

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Asma

Penyakit asma adalah terjadinya penyempitan saluran nafas akibat suatu proses peradangan (inflamasi). Pada asma, terjadi 3 (tiga) jenis proses yang bersamaan, yaitu peradangan (inflamasi) pada saluran nafas, penyempitan saluran nafas (bronkokonstriksi), pengeluaran cairan mukus/lendir pekat secara berlebihan akibat dari tiga proses pada asma tersebut, maka pasien asma dapat mengalami kesukaran bernafas atau sesak yang disertai batuk dan *mengi*. Bentuk serangan akut asma mulai dari batuk yang terus-menerus, kesulitan menarik nafas atau mengeluarkan nafas sehingga perasaan dada seperti tertekan, serta nafas yang berbunyi (Judarwanto, 2011). Asma adalah gangguan pada bronkus yang ditandai adanya bronkopasme periodik yang reversibel(kontraksi berkepanjangan saluran nafas bronkus).

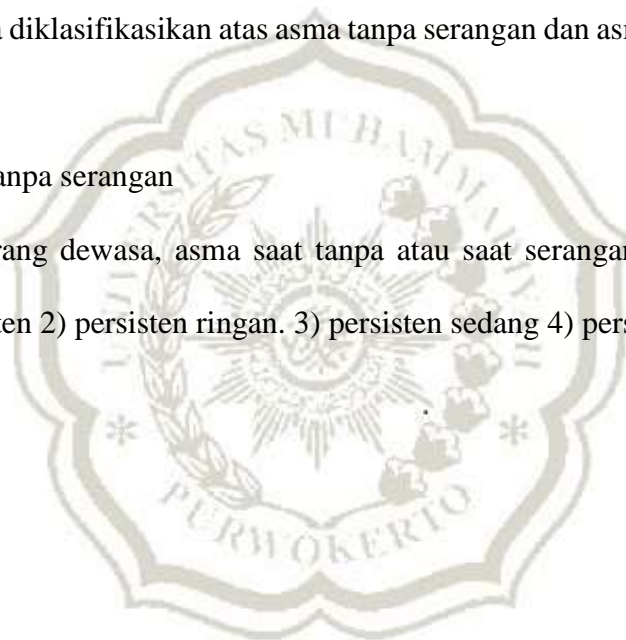
Asma adalah gangguan inflamasi kronik pada jalan nafas yang ditandai dengan episode *mengi*, sesak nafas, kekakuan dada, dan batuk berulang. Inflamasi menyebabkan peningkatan responsifitas jalan nafas terhadap stimuli yang multipel. Obstruksi aliran udara yang menyebar yang terjadi selama episode akut biasanya kembali baik secara spontan maupun dengan terapi. Pada beberapa pasien penderita asma dapat mengalami episode yang lebih lama dengan beberapa derajat gangguan jalan nafas setiap hari. Pada kasus yang langka, episode asma akut terlalu berat sehingga menghasilkan gagal nafas dan kematian (Linda, 2015)

Berat ringannya asma ditentukan oleh berbagai faktor, antara lain gambaran klinik sebagai pengobatan (gejala, eksaserbasi, gejala malam hari, pemberian obat inhalasi, β agonis dan uji faal paru) serta obat-obatan yang digunakan untuk mengontrol asma (jenis obat, kombinasi, dan frekuensi pemakaian obat). Dengan adanya pemeriksaan klinis termasuk dengan uji faal paru dapat menentukan klasifikasi menurut berat ringannya asma yang sangat penting bagi penatalaksanaannya.

