan seperti wheezing menunjukkan bronkospasme, sedangkan gurgling atau ronki dapat menandakan penumpukan sekret yang perlu segera ditangani. 3. Untuk menilai keberadaan dan karakteristik sputum yang dapat memperberat obstruksi jalan napas atau menandakan infeksi sekunder. <p>Terapeutik</p>
--	---	---	---

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga agar jalan napas tetap terbuka, terutama jika pasien mengalami gangguan kesadaran atau obstruksi saluran napas atas. 2. Posisi ini meningkatkan ekspansi paru, mengurangi beban kerja pernapasan, dan memperbaiki ventilasi. 3. Cairan hangat membantu mengencerkan sekret sehingga memudahkan pengeluaran lendir dari saluran napas. 4. Untuk membantu mobilisasi sekret dan mencegah atelektasis atau
--	--	--	---

			<p>obstruksi saluran napas oleh mukus.</p> <p>5. Mencegah aspirasi atau obstruksi benda asing/lendir yang bisa memperparah kondisi bronkospasme pada pasien asma.</p> <p>6. Untuk mencegah hipoksia saat suction dilakukan, karena tindakan ini dapat mengurangi suplai oksigen sementara.</p> <p>7. Jika terdapat benda asing di jalan napas, forsep McGill digunakan untuk segera mengeluarkannya agar jalan napas kembali</p>
--	--	--	--

			<p>terbuka dan mencegah asfiksia.</p> <p>8. Meningkatkan oksigenasi jaringan dan mengoreksi hipoksemia yang terjadi akibat obstruksi jalan napas atau bronkospasme berat.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan cukup membantu mengencerkan sputum sehingga lebih mudah dikeluarkan melalui batuk, serta mendukung hidrasi tubuh. 2. Teknik batuk efektif membantu pengeluaran sputum, mencegah
--	--	--	--

			<p>penumpukan lendir di saluran napas, dan meningkatkan pertukaran gas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2. . Merelaksasi otot polos bronkus untuk membuka saluran napas yang menyempit. Membantu mengencerkan dan mengeluarkan sputum agar tidak menyumbat saluran napas. Menguraikan mukus kental sehingga lebih mudah dikeluarkan melalui batuk, mengurangi obstruksi.</p>
--	--	--	--

<p>3. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplay dengan kebutuhan oksigen (D.0056)</p>	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam maka toleransi aktivitas Pasien meningkat dengan kriteria hasil;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi membaik - Keluhan Lelah menurun - Dipsnea saat aktivitas menurun - Dipsnea setelah aktivitas menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor kelelahan fisik dan emosional <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui penyebab utama kelelahan, seperti anemia, gangguan elektrolit, hipoksia, atau infeksi, sehingga intervensi dapat ditargetkan secara tepat. 2. Mengetahui penyebab kelelahan secara fisik (misalnya anemia, hipoksia, infeksi kronis) membantu perawat dalam merencanakan intervensi yang sesuai dan tepat sasaran. 3. Kualitas dan kuantitas tidur yang buruk dapat memperparah kelelahan
---	--	---	--

		<p>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>fisik dan mental.</p> <p>Monitoring ini membantu dalam mengevaluasi kebutuhan istirahat pasien.</p> <p>4. Gangguan tidur dapat memperburuk kelelahan. Pemantauan ini membantu menentukan kebutuhan pasien akan istirahat tambahan atau intervensi tidur.</p> <p>5. Menilai sejauh mana kelelahan memengaruhi kemampuan fungsional dan psikologis pasien serta membantu menentukan intervensi yang sesuai.</p>
--	--	---	--

			<p>6. Menilai sejauh mana kelelahan memengaruhi kemampuan fungsional dan psikologis pasien serta membantu menentukan intervensi yang sesuai.</p> <p>7. Memantau tingkat kelelahan secara menyeluruh membantu mengevaluasi respon pasien terhadap intervensi dan mendeteksi kelelahan kronis atau stres psikologis.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lingkungan yang tenang membantu pasien beristirahat lebih baik, mengurangi</p>
--	--	--	---

