

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Keluarga

1. Pengertian

Maglaya mendefinisikan keluarga sebuah kelompok yang mengidentifikasi diri dan terdiri atas individu atau lebih yang memiliki hubungan khusus, yang dapat terkait dengan hubungan darah atau hukum atau dapat juga tidak, namun berfungsi seemikian rupa sehingga mereka memnggap dirinya sebagai keluarga (Maglaya, 2009:hal.18,). Friedman mendefenisikan Keluarga merupakan sekumpulan orang yang di hubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.(Friedman,2010;hal9). Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari atas kepala keluarga dan bebrapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Dep Kes R.I , 2012).

Pendapat diatas dapat disimpulkan keluaraga adalah kumpulan dua invidu atau lebih yang terikat oleh darah, perkawinan, adopsi, kelahiran yang tinggal dalam satu rumah atau jika terpisah tetap memperhatikan keluarga yang lainya. Anggota keluarga berinterkasi satu degan yang lainya dan masing-masing dari keluarga mempunyai peran sosial yaitu suami, istri, anak, kakak, dan adik yang mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahannkan budaya, peningkatan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota keluarga.

2. Struktur Keluarga

Friedman (2010),menjabarkan strukturkeluarga terdiri atas :

a. Pola dan proses komunikasi

Pola keluarga yang berfungsi : Bersifat terbuka dan jujur;
Selalu menyelesaikan konflik keluarga, berfikir positif, tidak

mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi seperti :*sender, channel, media, message, environment dan receiver*. (Friedman, 2010 hal 246-248)

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan, yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai suami, istri atau anak. Friedman (2010) peran keluarga dapat diklasifikasi menjadi dua kategori : 1) Peran formal atau terbuka (*eksplisit*) adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga yaitu ayah, ibu-istri, anak laki-laki, saudara laki-laki, anak perempuan dan saudara perempuan; 2) Peran informal atau tertutup (*implisit*) adalah peran yang tidak tampak pada permukaannya dan diharapkan dapat memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga dan atau memelihara keseimbangan keluarga seperti pendorong, penyalaras, penghalang, dominator, negoisator, pengikut dan lain-lain.

c. Struktur kekuasaan

Friedman (2010), menjabarkan kekuasaan merupakan kemampuan (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain. Kekuasaan selalu melibatkan hubungan interpersonal yang tidak simetris salah seorang memiliki pengaruh yang lebih besar dalam suatu hubungan. Kekuasaan sebagai satu dari empat dimensi struktur yang saling bergantung dari suatu keluarga, gambaran peraturan keluarga yang tidak tertulis dan mengandung sistem nilai. Struktur kekuasaan sangat bervariasi dari keluarga ke keluarga, dan dapat positif atau disfungsional.

Kekuasaan dimanifestasikan melalui proses pembuatan keputusan dalam keluarga. Pembuatan keputusan dan kekuasaan keluarga pada umumnya dengan musyawarah. Proses pembuatan keputusan dalam keluarga antara lain kesepakatan, akomodasi, dan

keputusan *de facto*. Sumber kekuasaan dalam keluarga meliputi otoritas legitimasi, kekuasaan ketidaksukaan, kekuasaan ketidakberdayaan, kekuasaan referensi, kekuasaan sumber, kekuasaan memaksa, kekuasaan afektif dan informasional.

Pria sering mempertahankan kekuasaan terhadap wanita, seringkali ketidaksetaraan secara ekonomi, orang tua hampir selalu memiliki kekuasaan yang besar daripada anak mereka. Variabel yang mempengaruhi struktur kekuasaan keluarga meliputi hierarki keluarga, tipe keluarga, pembentukan koalisi, jaringan komunikasi keluarga, perbedaan gender, faktor usia, faktor siklus kehidupan, faktor budaya, faktor sosial dan faktor interpersonal. (Friedman, 2010 hal.281)

d. Nilai – nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma peraturan. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat sistem nilai dalam keluarga, budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah. (Friedman, 2010 hal.326)

3. Tahap Perkembangan Keluarga

Friedman (2010) menjelaskan perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi perubahan pola interaksi dan hubungan keluarga disepanjang waktu. Perubahan ini terjadi melalui beberapa tahapan atau kurun waktu tertentu. Pada setiap tahapan memiliki tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahapan tersebut dapat dilalui dengan sukses. Setiap tahap perkembangan keluarga membutuhkan tugas dan fungsi keluarga.