Asma diklasifikasikan atas asma tanpa serangan dan asma saat serangan (akut) :

a. Asma tanpa serangan

Pada orang dewasa, asma saat tanpa atau saat serangan, terdiri dari 1) intermiten 2) persisten ringan. 3) persisten sedang 4) persisten berat



Tabel 2.1. Klasifikasi derajat asma berdasarkan gambaran klinis secara umum pada orang dewasa

Derajat asma	Gejala	Gejala	Faal paru
Intermiten	Bulanan -Gejala <1x/minggu -Tanpa gejala diluar ruangan -Serangan singkat	Malam ≤2x sebulan	APE ≤80% -VEP ≥80% Nilai prediksi APE ≥80% nilai terbaik -Variabiliti APE <20%
Persisten Ringan	Mingguan -Gejala <1x/minggu tetapi <1x/ hari -Serangan dapat mengganggu aktifitas dan tidur		APE >80% - VEP ≥80% Nilai prediksi APE ≥80% nilai terbaik - Variabiliti APE <20%-30%
Persisten Sedang	Harian -Gejala setiap hari -Serangan dapat mengganggu aktifitas dan tidur -Membutuhkan bronkodilator setiap hari	<2x sebulan	APE 60-80% -VEP 60-80% nilai prediksi APE 60-80% nilai terbaik -Variabiliti APE >30%
Persisten berat	Kontinyu -Gejala terus menerus -Sering kambuh -Aktifiti terbatas	Sering	APE ≤60% -VEP ≤60% nilai prediksi APE ≤60% nilai terbaik -Variabiliti APE >30%

Sumber: *Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, Asma Pedoman dan Penatalaksanaan, 2004*

Sedangkan pada anak, secara aribiteri Pedoman Nasional Asma Anak (PNAA) mengklasifikasikan derajat asma menjadi 1) Asma episodik jarang. 2) Asma episodik sering. 3) Asma persisten.

Tabel 2.2 Klasifikasi asma pada anak

Parameter klinis,kebutuhan obat, dan faal asma	Asma episodik jarang	Asma episodik sering	Asma persisten
1. Frekuensi serangan	<1x/bulan	>1x/bulan	Sering
2. Lama serangan	<1 minggu	>1 minggu	Hampir sepanjang tahun,tidak ada periode bebas serangan
3. Intensitas serangan	Biasanya ringan	Biasanya sedang	Biasanya berat
4. Diantar serangan	Tanpa gejala	Sering ada gejala	Gejala siang dan malam
5. Tidur dan aktifitas	Tidak terganggu	Sering terganggu	Sangat terganggu
6. Uji faal paru	PEF/FEV>80%	PEF/FEV> 60-80%	PEF/FEV> 60%
7. Variabilitas faal paru	Variabilitas >15%	Variabilitas >30%	Variabilitas 20-50%. Variabilitas >50%
8. Obat pengendali(anti inflamasi)	Tida peru	Perlu	Perlu

Sumber: Raharjo N, dkk. Pedoman Nasional Asma Anak. UKK

Pulmonologi, PP IDAI, 2004

b. Asma saat serangan

Klasifikasi derajat asma berdasarkan frekuensi derajat serangan dan obat yang digunakan sehari hari, asma juga dapat dinilai berdasarkan berat ringannya serangan. Global Intiatite for Asthma (GINA) membuat pembagian derajat serangan asma berdasarkan gejala dan tanda klinis, uji fungsi paru, dan pemeriksaan laboratorium. Derajat serangan menentukan

terapi yang akan diterapkan. Klasifikasi tersebut meliputi asma serangan ringan, asma serangan sedang, asma serangan berat.

Tabel 2.3. Klasifikasi asma menurut derajat serangan

Parameter klinis, fungsi paru, laboratorium	Ringan	Sedang	Berat	Ancaman henti nafas
Sesak (<i>breathless</i>)	Berjalan Bayi : Menangis keras	Berbicara Bayi : Tangis pendek & lemah Kesulitan menetek dan makan	Istirahat Bayi : Tidak mau minum / makan	
Posisi	Bisa berbaring	Lebih suka Duduk	Duduk bertopang lengan	
Bicara	Kalimat	Penggal kalimat	Kata-kata	
Kesadaran	Mungkin <i>Irritable</i>	Biasanya <i>Irritable</i>	Biasanya <i>Irritable</i>	Kebingungan
Sianosis	Tidak ada	Tidak ada	Ada	Nyata
<i>Wheezing</i>	Sedang, sering hanya pada akhir ekspirasi	Nyaring, Sepanjang ekspirasi ± inspirasi	Sangat nyaring, Terdengar tanpa stateskop	Sulit / Tidak terdengar
Retraksi	Dangkal, Restraksi Interkosta	Sedang, ditambah Retraksi suprasternal	Dalam, ditambah Napas cuping Hidung	Dangkal/ Hilang
Penggunaan otot Bantu respiratorik	Biasanya tidak	Biasanya ya	Ya	Gerakan paradox Torako- Abdominal
Frekuensi napas	Takipnu	Takipnu	Takipnu	Bradipnu