			<p>kelelahan psikologis dan mempercepat pemulihan.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Lingkungan yang tenang dan nyaman membantu mengurangi rangsangan berlebih yang dapat menyebabkan kelelahan fisik dan mental.3. Mencegah atrofi otot, mempertahankan mobilitas, dan meningkatkan sirkulasi darah tanpa membebani pasien secara berlebihan.4. Mencegah kekakuan sendi dan atrofi otot, serta menjaga sirkulasi darah tetap baik, tanpa menguras energi pasien secara berlebihan.
--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none">5. Aktivitas seperti musik ringan, membaca, atau teknik relaksasi dapat mengurangi kecemasan dan stres yang bisa memperparah kelelahan.6. Distraksi (seperti musik, relaksasi, atau bacaan ringan) membantu mengalihkan perhatian dari rasa lelah dan memberikan kenyamanan psikologis.7. Membantu transisi dari tirah baring total menuju mobilisasi ringan serta mencegah komplikasi imobilisasi seperti dekubitus dan demineralisasi tulang.8. Membantu pasien tetap aktif secara ringan, mencegah
--	--	--	--

			<p>deconditioning otot, dan meningkatkan toleransi aktivitas secara bertahap.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tirah baring dapat membantu menghemat energi dan memberikan waktu pemulihan tubuh, terutama pada fase akut kelelahan. Istirahat total membantu mengurangi pengeluaran energi, mempercepat pemulihan tubuh, dan mengurangi kelelahan akibat aktivitas berlebihan.2. Mencegah kelelahan berlebih dan membantu tubuh menyesuaikan diri
--	--	--	--

			<p>dengan peningkatan aktivitas secara perlahan tanpa memicu kelelahan ekstrem.</p> <p>3. Melatih toleransi aktivitas secara perlahan mencegah kelelahan berlebihan dan memungkinkan tubuh beradaptasi terhadap peningkatan beban kerja.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Asupan nutrisi yang cukup dan seimbang sangat penting untuk menunjang energi tubuh, mempercepat pemulihan, serta mencegah kelelahan kronis akibat defisiensi nutrisi.</p>
--	--	--	--

			2. Asupan nutrisi yang adekuat penting untuk mendukung pemulihan energi, meningkatkan daya tahan tubuh, dan memperbaiki status metabolik yang berkaitan dengan kelelahan.
4. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplay dengan kebutuhan oksigen (D.0056)	Setelah melakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam maka pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil; <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik:	Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu mengenali rutinitas pasien yang dapat memengaruhi kualitas dan kuantitas tidur serta menentukan intervensi yang tepat. 2. Mengetahui penyebab gangguan tidur seperti nyeri, kecemasan, stres, atau lingkungan tidak nyaman sangat penting untuk merancang strategi

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 	<p>manajemen tidur yang efektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Zat stimulan atau kebiasaan makan tertentu dapat mengganggu kualitas tidur. Mengidentifikasinya membantu dalam memberikan edukasi diet yang sesuai. 4. Mengetahui jenis dan pola penggunaan obat tidur penting untuk menghindari efek samping, ketergantungan, atau gangguan pada siklus tidur alami pasien. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan tidur yang nyaman dan kondusif sangat
--	--	---	---

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur. REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi, lainnya 	<p>berpengaruh dalam meningkatkan kualitas tidur pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tidur siang yang berlebihan dapat mengganggu pola tidur malam hari, terutama pada pasien dengan insomnia atau gangguan ritme sirkadian. 3. Stres dan kecemasan merupakan penyebab umum gangguan tidur; relaksasi membantu menenangkan sistem saraf dan mempersiapkan tubuh untuk tidur. 4. Tidur pada waktu yang sama setiap hari membantu membentuk ritme sirkadian
--	--	---	--

