

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Asma merupakan salah satu penyakit saluran nafas yang banyak dijumpai, baik pada anak-anak maupun dewasa. Kata asma (asthma) berasal dari bahasa Yunani yang berarti “terenggah enggah”. Lebih dari 200 tahun yang lalu, Hippocrates menggunakan istilah asma untuk menggambarkan kejadian pernafasan yang pendek-pendek (shortness of breath). Sejak itu istilah asma sering digunakan untuk menggambarkan gangguan apa saja yang terkait dengan kesulitan bernafas, terutama ada istilah asma kardiak dan asma bronkial. Ikawati, (2014 hal 104).

Asma adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermiten, reversible dimana trachea dan bronchi merespon secara hiperaktif terhadap stimulasi tertentu. Inflamasi kronik menyebabkan peningkatan hiperresponsif jalan nafas yang menimbulkan gejala episodik berulang berupa wheezing, sesak napas, dada terasa berat dan batuk-batuk terutama pada waktu malam atau dinihari. Serangan asma mengakibatkan klien tidak dapat beraktivitas melakukan kegiatan harian, sehingga menambah produktivitas menurun serta menurunkan kualitas hidup. Wahid dan Suprpto, (2013 hal 62).

Asma merupakan penyakit yang manifestasinya sangat bervariasi. Sekelompok pasien mungkin bebas dari serangan dalam jangka waktu lama dan hanya mengalami gejala jika mereka berolahraga atau terpapar alergen atau terinfeksi virus pada saluran pernafasannya. Pasien lain mungkin mengalami gejala yang terus menerus atau serangan akut yang sering. Pola gejalanya juga berbeda antar satu pasien dengan pasien lainnya.

2. Etiologi

Asma yang terjadi pada anak-anak sangat erat kaitannya dengan alergi. Kurang dari 80% pasien asma memiliki riwayat alergi. Asma yang muncul pada saat dewasa dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti: adanya

sinusitis, polip hidung, sensitivitas terhadap aspirin atau obat-obatan anti inflamasi non steroid (AINS), atau mendapat picuan di tempat kerja. Beberapa faktor resiko terjadinya asma dapat dibagi menjadi dua, yaitu yang menyebabkan berkembangnya asma pada individu dan yang memicu terjadinya gejala asma. faktor yang pertama utamanya berasal dari faktor pasien, yang meliputi unsur genetik, obesitas, dan jenis kelamin. Ikawati, (2014 hal 106).

Asma memiliki komponen herediter, dimana banyak gen terlibat dalam perkembangan pathogenesis penyakit ini. penelitian mengenai unsur genetik yang terlibat pada pathogenesis asma berfokus pada 4 area besar, yaitu: produksi IgE spesifik, ekspresi hiperresponsivitas saluran nafas, pembentukan mediator inflamasi seperti sitokin, chemokin, dan faktor pertumbuhan; serta penentuan rasio respon imun limfosit Th1 dan Th2. Namun demikian, pencarian gen spesifik yang terlibat dalam kerentanan individu terhadap alergi atau asma sampai sekarang masih berjalan dan belum menghasilkan penemuan yang konsisten. obesitas juga merupakan faktor resiko terjadinya asma pada individu, dimana kelebihan berat badan dan obesitas meningkatkan resiko kejadian asma sampai 50%, baik pada pria maupun wanita. Jenis kelamin merupakan faktor resiko asma pada anak-anak. Pada anak-anak dibawah umur 14 tahun prevalensi asma pada laki-laki hampir dua kali lipat pada anak perempuan.

Faktor lingkungan lebih berperan dalam memicu kekambuhan asma. Beberapa diantaranya adalah allergen, infeksi, obat/bahan sensitizer, asap rokok, dan polusi udara, baik di dalam maupun di luar ruangan. Selain itu, ada faktor lain yang dapat meningkatkan keparahan asma. Beberapa di antaranya adalah *rinitis* yang tidak diobati atau *sinusitis*, gangguan *refluks gastroesofagal*, sensitivitas terhadap aspirin, pemaparan terhadap senyawa *sulfit* atau golongan beta bloker, dan *influenza*, faktor mekanik, dan faktor psikis (misalnya stress).