Pedoman nilai baku frekuensi napas pada anak sadar:

<u>Usia</u>	<u>frekuensi napas normal</u>
<2 bulan	< 60 / menit
2-12 bulan	< 50 /menit
1-5 tahun	< 40 / menit
6-8 tahun	< 30 / menit

Frekuensi nadi	Normal	Takikardi	Takikardi	Bradikardi
Pedoman nilai baku frekuensi nadi pada anak :				
	<u>Usia</u>	<u>Frekuensi nadi normal</u>		
	2-12 bulan	< 160 / menit		
	1-2 tahun	< 120 / menit		
	3-8 tahun	< 110 / menit		
Pulsus paradoksus	Tidak ada <10 mmHg	Ada 10-20 mmHg	Ada >20 mmHg	Tidak ada, Tanda kelelahan Otot respiratorik
PEFR atau FEV1 Prabronkodilator Pascabronkodilator	(% Nilai dugaan/ >60% >80%	Nilai terbaik) 40-60% 60-80%	<40% <60% Respon < 2 jam	
SaO₂ %	>95%	91-95%	≤90%	
PaO₂	Normal	>60 mmHg	< 60 mmHg	
PaCO₂	<45 mmHg	<45 mmHg	>45 mmHg	

Sumber: GINA, 2006

Keluhan utama penderita asma adalah sesak nafas mendadak disertai inspirasi yang lebih pendek dibandingkan dengan fase ekspirasi dan diikuti oleh bunyi mengi (*wheezing*), batuk yang disertai serangan sesak nafas yang kumat-kumatan. Pada beberapa penderita asma keluhan tersebut dapat menjadi ringan, sedang atau berat serta sesak nafas penderita timbul secara mendadak, dirasakan makin lama makin meningkat atau tiba-tiba menjadi berat. Hal ini sering terjadi terutama pada penderita dengan bronkhitis alergika atau radang saluran nafas bagian atas. Sedangkan pada sebagian besar penderita keluhan utama ialah sukar bernafas disertai rasa tidak enak didaerah retrosternal.

Menurut proses patofisiologi, adanya infeksi dapat merusak dinding bronchial, sehingga akan menyebabkan struktur penunjang dan meningkatnya produksi sputum kental yang akhirnya akan mengobstruksi bronkus. Dinding secara permanen menjadi distensi oleh batuk yang berat, infeksi meluas ke jaringan peribronkhial. Setiap kali dilatasi, sputum yang kental akan berkumpul di paru dan menjadi abses paru dan akan keluar melalui bronkus. Lobus bawah merupakan area yang paling sering terkena. Jaringan parut (fibrosis) terbentuk sebagai reaksi peradangan yang akan menggantikan fungsi dari jaringan paru. Pada saat ini kondisi klien berkembang ke arah insufisiensi pernafasan yang di tandai dengan penurunan kapasitas vital, penurunan ventilasi dan peningkatan ratio residual volume terhadap kapasitas total paru. Kemudian terjadilah kerusakan pertukaran gas dimana gas inspirasi saling bercampur dan terjadilah hipoksima.

Pencetus asma dapat berupa alergen, emosi stres, obat-obatan, infeksi dan lain-lain yang menimbulkan antigen dan antibody kemudian dikeluarkan oleh sel mast yaitu histamin, bradikinin, anafilaksin, dan prostaglandin (Yasmara, 2017), kemudian otot polos berkontraksi meningkatkan permeabilitas kapiler, dan ekskresi mukus meningkat kemudian menjadi obstruksi saluran napas yang menyebabkan batuk, dispnea dan mengi.