			<p>yang sehat dan meningkatkan konsistensi kualitas tidur.</p> <p>5. Prosedur ini dapat meningkatkan relaksasi otot, mengurangi ketidaknyamanan fisik, dan menciptakan rasa nyaman untuk mempermudah tidur.</p> <p>6. Menghindari intervensi medis yang mengganggu tidur (seperti pemberian obat malam hari) membantu mempertahankan tidur kontinu dan berkualitas.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Tidur cukup mendukung sistem imun, mempercepat pemulihan, dan mengurangi</p>
--	--	--	---

			<p>stres psikologis selama proses penyembuhan.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Konsistensi dalam waktu tidur membantu tubuh beradaptasi dengan pola tidur sehat dan meningkatkan kualitas tidur.3. Menghindari stimulan seperti kafein dan makanan berat menjelang tidur dapat mencegah terjadinya gangguan tidur.4. Tidur REM penting untuk pemulihan emosional dan kognitif. Obat tidur yang menekan fase ini dapat mengganggu restorasi fisiologis.
--	--	--	---

			<p>5. Pemahaman terhadap penyebab gangguan tidur dapat meningkatkan kesadaran pasien dan memotivasi perubahan perilaku yang sehat.</p> <p>6. Teknik relaksasi terbukti secara ilmiah membantu meredakan ketegangan otot dan menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik, sehingga meningkatkan kualitas tidur.</p>
5. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam maka Tingkat prenengetahuan	Intervensi edukasi kesehatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (I.12383). Observasi	<p>Observasi</p> <p>1. Menilai kesiapan dan kemampuan pasien penting agar informasi yang</p>

	<p>pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Verballisasi minat dalam belajarv meningkat - Kemampuan menggambarkan pengalaman meningkat - Perilaku sesuai dengan pengetahuan - Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan 	<p>diberikan dapat diterima dan dipahami dengan baik, serta sesuai dengan tingkat pendidikan dan kondisi psikis pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Faktor internal (keyakinan, pemahaman, kesehatan mental) dan eksternal (dukungan keluarga, ekonomi, budaya) memengaruhi keberhasilan perubahan perilaku. Identifikasi ini membantu dalam penyusunan strategi edukasi yang tepat. <p>Terapeutik</p>
--	--	--	---

	<p>- Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)</p> <p>-</p>	<p>perilaku hidup bersih dan sehat(SIKI, 2018)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan media (leaflet, poster, video, dll.) dapat memperjelas informasi, meningkatkan daya ingat, serta memfasilitasi pembelajaran yang lebih interaktif dan menarik. 2. Jadwal yang disepakati bersama membuat pasien lebih siap secara waktu dan mental, serta meningkatkan partisipasi aktif dalam sesi edukasi. 3. Memberikan ruang diskusi mendorong keterlibatan pasien, memperjelas informasi yang belum dipahami, dan membangun
--	---	--	--

			<p>hubungan saling percaya antara pasien dan perawat.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami faktor risiko (seperti merokok, kurang aktivitas fisik, sanitasi buruk, dll.) membantu pasien menyadari pentingnya perubahan perilaku untuk mencegah penyakit. 2. Memberikan pengetahuan konkret tentang praktik PHBS (misal: cuci tangan, konsumsi air bersih, kebersihan diri) membantu pasien menerapkan kebiasaan
--	--	--	---

			<p>sehat secara mandiri dan konsisten.</p> <p>3. Strategi seperti membuat jadwal kebersihan diri, menetapkan tujuan realistis, dan melibatkan keluarga dapat meningkatkan keberhasilan perubahan gaya hidup secara berkelanjutan.</p>
--	--	--	---

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan proses pelaksanaan langsung dari strategi yang telah dirancang sebelumnya, dengan maksud mendukung tercapainya sasaran yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, perawat mulai menjalankan intervensi keperawatan secara konkret guna memenuhi kebutuhan kesehatan klien sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Dalam tahap implementasi, perawat dituntut memiliki sejumlah kemampuan penting untuk memastikan intervensi keperawatan berjalan efektif.