3. Klasifikasi asma

Ikawati, (2016 hal 120) Menjelaskan Ada beberapa klasifikasi asma antara lain adalah asma ringan adalah asma yang terkontrol dengan pengobatan tahap 1 atau tahap 2, yaitu terapi pelega bila perlu saja, atau dengan obat pengontrol dengan intensitas rendah seperti steroid inhalasi dosis rendah atau antagonis leukotrien, atau kromon, asma sedang adalah asma yang terkontrol dengan pengobatan tahap 3, yaitu terapi dengan obat pengontrol kombinasi steroid dosis rendah plus long acting beta agonist (LABA), asma berat adalah asma yang membutuhkan terapi 4 dan 5, yaitu terapi dengan obat pengontrol kombinasi steroid dosis tinggi *plus long acting beta agonist* (LABA) untuk menjadi terkontrol, atau asma yang tidak terkontrol meskipun telah mendapat terapi.

4. Patofisiologi

Wahid dan Suprpto, (2013, hal 64) Menyatakan Pada asma, proses radang menyebabkan peningkatan aktivitas jalan napas. Pengendalian atau pencegahan radang merupakan inti manajemen asma. Asma terjadi akibat berbagai respon kompleks terkait pemicu. Saat proses tersebut mulai terjadi, sel mast, limfosit T, makrofag, dan sel epitel terlibat dalam pelepasan mediator radang. Eosinofil dan neutrofil migrasi ke jalan napas, menyebabkan cedera, mediator kimia, seperti leukotrien, bradikinin, histamin, dan faktor pengaktif trombosit juga berperan dalam respon radang tersebut adanya leukotrien menyebabkan konstirksi jalan napas jangka panjang. Kendali saraf otonom tonus jalan napas terkena, sekresi mukus jalan napas meningkat, fungsi mukosilia berubah, dan responsivitas otot polos jalan napas meningkat. Akibatnya terjadi bronkonstriksi akut, edema jalan napas, dan sembatan mukus. Pada penderita asma biasanya bias melakukan inspirasi dengan baik dan adekuat, tetapi sekali-kali melakukan ekspirasi. Hal ini menyebabkan dipsnea. Kapasitas residu fungsional dan volume residu paru menjadi meningkat selama serangan asma akibat kesukaran mengeluarkan udara ekspirasi dari paru Ini yang bisa menyebabkan barrel chest.

Masriadi, (2016 hal 185) Menjekaskan Asma merupakan penyakit inflamasi pada saluran nafas, yang di tandai dengan bronkokonstriksi, inflamasi dan respon yang berlebihan terhadap aliran udara dan penurunan kecepatan aliran udara akibat penyempitan bronkus. Akibatnya terjadi hiperinflasi distal perubahan mekanis paru-paru dan meningkatnya kesulitan bernafas. Selain itu juga terjadi peningkatan sekresi mucus yang berlebihan. Secara klasik asma dibagi dalam dua kategori berdasarkan faktor pemicu, yaitu asma ekstrinsik atau alergik dan asma intrinsik atau indiosinkratik. asma ekstrinsik mengacu pada asma yang disebabkan karena menghirup alergen, yang biasanya terjadi pada anak-anak yang memiliki keluarga dengan riwayat penyakit alergi (baik eksim, ultikaria, atau hay fever). Asma intrinsik mengacu pada asma yang disebabkan karena faktor di luar mekanisme imunitas dan umumnya dijumpai pada orang dewasa. Beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya asma antar lain: udara dingin, obat-obatan, stress dan olahraga khusus untuk asma yang dipicu oleh olahraga dikenal dengan istilah exercise-induced asthma. Sel-sel inflamasi yang terlibat dalam patofisiologi asma terutama adalah sel mast, limfosit, eosinofil.