Asma merupakan stressor untuk terjadinya gangguan psikosomatik, artinya perjalanan asma yang panjang dan lama dapat menimbulkan gangguan psikis berupa ansietas maupun depresi (Mansjoer, 2014).

Intervensi dini dan pencegahan serangan asma merupakan strategi terapi asma pilihan untuk semua tingkatan asma. Rencana tata laksana asma tertulis milik pasien harus mencakup instruksi rinci mengenai cara mengatasi sendiri serangan asma akut di rumah dan pedoman saat harus mencari pertolongan medis, khususnya pada pasien dengan asma persisten berat atau sedang dan setiap pasien dengan riwayat serangan asma berat.

Rencana ini harus meliputi penilaian gejala yang timbul dan pengukuran aliran puncak berdasarkan zona hijau, kuning, dan merah. Rencana asma juga harus memasukan informasi tentang tenaga medis atau pelayanan gawat darurat yang bisa segera dihubungi bila terjadi perburukan gejala atau aliran puncak, penurunan respons terhadap pemberian SABA atau penurunan durasi efek obat. Jika pasien memerlukan bantuan gawat darurat, lima langkah yang dapat membantu pasien dalam menangani dan mengontrol asmanya (Clark, 2013).

a. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Asma

1. Pengkajian

a) Pengkajian primer asma

1) Airway

- Peningkatan sekresi nafas
- Bunyi nafas krekles, ronchi, weezing

2) Breathing

- Distress pernafasan : pernafasan cuping hidung, takipneu/bradipneu, retraksi.

- Menggunakan otot aksesoris pernafasan
- Kesulitan bernafas : diaforesis, sianosis

3) Circulation

- Penurunan curah jantung : gelisah alergi, takikardi
- Sakit kepala
- Gangguan tingkat kesadaran : ansietas , gelisah
- Urine output menurun

4) Dissability

- Mengetahui kondisi umum dengan pemeriksaan cepat status umum dan neurologi dengan memeriksa atausek kesadaran, reaksi pupil.

a. Pengkajian sekunder

1) Anamnesis

Anamnesis pada penderita asma sangat penting, berguna untuk mengumpulkan berbagai informasi yang diperlukan untuk menyusun strategi pengobatan. Gejala asma sangat bervariasi baik antar individu maupun pada diri individu itu sendiri (pada saat berbeda), dari tidak ada gejala sama sekali sampai kepada sesak yang hebat yang disertai gangguan kesadaran. Keluhan dan gejala tergantung berat ringannya pada waktu serangan. Pada serangan asma bronkial yang ringan dan tanpa adanya komplikasi, keluhan dan gejala tak ada yang khas. Keluhan yang paling umum ialah : Napas berbunyi, Sesak, Batuk, yang timbul secara tiba-tiba dan dapat hilang segera dengan spontan atau dengan pengobatan, meskipun ada yang berlangsung terus untuk waktu yang lama.

2) Pemeriksaan fisik

Berguna selain untuk menemukan tanda-tanda fisik yang mendukung diagnosis asma dan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain, juga berguna untuk mengetahui penyakit yang mungkin menyertai asma, meliputi pemeriksaan

3) Status kesehatan umum

Perlu dikaji tentang kesadaran klien, kecemasan, gelisah, kelemahan suara bicara, tekanan darah nadi, frekuensi pernapasan yang meningkat, penggunaan otot-otot pembantu pernapasan sianosis batuk dengan lendir dan posisi istirahat klien.

4) Integumen

Dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, mengelupas atau bersisik, perdarahan, pruritus, enseim, serta adanya bekas atau tanda urtikaria atau dermatitis pada rambut di kaji warna rambut, kelembapan dan kusam.