2.2.4.1 Beberapa kompetensi utama yang perlu dimiliki perawat antara lain:

- a. Kemampuan berkomunikasi secara jelas dan efisien,
- b. Keterampilan membangun hubungan yang dilandasi rasa saling percaya dan dukungan,
- c. Penguasaan keterampilan psikomotor dalam tindakan keperawatan,
- d. Kemampuan melakukan observasi yang sistematis dan terarah,
- e. Keterampilan menyampaikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga,
- f. Kapasitas untuk bertindak sebagai advokat bagi pasien, serta
- g. Kecakapan dalam mengevaluasi hasil asuhan keperawatan (Ummah, 2019).

2.2.4.2 Prinsip implementasi

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan, terdapat sejumlah prinsip yang menjadi pedoman penting, yaitu:

- a. Tindakan yang dilakukan harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan klien secara individual.
- b. Intervensi keperawatan harus dilandasi oleh dasar ilmiah yang kuat, hasil-hasil riset terkini di bidang keperawatan, ketentuan standar pelayanan profesional, serta mematuhi ketentuan hukum dan etika profesi.

- c. Pelaksanaan tindakan harus mempertimbangkan dan memaksimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia, baik tenaga, alat, maupun waktu.
- d. Setiap tindakan dilakukan dengan penuh tanggung jawab dan sesuai dengan kewenangan yang melekat pada profesi perawat.
- e. Perawat wajib memahami secara menyeluruh dan tepat setiap rencana intervensi yang telah disusun sebelumnya.
- f. Dalam praktiknya, perawat harus mampu menjalin hubungan yang baik dengan klien sebagai individu unik, serta mendorong partisipasi aktif klien dalam perawatan dirinya sendiri.
- g. Fokus intervensi diarahkan pada upaya promotif dan preventif, menjaga rasa aman, menghormati martabat klien, serta melindungi klien dari risiko yang mungkin timbul.
- h. Tindakan keperawatan juga mencakup pemberian edukasi, motivasi, serta dukungan fisik dan emosional sesuai kebutuhan klien.
- i. Pendekatan yang digunakan bersifat menyeluruh, memperhatikan berbagai aspek kesehatan klien, baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual.
- j. Diperlukan kolaborasi aktif dengan tenaga kesehatan lain untuk memberikan pelayanan yang terpadu dan optimal (Made, 2023).
- k. Semua kegiatan keperawatan yang dilakukan harus dicatat secara sistematis dan akurat sebagai bagian dari dokumentasi profesional.

2.2.4.3 Pelaksanaan implementasi keperawatan

Didasarkan pada rencana intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya, dan terbagi menjadi tiga bentuk utama, yaitu:

- a. Implementasi Dependen: Tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan arahan dari tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapis, atau psikolog. Contohnya meliputi pemberian diet sesuai rekomendasi ahli gizi, atau terapi fisik sesuai instruksi dari fisioterapis.
- b. Implementasi Independen: Merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan atas inisiatif perawat sendiri, tanpa menunggu instruksi dari profesi lain. Umumnya mencakup pemenuhan kebutuhan dasar pasien,

seperti membantu aktivitas harian (ADL), menjaga kebersihan diri pasien, memposisikan pasien secara tepat, menciptakan lingkungan yang mendukung proses penyembuhan, serta mendokumentasikan tindakan keperawatan.