5. Tanda dan gejala

Masriadi, (2016 hal 183) Dalam penelitiannya menyimpulkan Secara umum tanda dan gejala asma adalah sesak nafas, batuk berdahak dan suara nafas yang berbunyi ngik-ngik dimana seringkali gejala ini timbul pada pagi hari menjelang waktu subuh, hal tersebut karena pengaruh keseimbangan hormon kortisol yang kadarnya rendah ketika pagi hari dan berbagai faktor lainnya. Penderita asma akan mengeluhkan sesak nafas karena udara pada pernafasan tidak dapat mengalir dengan lancar pada saluran nafas yang sempit dan hal ini juga menyebabkan timbulnya ngik-ngik pada saat bernafas. Pada penderita asma, penyempitan saluran pernafasan yang terjadi dapat berupa pengerupan dan tertutupnya saluran oleh dahak yang diproduksi secara berlebihan dan menimbulkan batuk sebagai respon untuk mengeluarkan dahak tersebut. Biasanya pundak akan membungkuk lalu susah berbicara dan sulit berkonsentrasi dan biasanya kulit menjadi membiru bermula dari mulut.

Menurut Clark,(2013 hal16-24) Berbagai tipe asma antara lain:

1) Asma pada masa kanak-kanak.

Asma adalah penyakit kronis yang paling sering pada anak dan, jika tidak diterapi, akan memberikan efek buruk secara langsung pada kualitas hidup seseorang anak, meskipun sebagian besar anak dengan asma menunjukkan gejala yang khas berupa wheezing, namun banyak yang tidak menunjukkan gejala tersebut.seorang anak dapat mengeluhkan bahwa dadanya tidak enak atau nyeri kr-etika mereka berlari dan bermain. Mereka juga menunjukkan gejala gelisah dan batuk. Hal ini dapat merupakan tanda asma dan harus dievaluasi jika sering berulang. Deteksi asma pada bayi biasanya sulit. Bayi belum dapat diajak berkomunikasi dan tidak terdapat alat uji definitif untuk mendiagnosis asma pada bayi.

2) Asma akibat kerja/okupasion.

Asma akibat kerja (AKK) didefinisikan sebagai respon jalan napas terhadap debu, uap, gas atau asap yang berada di udara sekitar lingkungan kerja. Kondisi ini dapat dibagi menjadi asma eksaserbasi kerja (AEK), yaitu bila individu tersebut sudah mempunyai penyakit asma yang diperberat oleh lingkungan kerja, dan asma okupasional (AO) asma yang secara langsung disebabkan oleh paparan lingkungan kerja.

3) Asma Nokturnal, penyakit refluks gastroesofsgeal dan obstructive sleep apnea.

Sampai saat ini masih diperdebatkan apakah asam nokturnal merupakan tipe asma tersendiri atau merupakan bagian dari asma secara umum. Terdapat suatu data yang menyebutkan bahwa gejala asma saat malam hari merupakan indikator dari asma yang secara umum yang tidak terkontrol. Sudah terbukti bahwa anak dengan asma yang sering terbangun malam hari dapat mempengaruhi angka kehadiran dan presentasinya di sekolah, begitu pula akan mempengaruhi angka kehadiran orang tuanya di tempat kerja.

Munculnya gejala asma nokturnal banyak dikaitkan dengan penyakit refluks gastroesofageal (PRGE). Darta menunjukkan bahwa PRGE yang

terjadi saat pasien tidur dapat mengakibatkan terjadinya asma nokturnal. Terapi PRGE dengan inhibitor pompa proton tidak dapat secara langsung memperbaiki gejala asma.

4) Asma dalam kehamilan dan terkait menstruasi.

Asma bukan kontraindikasi kehamilan, ibu hamil dengan asma yang sulit terkontrol memiliki resiko lebih tinggi bagi dirinya dan bayinya jika ia mengalami eksaserbasi. Asma yang tidak terkontrol dapat memberikan efek serius pada bayi, seperti peningkatan mortalitas prinal, peningkatan kemungkinan lahir prematur dan bayi berat lahir rendah. wanita hamil dengan asma harus dipantau secara ketat dan harus dilakukan penyesuaian terhadap obat-obatan yang diberikan serta rencana terapi untuk memastikan asma terkontrol dengan baik sehingga dapat mengurangi risiko yang tidak diinginkan pada bayi dan ibu.

5) Asma resisten terapi.