5) Thorak

a) Inspeksi

Dada di inspeksi terutama postur bentuk dan kesimetrisan adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot interkostalis, sifat dan irama pernapasan serta frekuensi pernapasan

b) Palpasi

Pada palpasi dikaji tentang kesimetrisan, ekspansi dan tekstil premitus

c) Perkusi

Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah

d) Auskultasi

Terdapat suara vesikuler yang meningkat disertai dengan expirasi lebih dari 4 detik atau lebih dari 3xinspirasi, dengan bunyi pernafasan dan wheezing.

6) Sistem pernafasan

a) Batuk mula mula kering tidak produktif kemudian makin keras dan seterusnya menjadi produktif yang mula mula encer dan kemudian menjadi kental. Warna dahak jernih atau putih tetapi juga bisa kekuningan atau kehijauan terutama kalau terjadi infeksi sekunder

b) Frekuensi pernafasan meningkat

c) Otot otot bantu nafas menjadi hipertofi

d) Bunyi pernafasan mungkin melemah dengan ekspirasi yang memanjang disertai ronkhi kering dan weezhing

e) Ekspirasi lebih dari pada 4detik atau 3x lebih panjang dari pada inspirasi atau mungkin lebih

f) Pada pasien yang sesaknya hebat mungkin ditemukan hiperinflasi paru.

2. Diagnosis Keperawatan

a. Diagnosis keperawatan

1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Definisi :

Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas .

Faktor yang berhubungan :

- Merokok/perokok pasif
- Mukus berlebihan, sekresi tertahan, eksudat di dalam alveoli
- Penyakit paru obstruksi kronik
- Spasme jalan nafas, jalan nafas alergi

Klasifikasi hasil keperawatan (NOC) :

Status pemaasan: patensi jalan nafas

- Mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan suara nafas bersih atau di bersihkan
- Menunjukkan perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan bersihan jalan nafas

Klasifikasi intervensi keperawatan (NIC):

Menejemen jalan nafas

- Auskultasi jalan nafas. Catat suara nafas tambahan seperti mengi, crackles, atau ronki
- Kaji dan pantau frekuensi pernafasan. Catat resiko inspirasi ke ekskresi

- Catat adanya derajat dispnea, ansietas, distress pernafasan dan adanya otot bantu pernafasan
- Bantu klien mempertahankan posisi nyaman untuk memfasilitasi pernafasan dengan meninggikan kepala tempat tidur, bersandar pada meja diatas tempat tidur, atau duduk ditepi meja tempat tidur
- Beri humidifikasi tambahan, seperti nebulizer ultrasonik dan humidifier aerosol ruangan
- Bantu dengan terapi pernafasan seperti spirometri dan fisioterapi dada

Rasional :

- Bersihan jalan nafas yang tidak efektif dapat dimanifestasikan dengan adanya bunyi nafas adventisius
- Tachipnea biasa ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/ adanya proses infeksi akut
- Peninggian kepala tempat tidur memudahkan fungsi pernafasan dengan menggunakan grafitasi
- Merelaksasikan otot halus dan menurunkan spasme jalan nafas, mengi, dan produksi mukosa.

2) Gangguan pertukaran gas

Definisi :

Kelebihan atau defisit oksigenasi dan eliminasi karbondioksida pada membran alveolar kapiler

Faktor yang berhubungan:

- Ketidakseimbangan ventilasi perfusi (sekresi tertahan, bronkopasme, udara terperangkap)
- Perubahan membran kapiler alveolar

Klasifikasi hasil keperawatan (NOC):

- Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi jaringan yang adekuat dengan GDA berada dalam kisaran normal klien dan terbebas dari gejala distress pernafasan
- Berpartisipasi dalam regimen terapi sesuai tingkat kemampuan individu dan situasi yang dialami

Klasifikasi intervensi keperawatan (NIC) :

Manajemen asam basa

- Kaji frekuensi kedalaman frekuensi pernafasan
- Tinggikan kepala tempat tidur dan bantu klien mengambil posisi yang memudahkan pernafasan
- Dorong pengeluaran sputum
- Auskultasi bunyi nafas
- Beri oksigen tambahan secara bijaksana via kanula nasal