- c. Implementasi Kolaboratif atau Interdependen: Jenis tindakan yang dilakukan melalui kerjasama antara perawat dan tenaga kesehatan lain. Implementasi ini menggabungkan keahlian dan pengetahuan dari berbagai profesi kesehatan. Contohnya termasuk pemberian injeksi, pemasangan infus, kateter, atau selang NGT yang dilakukan melalui koordinasi antar tim (Ummah, 2019).
 1. Melaksanakan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi.
 2. Menjaga keamanan lingkungan tempat perawatan.
 3. Memberikan konsultasi atau arahan melalui media telepon.
 4. Mengatur pemindahan pasien ke unit lain untuk menjalani prosedur tertentu (Made, 2023).

2.2.4.4 Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana yang sudah di tuliskan meliputi :

Tabel 2.2 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan
<p>1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d spasme jalan nafas (D.0001)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor jalan nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis: gurgling.mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan head tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2. Memposisikan semi fowler atau fowler 3. Memberikan minum hangat 4. Melakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 6. Memerikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari 2. Mengajarkan teknik batuk efektif 3. Menganjurkan makan secara perlahan 4. Mengajarkan strategi mencegah aspirasi 5. Mengajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkolaborasi pemberian obat bronkodilator ekspektoran, mukolitik, jika perlu
<p>2. Pola nafas tidak efektif b,d hambatan Upaya nafas (D.0005)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2. Memposisikan semi-Fowler atau Fowler

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan minum hangat 4. Melakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Mencegah llaah menghalangi ndara 6. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 7. Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 8. Mengeluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 9. Memberikan oksigen, jika pertu, mengembalikan kadar normal or dimtbh. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengnjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Mengajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
<p>3. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplay dengan kebutuhan oksigen (D.0056)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Memonitor kelelahan fisik dan emosional

	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan tirah baring 2. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mensediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Meberikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
<p>4. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplay dengan kebutuhan oksigen (D.0056)</p>	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teb, alkohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

	<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 8. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 9. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. 10. Tetapkan jadwal tidur rutin 11. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 12. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur. REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi, lainnya
<p>5. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)</p>	<p>Intervensi edukasi kesehatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (I.12383). Observasi</p>

	<ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mensediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan2. Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan3. Memberikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan2. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat3. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat(SIKI, 2018)
--	---

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian yang dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien yang telah mengalami perubahan (berdasarkan hasil observasi) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dirumuskan pada tahap perencanaan asuhan keperawatan.

2.2.5.1 Macam-Macam Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dibedakan menjadi dua jenis utama:

a. Evaluasi Proses (*Formative Evaluation*)

1. Dilakukan setiap kali selesai memberikan intervensi keperawatan.
2. Fokus pada penyebab atau faktor etiologi dari masalah keperawatan.
3. Proses ini bersifat berkelanjutan hingga tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

b. Evaluasi Hasil (*Summative Evaluation*)

1. Dilaksanakan setelah semua intervensi keperawatan telah diberikan secara lengkap.
2. Menitikberatkan pada masalah keperawatan yang telah diidentifikasi.
3. Bertujuan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan atau kegagalan tindakan keperawatan.
4. Hasil evaluasi ini digunakan untuk membuat ringkasan dan kesimpulan mengenai status kesehatan pasien dalam rentang waktu tertentu.

2.2.5.2 Komponen Evaluasi dengan Format SOAP/SOAPIE/SOAPIER

Format SOAP dan variasinya (SOAPIE/SOAPIER) digunakan untuk membantu perawat dalam mengevaluasi kondisi dan perkembangan pasien secara sistematis.

a. S (Subjective Data)

Berisi keluhan atau ungkapan pasien yang dirasakan setelah menerima tindakan keperawatan.

b. O (Objective Data)

Data ini diperoleh dari hasil pengamatan atau pengukuran langsung oleh perawat, serta respons pasien terhadap tindakan yang telah diberikan.

c. A (*Assessment/Analysis*)

Merupakan interpretasi dari data subjektif dan objektif. Di sini, perawat menganalisis apakah masalah keperawatan masih ada, atau muncul masalah baru sebagai akibat dari perubahan kondisi pasien.

d. P (*Planning*)

Tahapan untuk menentukan apakah rencana tindakan akan diteruskan, dihentikan, diubah, atau ditambahkan.