Asma resisten terapi adalah terminologi yang digunakan untuk menggambarkan 5- 10% pasien yang tidak memberi respon dengan terapi kortikosteroid. Kondisi ini dapat dijumpai pada semua derajat keparahan asma, meskipun sebagian besar diantaranya dijumpai pada asma berat.

6) Asma terkait pencetus.

Asma terkait pencetus adalah terminologi yang digunakan untuk menggambarkan fenotip asma pada suatu keluarga, yang timbulnya asma disebabkan oleh suatu pencetus atau zat iritan. Terminologi ini mencakup asma alergi, asma okupasional, asma akibat aspirin, asma terkait kehamilan/menstruasi dan asma akibat aktivitas fisik

7) Asma alergi.

Asma alergi didefinisikan sebagai munculnya gejala asma akibat paparan terhadap alergen yang bersifat iritan. asma alergi biasanya disebabkan oleh inflamasi jalan nafas, meskipun definisi pasti yang menyebabkan asma alergi belum diketahui dengan pasti.

6. Penatalaksanaan

Muttaqin, (2014, hal 79) menjelaskan beberapa prinsip umum dalam pengobatan asma yaitu, menghilangkan obstruktif jalan nafas, menghindari faktor yang bisa menimbulkan serangan asma, menjelaskan kepada penderita dan keluarga mengenai penyakit asma, dan pengobatannya. Penatalaksanaan pada asma dibagi menjadi dua yaitu pengobatan farmakologi, pengobatan nonfarmakologi dan bronkodilator yaitu obat yang melebarkan jalan nafas. Farmakologi terbagi menjadi beberapa, yaitu:

a. adrenergik (adrenalin dan efedrin) misalnya:

Obat golongan simpatomik tersedia dalam bentuk tablet, sirup, suntikan dan semprotan (metered dose inhaler) ada yang berbentuk hirup (ventolin diskhaler dan bricasma turbuhaler) atau cairan bronchodilator (Alupen, Berotec brivasma sets ventolin) yang oleh alat akusis diubah menjadi aerosol (partikel sangat halus) untuk selanjutnya dihirup.

b. Santin/Teofilin

Cara pemakaian adalah dengan disuntikkan langsung ke pembuluh darah secara perlahan. Karena sering merangsang lambung bentuk sirup atau tablet sebaiknya diminum setelah makan, ada juga yang bentuk supositoria untuk penderita yang tidak memungkinkan untuk minum obat misalnya dalam kondisi muntah atau lambungnya kering.

c. Kromalin

Bukan bronkodilator terapi obat pencegah serangan asma pada penderita anak. Kromalin biasanya diberikan bersama obat anti asma dan efeknya baru terlihat setelah satu bulan.

d. Ketolifen

Ketolifen mempunyai efek pencegahan terhadap asma dan diberikan dalam dosis dua kali 1 mg/hari. Keuntungannya adalah dapat diberikan secara oral.

Pengobatan nonfarmakologi dibagi menjadi 3 yaitu:

- a) Penyuluhan. Penyuluhan ini ditujukan untuk peningkatan pengetahuan klien tentang penyakit asma sehingga klien secara sadar menghindari faktor-faktor pencetus, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi pada tim kesehatan.
- b) Menghindari faktor pencetus. Klien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan asma yang ada pada lingkungannya, diajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pencetus, termasuk intake cairan yang cukup bagi klien.
- c) Fisioterapi, dapat digunakan untuk mempermudah pengeluaran mukus. Ini dapat dilakukan dengan postural drainase, perkusi dan disioterapi dada.

7. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin akan timbul antara lain Status asmatikus: suatu keadaan darurat medis berupa serangan asma akut yang berat bersifat refractor terhadap pengobatan yang lazim dipakai. Atelektasis: ketidakmampuan paru berkembang dan mengempis. Hipoksemia: adalah kondisi dimana terjadi penurunan konsentrasi oksigen didalam darah kadar oksigen dalam darah berada dibawah normal, Pneumotoraks: penggumpalan udara atau gas dalam rongga pleura yang berada antara paru-paru dan torak, Emfisema, Deformitas thoraks, Gagal nafas dapat mengakibatkan gagal jantung, kesulitan emosional dan menyebabkan kematian. Astuti dan Rahmat,(2010 hal 41).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan Keluarga pada pasien asma dengan gangguan Pola Nafas Tidak Efektif.