Tahap perkembangan dibagi menurut kurun waktu tertentu yang dianggap stabil. Meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangan secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama. (Friedman, 2010).

a. Pasangan baru (keluarga baru)

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki dan perempuan membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan (psikologis) keluarga masing-masing. Tugas perkembangan keluarga ini antara lain : membina hubungan intim yang memuaskan, membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial, mendiskusikan rencana memiliki anak.

b. Keluarga *child bearing* (kelahiran anak pertama)

Keluarga yaitu menantikan kelahiran, dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertamaberusia 30 bulan. Tugas perkembangan tugas ini antara lain : persiapan menjadi orang tua : adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan keluarga : mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

c. Keluarga dengan anak pra-sekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama (2,5 bulan) dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Tugas perkembangan keluarga ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman; membantu anak untuk bersosialisasi.

d. Keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia enam bulan dan berakhir pada usia 12 tahun. Umumnya keluarga sudah mencapai jumlah keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Tahap perkembangan keluarga ini antara lain : membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan, mempertahankan keintiman pasangan, memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.

e. Keluarga dengan anak remaja

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta

kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

f. Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga, atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tugas tahap perkembangan keluarga ini antara lain : memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.

g. Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan keluarga ini antara lain : mempertahankan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak, meningkatkan keakraban pasangan.

h. Keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai pada saat satu pasangan sampai kebudayaan meninggal. Tugas perkembangan keluarga ini antara lain : mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan; adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan; mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat; melakukan *life review* (merenungkan hidupnya).

4. Fungsi Keluarga

Friedman (2010), mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga sebagai berikut :

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi *internal* keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam

keluarga. Dengan demikian, keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri positif.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah : 1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mandapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain. Maka, kemampuannya untuk memberikan kasih sayang akan meningkat, yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan intim di dalam keluarga merupakan modal dasar dalam memberi hubungan dengan orang lain di luar keluarga/masyarakat; 2) Saling menghargai, bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif, maka fungsi afektif akan tercapai; 3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Orang tua mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anak-anak dapat meniru tingkah laku yang positif dari kedua orang tuanya.

Fungsi afektif merupakan sumber “energi” yang menentukan kebahagiaan keluarga. Keretakan keluarga, kenakalan anak atau masalah keluarga, timbul karena fungsi afektif di dalam keluarga tidak dapat dipenuhi. (Friedman, 2010)

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir menatap ayah, ibu, dan orang-orang yang berada di sekitarnya. Kemudian beranjak balita dia mulai belajar bersosialisasi dengan lingkungan sekitar meskipun demikian keluarga tetap berperan penting dalam

bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya, perilaku melalui hubungan dan interaksi keluarga. (Friedman, 2010)

c. Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga dan masyarakat yaitu, menyediakan anggota baru untuk masyarakat Dahulu pernikahan dan keluarga dirancang untuk mengatur dan mengendalikan perilaku seksual serta reproduksi. Beberapa aspek ini (pengendalian perilaku seksual, reproduksi, dan kontrasepsi) kini merupakan fungsi keluarga yang tidak terlalu penting. (Friedman, 2010 : hal 88)

d. Fungsi ekonomi

Melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup-faninsal , ruang , materi serta alokasinya yang sesuai melauli proses pengambilan keputusan.

Suatu pengkajian mengenai sumber ekonomi keluarga memberiakn perawat, data yang relavan dengan kemampuan keluarga untuk mengalokasi- kan sumber dayang yang sesuai guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat.

Karena fungsi ini untuk dipenuhi secara memuaskan bagi sebagian besar keluaraga miskin, perawat keluarga harus menerima tanggung jawab untuk membantu keluarga memperoleh sumber-sumber komunitas yang sesuai, yang dapat memberikan mereka informasi pekerjaan, konseling kejuruan, dan bantuan keuangan yang dibutuhkan. (Friedman, 2010 : 88)

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan dapat mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari

tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mencakup banyak beberapa aspek antaran lain : 1) Keyakinan, nilai, perilaku kesehatan; 2) Definisi sehat-sakit dan tingkat pengetahuan keluarga; 3) Persepsi keluarga tentang status kesehatan dan kerentanan terhadap penyakit; 4) Praktik diet keluarga pola makan yang adekuat; 5) Kebiasaan tidur dan istirahat; 6) Praktik aktifitas dan rekreasi; 7) Praktik penggunaan obat terapeutik; 8) Peran keluarga dalam praktik perawatan diri; 9) Tindakan secara medis, terapi alternatif dan terapi komplementer; 10) Riwayat kesehatan keluarga; 11) pelayanan perawatan kesehatan yang diterima; 12) Perasaan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan darurat; 13) Sumber dana dan logistik untuk mendapatkan perawatan. Semua tidak mungkin bagi keluarga untuk menjadi sangat bertanggung jawab tentang fungsi perawatan kesehatan, tetapi harus ada peran kemitraan antara tenaga kesehatan dan keluarga.

Tenaga kesehatan juga harus bermitra dengan klien dan klien harus diperlakukan sebagai orang dewasa yang bertanggung jawab, bukan anak yang pasif. Klien harus terlibat didalam perawatan kesehatannya sendiri dan seperi dalam membuat keputusan tentang masalahnya.