Rasional :

- Manifestasi distres pernafasan tergantung pada derajat keterlibatan paru dan status kesehatan umum
- Peninggian kepala tempat tidur memudahkan fungsi pernafasan dengan menggunakan grafitasi
- Meningkatkan pengeluaran sekret untuk memperbaiki ventilasi.
- Bunyi nafas menurun/tidak ada bila jalan nafas terdapat obstruksi kecil.
- Memaksimalkan bernafas dan menurunkan kerja nafas

3) Stres Berlebihan

Definisi :

Jumlah dan jenis permintaan atau tuntutan yang berlebihan yang memerlukan aksi atau tanggapan

Faktor yang berhubungan

- Stres berlebihan
- aman kematian
- stres berlebihan
- Stressor

Klasifikasi hasil keperawatan (NOC)

Tingkat kecemasan

- a. Perasaan gelisah
- b. Distres
- c. Gangguan tidur

Klasifikasi intervensi keperawatan (NIC):

Terapi relaksasi otot progresif

- Pilih tempat yang tenang dan nyaman
- Dudukan pasien dikursi malas atau yang kursi lain untuk menciptakan kenyamanan
- Anjurkan pasien memakai pakaian yang nyaman
- Anjurkan pasien melakukan relaksasi otot rahang
- Anjurkan pasien menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing masing 8 sampai 16 kali
- Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram.
- Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang
- Anjurkan berlatih diantara sesi reguler dengan perawat

Evaluasi

- a. Respon terhadap intervensi, pengajaran dan tindakan yang dilakukan oleh terapis
- b. Pencapaian menuju hasil yang diharapkan

B. Depresi pada Asma

Depresi menurut WHO (World Health Organization) merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan mood tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energi, dan konsentrasi yang rendah. (Lorensia et al., 2015)

Menurut *American Psychological Association (APA)* (dalam Fitriani & Hidayah, 2012), depresi merupakan perasaan sedih atau kosong yang disertai dengan penurunan minat terhadap aktivitas yang menyenangkan, gangguan tidur dan pola makan, penurunan kemampuan berkonsentrasi, perasaan bersalah yang berlebihan, dan munculnya pikiran tentang kematian atau bunuh diri.

Depresi adalah gangguan internalisasi, seperti gangguan kecemasan, penarikan sosial dan somatik. Pasien yang mengalami asma dalam waktu yang lama cenderung mengakibatkan rasa stres dan tertekan kejiwaannya. Sehingga tidak langsung dapat berakibat kepada keparahan penyakit asma yang diderita. Asma sendiri dapat merupakan stresor untuk terjadinya gangguan psikomatik. Artinya perjalanan asma yang panjang dan lama dapat menimbulkan gangguan psikis berupa ansietas maupun depresi.

Pada beberapa penelitian disebutkan bahwa pada pasien asma yang ringan gangguan psikomatik yang muncul lebih banyak berupa ansietas, sedangkan pada asma berat dan tergantung pada steroid umumnya ditemukan depresi. Problem psikis yang dialami pasien biasanya berupa stresor

psikososial yang tak bisa diselesaikan. Stresor psikososial inilah yang kemudian membangkitkan serangan asma atau memperburuk perjalanan penyakitnya (Gunawan, 2014).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wilson et al. (2011) menunjukkan bahwa asma sangat erat berhubungan dengan kualitas hidup pasien. Dari data hasil penelitiannya tingkat keparahan terkendali yang tidak menderita maupun menderita kecemasan terdapat jumlah responden yang hampir sama. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sarafino (1998) yang menyatakan bahwa dengan tingkat keparahan ringan dari suatu penyakit tidak terlalu menimbulkan kecemasan dan depresi. Profil responden dengan kategori tingkat keparahan dengan status depresi didapatkan data tersebut tidak menunjukkan bahwa responden dengan tingkat keparahan yang tidak terkendali tidak menderita depresi.