Keperawatan keluarga adalah proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan. Pelayanan keperawatan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan dengan memobilisasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari

profesi lain termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sektor lain di komunitas.

Hidayat (2008) menjelaskan proses keperawatan adalah suatu pendekatan secara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan sehingga setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan komponen dalam proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Maglaya (2009) yang disitasi oleh Riasmini, Permatasari, Chairani, Astuti, Ria, dan Handayani (2017) Pengkajian keluarga merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat pengkajian. Pengkajian keperawatan dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Somantri, (2009 hal 181-182) menjelaskan Fokus pemeriksaan fisik pernapasan adalah inspeksi: pada klien dengan asmatikus terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernapasan, penggunaan otot bantu napas, terlihat kelelahan sampai gelisah, dan kadang didapatkan kondisi sianosis. Palpasi: pada palpasi kesimetrisan, ekspansi, dan taktil fremitus biasanya normal. Perkusi: pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor, sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah. Auskultasi: ekspirasi memanjang disertai wheezing (di apeks dan hilus). *Variable* data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup:

- a. Data umum/identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.

- b. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, dan penggunaan alat bantu atau protesa serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit/alergi.
- c. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan (saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, diagnosis medis, rujukan dokter atau rumah sakit, keadaan umum, kaji terjadi penurunan konsentrasi, mengalami sesak nafas pada malam hari atau pagi hari, kaji juga apakah pasien batuk dan adanya retraksi dinding dada, kaji kemampuan sensoris (sentuhan, panas/dingin, vibrasi) ekstremitas, kaji perubahan warna dan turgor kulit kaji adanya lesi pada kulit, adanya gangguan pola istirahat dan tidur karena sesak nafas yang dialami pada malam hari atau pagi hari, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, kebersihan lingkungan, perawatan diri sehari-hari.
- d. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah, dan lain-lain.
- e. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di rumah. Pengkajian yang dilakukan meliputi penanganan keluarga yang dilakukan untuk mengatasi masalah keluarga dengan asma. yaitu pengkajian terhadap lingkungan yang akan menyebabkan sumber alergen yang menyebabkan kekambuhan pada asma, penggunaan air bersih untuk keperluan membersihkan diri, perilaku mencuci tangan dengan air bersih dan penggunaan sabun, membuang sampah di tempat sampah, penggunaan jamban yang sehat, pemberantasan jentik-jentik nyamuk, perilaku konsumsi makanan berupa sayur dan buah setiap hari, beraktifitas fisik setiap hari, perilaku tidak merokok di dalam keluarga.
- f. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif. Aspek instrumental fungsi keluarga adalah aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, tidur, dan pemeliharaan kesehatan. Aspek ekspresif fungsi keluarga

adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah, keyakinan, dan lain-lain.

2. Diagnosis Keperawatan Keluarga

Herman dan Kamitsuru tahun 2015 (dikutip dalam Riasmini, Permatasari, Chairani, Astuti, Ria, dan Handayani, 2017 hal 43-45) menjelaskan diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian. Dalam lingkup asuhan keperawatan individu, metode pengkajian dilakukan baik melalui anamnesis, pemeriksaan, observasi, respon klien, dan hasil pemeriksaan penunjang. Pengkajian keluarga dilakukan melalui wawancara terhadap anggota keluarga, pemeriksaan, dan observasi lingkungan rumah. Pengkajian komunitas dilakukan melalui *survey*, wawancara, diskusi kelompok terfokus, observasi lingkungan komunitas, dan studi dokumen. Data hasil pengkajian ditelaah melalui proses analisis dan sintesis sebagai dasar mengidentifikasi diagnosis keperawatan.

Diagnosis keperawatan merupakan pertimbangan klinis atau rasional dari perawat (*clinical judgement*) yang berfokus pada respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan (*vulnerability*) terhadap respon dari individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data atau analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya. Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga. Baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga.