1. Tindakan dihentikan bila masalah telah teratasi.
2. Dilanjutkan jika masalah masih berlangsung dan memerlukan waktu tambahan.
3. Dimodifikasi apabila tindakan sebelumnya kurang efektif dan perlu pendekatan alternatif.

e. I (*Implementation*)

Mencatat tindakan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana sebelumnya, disertai waktu dan tanggal pelaksanaannya.

f. E (*Evaluation*)

Berisi tanggapan atau perubahan kondisi pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan.

g. R (*Reassessment*)

Pengkajian ulang terhadap rencana keperawatan berdasarkan hasil evaluasi untuk menentukan tindak lanjut (Ummah, 2019).

2.2.5.3 Evaluasi yang dilakukan pada pasien Asthma Bronchia

Evaluasi keperawatan pada pasien asthma bronchiale yaitu Dipsnea menurun, penggunaan otot bantu nafas. panjang fase ekspirasi, frekuensi nafas, jalan nafas paten, ekspresi wajah, suara paru, jalan nafas paten (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

2.2.6 Dokumentasi Keperawatan

Prinsip pendokumentasian asuhan keperawatan

- 2.2.6.1 Hindari penggunaan cairan penghapus atau tipe-x saat melakukan pencatatan. Bila terjadi kesalahan, coret dengan satu garis, beri keterangan "salah", bubuhkan paraf, lalu tulis koreksi di sebelahnya.
- 2.2.6.2 Jangan mencantumkan komentar yang bersifat menyudutkan atau menilai negatif terhadap klien maupun tenaga kesehatan lainnya, karena hal ini bisa mencerminkan sikap tidak profesional dan mutu pelayanan yang kurang baik.
- 2.2.6.3 Segera perbaiki kesalahan pencatatan begitu diketahui, sebab kesalahan dalam dokumentasi dapat berujung pada kekeliruan tindakan keperawatan.
- 2.2.6.4 Pastikan semua informasi yang ditulis benar-benar berdasarkan fakta, akurat, dan dapat dipercaya. Hindari memasukkan asumsi atau dugaan pribadi dalam catatan.
- 2.2.6.5 Jangan tinggalkan ruang kosong di akhir entri dokumentasi keperawatan. Gunakan garis mendatar untuk menutup bagian kosong tersebut dan bubuhkan tanda tangan guna mencegah penambahan informasi yang tidak sah.
- 2.2.6.6 Gunakan tulisan tangan yang jelas, tinta permanen, dan bahasa yang lugas agar catatan mudah dibaca dan tidak menimbulkan salah tafsir.
- 2.2.6.7 Bila ada perintah atau instruksi dari perawat yang dicatat, tuliskan bahwa itu merupakan klarifikasi. Hal ini penting agar tindakan yang dilakukan tetap dalam batas kewenangan dan tidak berisiko hukum.
- 2.2.6.8 Dokumentasi harus ditulis oleh perawat yang bersangkutan, karena setiap perawat bertanggung jawab secara hukum atas catatan yang dibuatnya.
- 2.2.6.9 Hindari kalimat atau istilah yang terlalu umum. Gunakan penjelasan yang spesifik, ringkas, dan obyektif agar kondisi klien tergambar dengan jelas dan tidak menimbulkan kerancuan informasi.
- 2.2.6.10 Catat kronologi kejadian secara runtut dan bubuhkan tanda tangan setelah setiap sesi pencatatan. Dokumentasi harus memberikan gambaran yang akurat, lengkap, dan obyektif mengenai kondisi serta kejadian yang dialami klien.

2.2.6.11 Supaya mudah dibaca, gunakan tinta berwarna biru atau hitam dalam pencatatan keperawatan (Aziz, 2021).