C. Relaksasi Otot Progresif

Teknik relaksasi otot progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Purwanto, 2013). Teknik relaksasi otot progresif merupakan suatu terapi relaksasi yang diberikan kepada klien dengan menegangkan otot-otot tertentu dan kemudian relaksasi. Relaksasi progresif adalah salah satu cara dari teknik relaksasi mengombinasikan latihan napas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot tertentu (Kustanti dan Widodo, 2008). Hal ini dikarenakan relaksasi otot progresif

merupakan jenis relaksasi termurah, mudah untuk dilakukan secara mandiri. Tujuan pokok teknik relaksasi adalah untuk menahan terbentuknya respon stres terutama dalam sistem saraf dan hormon. Pada akhirnya teknik relaksasi dapat membantu mencegah atau meminimalkan gejala fisik akibat stres ketika tubuh bekerja berlebihan dalam menyelesaikan masalah sehari-hari (*National Safety Council, 2004*).

Ahli fisiologis dan psikologis Edmund Jacobson (1930, dalam Sustrani, Alam & Hadibroto, 2004, hlm.82) menjelaskan bahwa relaksasi otot progresif adalah cara yang efektif untuk mengurangi tekanan akibat masalah psikologis, dimana kita bisa belajar bagaimana mengistirahatkan otot-otot melalui suatu cara yang tepat. Sejalan dengan penelitian Oktavianis (2010) yang menjelaskan bahwa PMR efektif untuk menurunkan tingkat stres pada responden.