(Somantri, 2009 hal 31) memaparkan diagnosis yang lazim muncul pada penderita asma antara lain : Ketidakefektifan pola nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidakefektifan manajemen keluarga, intoleransi aktivitas.

3. Perencanaan keperawatan keluarga

Maglaya (2009) yang disitasi oleh Riasmini, Permatasari, Chairani, Astuti, Ria, dan Handayani (2017) perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnosis keperawatan. Perencanaan disusun dengan penekanan pada partisipasi klien, keluarga dan koordinasi dengan tim kesehatan lain. Perencanaan mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan. Tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga adalah sebagai berikut: menetapkan prioritas masalah/diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas.

Tabel 2.1 Skoring penentuan prioritas masalah di keluarga

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Skala :		
	Sejahtera	3	
	Aktual	3	1
	Resiko	2	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Skala :		
	Mudah	2	
	Sebagian	1	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah		
	Skala :		
	Tinggi	3	
	Cukup	2	1
4.	Menonjolnya masalah		
	Skala :		
	Segera	2	
	Tidak Perlu	1	1
	Tidak dirasakan	0	

(Riasmini, 2017 hal 73)

Menurut (Maglaya, 2009) Cara Skoring:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- b. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot.

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- 1) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.

Adapun hal-hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan tujuan keperawatan keluarga yaitu tujuan harus berorientasi pada keluarga dimana keluarga diarahkan untuk mencapai suatu hasil, kriteria hasil atau standar hasil pencapaian tujuan harus benar-benar bisa diukur dan dapat dicapai oleh keluarga, tujuan menggambarkan berbagai alternatif pemecahan masalah yang dapat dipilih keluarga, tujuan harus bersifat spesifik atau sesuai dengan konteks diagnosis keperawatan keluarga dan faktor-faktor yang berhubungan, tujuan harus menggambarkan kemampuan dan tanggungjawab keluarga dalam pemecahan masalah. Penyusunan tujuan harus bersama-sama dengan keluarga. (Riasmini, Permatasari, Chairani, Astuti, Ria, dan Handayani, 2017). Intervensi keperawatan keluarga pada asma dengan bersihan jalan nafas tidak efektif menggunakan (Riasmini, Permatasari, Chairani, Astuti, Ria, dan Handayani, 2017).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan keluarga dengan asma

Diagnosa Keperawatan		NOC		NIC	
Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
00032	Ketidakefektifan Pola Nafas		Keluarga mampu mengenal masalah		Keluarga mampu mengenal masalah
		0410	Status pernafasan: kepatenan jalan nafas (hal 558)	3140	Manajemen jalan nafas (hal 186)
		0900	Kognisi (hal 227)		
			Keluarga mampu		Keluarga mampu

0007 1211 2102	memutuskan masalah: Tingkat kelelahan Tingkat kecemasan Tingkat nyeri	5820	memutuskan masalah: Pengurangan kecemasan
1625 0704	Keluarga mampu merawat anggota keluarga: Perilaku berhenti merokok (hal 460) Manajemen diri: Asma (hal 284)	4490 2300 3320	Keluarga mampu merawat anggota keluarga: Bantuan penghentian merokok Pemberian obat Terapi oksigen
0002	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: Konservasi energi (hal 235)	5270	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: Dukungan emosional
1603	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan: Perilaku pencarian kesehatan	6650 8100 7400	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan: surveilans Rujukan Panduan sistem pelayanan kesehatan

Diagnosa Keperawatan		NOC		NIC	
Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
00002	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh		Keluarga mampu mengenal masalah:		Keluarga mampu mengenal masalah:
		1803	Pengetahuan proses penyakit	5510	Pendidikan kesehatan proses penyakit
		1805	Pengetahuan perilaku kesehatan	5606 5614 5612	Pengajaran individu Pengajaran persepan diet
		1823	Pengetahuan promosi kesehatan	5616 5618	Pengajaran persepan latihan Pengajaran persepan obat-obatan
		1813	Pengetahuan regimen perawatan	5520	Pengajaran prosedur/perawatan Fasilitasi pembelajaran
			Keluarga mampu memutuskan masalah:		Keluarga mampu memutuskan:
		1606	Partisipasi dalam keputusan perawatan kesehatan	5250 7040	Dukungan pengambilan keputusan Dukungan pengasuhan/ <i>caregiver support</i>
		1700	Kepercayaan mengenai kesehatan		
		2202	Persiapan perawatan di rumah bagi <i>caregiver</i>		
		2605	Partisipasi keluarga dalam perawatan professional		

Diagnosa Keperawatan		NOC		NIC	
Kode	Diagnosa	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
			Keluarga mampu merawat anggota keluarga:		Keluarga mampu merawat :
		1632	Perilaku patuh aktifitas yang	2380	Manajemen pengobatan
		1622	disarankan	5430	Dukungan kelompok
		1623	Perilaku patuh diet yang dirasakan		
		2205	Perilaku patuh pengobatan yang disarankan		
		2206	Kinerja <i>caregiver</i> memberikan perawatan langsung		
		2206	Kinerja <i>caregiver</i> memberikan perawatan tidak langsung		
		1908	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:		Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:
		1928	Deteksi resiko	7180	Bantuan pemeliharaan di rumah
			Kontrol resiko hipertensi	4470	Bantuan modifikasi diri
		3015	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan:	7400	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan:
		3002	Kepuasan klien manajemen kasus	8100	Panduan sistem pelayanan kesehatan
		3010	Kepuasan klien komunikasi keamanan	4480	Rujukan Fasilitasi tanggung jawab diri
00080	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga	1814	Keluarga mampu mengenal masalah:	5602	Keluarga mampu mengenal masalah:
		1813	Manajemen penyakit akut	5618	Pengajaran proses penyakit
			Pengetahuan regimen perawatan		Pengajaran prosedur/perawatan
		2202	Keluarga mampu memutuskan masalah :	7040	Keluarga mampu memutuskan:
			Persiapan perawatan di rumah bagi <i>caregiver</i>	7140	Dukungan pengasuhan/ <i>caregiver support</i>
					Dukungan keluarga

Diagnosa Keperawatan		NOC		NIC	
Kode	Diagnosa	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
		2605	Partisipasi keluarga dalam perawatan professional	5250	Dukungan pengambilan keputusan
		2609	Dukungan keluarga selama perawatan	7500	Dukungan pemeliharaan kehidupan
		2250	Keluarga mampu merawat anggota keluarga: Kinerja <i>caregiver</i> dalam perawatan langsung	7110	Keluarga mampu merawat : Peningkatan pemeliharaan keluarga
		2206	Kinerja <i>caregiver</i> dalam perawatan tidak langsung	7130	Pemeliharaan proses keluarga
				5240	Konseling
				5370	Peningkatan peran
				5230	Peningkatan koping
		0906	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : Pengambilan keputusan	5020	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan: Mediasi konflik
		2609	Dukungan keluarga selama perawatan	7180	Bantuan pemeliharaan rumah
		2605	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Partisipasi keluarga dalam perawatan professional	8100	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : Rujukan
				7400	Panduan sistem pelayanan kesehatan

Diagnosa Keperawatan		NOC		NIC	
Kode	Diagnosa	Kode	Hasil	Kode	Intervensi
00092	Intoleran aktivitas	0005	Keluarga mampu mengenal masalah Toleransi terhadap aktivitas	5612	Keluarga mampu mengenal masalah Pengajaran persepean latihan
		2605	Keluarga mampu memutuskan masalah Partisipasi keluarga dalam perawatan professional	5250	Keluarga mampu memutuskan Dukungan pengambilan keputusan
		0300	Keluarga mampu merawat anggota keluarga Perawatan diri aktivitas sehari-hari (ADL)	1800	Keluarga mampu merawat Bantuan perawatan diri (ADL)
		0306	Perawatan diri instrumental aktifitas sehari-hari (IADL)	1805	Bantuan perawatan diri (IADL)
		2109	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan Tingkat ketiaknyamanan	6482	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan Manajemen lingkungan kenyamanan
		1603	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Perilaku pencarian kesehatan	8100	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Rujukan
		1806	Pengetahuan sumber-sumber kesehatan		

Sumber : Riasmini, Permatasari, Astuti, Ria, dan Handayani (2017); (Somantri, 2009)