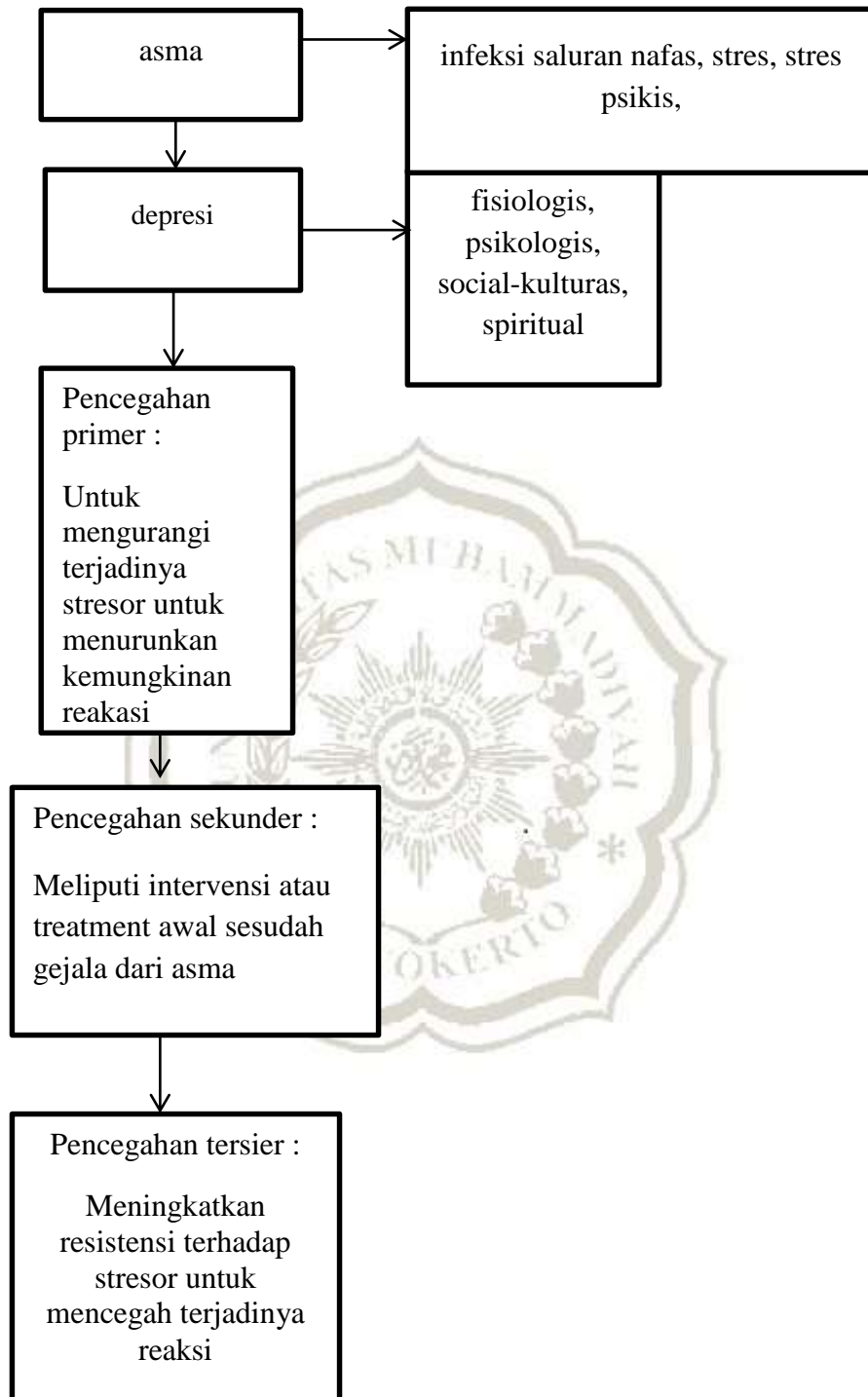
D. Kerangka Teori Penelitian

Penelitian ini menggunakan model Sistem Neuman yaitu menggunakan sebuah sistem pendekatan untuk menggambarkan bagaimana klien mengatasi tekanan (stressor) dalam lingkungan internal atau eksternal mereka. Perawat yang menggunakan teori Neuman dalam praktek pelayanan mereka berfokus pada respons klien terhadap tekanan (Meleis, 2006 dalam Potter dan Perry, 2009). Konsep yang dikemukakan oleh Betty Newman adalah konsep "Health care system" yaitu model konsep yang menggambarkan aktifitas keperawatan yang ditujukan kepada penekanan penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan diri secara fleksibel atau normal. Betty

Neuman mendefinisikan manusia secara utuh merupakan gabungan dari konsep holistik (fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan dan variabel spiritual) dan pendekatan sistem terbuka. Model sistem neuman memberikan perspektif yang komprehensif, fleksibel, holistik dan berbasis sistem untuk keperawatan. Model konseptual keperawatan ini memusatkan perhatian pada respons sistem klien terhadap stressor lingkungan aktual atau potensial dan penggunaan intervensi pencegahan keperawatan primer, sekunder, dan tersier untuk pencapaian retensi dan pemeliharaan sistem klien yang optimal.

Klien asma juga dipandang mengalami kondisi yang bervariasi, sesuai depresi yang dialami. Ketika stressor terjadi individu banyak membutuhkan informasi atau bantuan mengenai stressor. Pemberian relaksasi otot progresif merupakan rencana tindakan perawat untuk membantu perkembangan klien.

Menurut Neuman 2002 dalam Tomey & Alligood (2006) intervensi adalah tindakan yang bertujuan untuk membantu klien mempertahankan, mencapai atau mendapatkan stabilitas stressor.

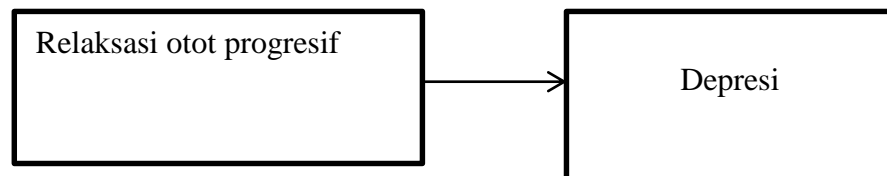


Gambar 2.1

E. Kerangka Konsep

Variabel bebas

Variabel terikat



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

F. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Penerapan teknik relaksasi otot progresif berpengaruh terhadap depresi pada pasien asma