Maglaya, (2009) fungsi perawatan kesehatan keluarga mempunyai 5 tugaskesehatan dalam keluarga yaitu : 1) Mengenal masalah kesehatandalamkeluarga yaitu anggota keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Jika menyadari adanya perubahan keluarga, perlu kapan terjadinya, perubahan yang terjadi, dan sebesar besar perubahannya; 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarga adalah upaya keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat yang sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat

agar masalah kesehatan teratasi atau berkurang; 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit adalah dimana keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar namun keluarga memiliki keterbatasan. Oleh karena itu anggota keluarga yang sakit perlu perawatan lanjutan yang dapat dilakukan di pelayanan kesehatan atau di rumah jika keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan pertolongan pertama; 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Hal ini diperlukan untuk menunjang perawatan anggota keluarga yang sakit; 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga. Hal ini diperlukan untuk mengetahui seberapa jauh tingkat keparahan penyakit atau keberhasilan suatu tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga.

5. Peranan Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Peranan keluarga menurut R. Jhonson (2010) adalah sebagai berikut :

- a. Peran ayah : sebagai suami dari istri dan ayah bagi anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, perlindungan dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungan.
- b. Peran ibu : sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, sebagai pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.
- c. Peran anak-anak : sebagai anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

B. Konsep Teori Asma

1. Pengertian

Mansjoer, dkk (2001) dalam Sujono (2010) dikatakan asma merupakan bentuk inflamasi kronis yang terjadi pada seluruh jalan nafas dengan memperlihatkan berbagai inflamasi sel dengan gejala hiperaktivitas bronkus dalam berbagai tingkatan, obstruksi jalan nafas, dan gejala pernafasan yang lain (mengi dan sesak).

Asma adalah suatu kelainan berupa inflamasi (peradangan) kronik saluran nafas yang menyebabkan hiperaktivitas bronkus terhadap berbagai rangsangan yang ditandai dengan gejala episodik berulang berupa mengi, batuk, sesak nafas, dan rasa berat didada terutama malam dan atau dini hari yang umumnya bersifat reversibel baik dengan atau tanpa pengobatan. (Depkes, 2008).

2. Etiologi

Mattaqin (2008), sampai saat ini etiologi asma belum diketahui dengan pasti. Namun suatu hal yang sering terjadi pada semua penderita asma adalah fenomena hiperaktivitas bronkus. Bronkus penderita asma sangat peka terhadap rangsang imunologi maupun non imunologi. Faktor penyebab yang sering menimbulkan asma perlu diketahui dan sedapat mungkin dihindarkan faktor tersebut adalah :

a. Alergen

Alergen adalah zat-zat tertentu yang bila diisap atau dimakan dapat menimbulkan serangan asma misalnya debu rumah, spora jamur, bulu kucing, bulu binatang, beberapa makanan laut, dan sebagainya.

b. Infeksi saluran pernafasan

Infeksi saluran pernafasan disebabkan oleh virus. Virus influenza merupakan salah satu faktor pencetus yang paling sering menimbulkan asma bronkial. Diperkirakan, dua pertiga penderita asma dewasa serangan asma ditimbulkan oleh infeksi saluran pernafasan.

c. Tekanan Jiwa

Tekanan jiwa bukan penyebab asma tetapi pencetus asma, karena banyak orang yang mendapat tekanan jiwa tetapi tidak

menjadi penderita asma bronkial. Faktor ini berperan mencetuskan serangan asma terutama pada orang yang agak labil kepribadiannya. Hal ini lebih menonjol pada wanita dan anak-anak.

d. Olahraga atau kegiatan jasmani yang berat

Sebagian penderita bronkial akan mendapatkan serangan asma apabila melakukan olahraga atau aktivitas fisik yang berlebihan. Lari cepat dan bersepeda adalah dua jenis kegiatan paling mudah menimbulkan serangan asma. Serangan asma karena kegiatan jasmani (*exercise induced asma-EIA*) terjadi setelah olahraga atau aktivitas fisik yang cukup berat dan jarang serangan beberapa jam setelah olahraga.

e. Obat – obatan

Beberapa klien dengan asma bronkial sensitif atau alergi terhadap obat tertentu seperti penisilin, salisilat, beta bloker, kodein, dan sebagainya.

f. Polusi Udara

Klien asma sangat peka terhadap udara berdebu, asap pabrik atau kendaraan, asap rokok, asap yang mengandung hasil pembakaran dan oksida fotokemikal, serta bau yang tajam.

3. Jenis Asma

Pada dasarnya asma dibedakan atas beberapa macam, menurut Sujono (2010), klasifikasi dari asma adalah meliputi :

- a. Asma ekstrinsik atopik/intrinsik, jenis asma ini ditandai dengan adanya faktor pencetus yang tidak jelas seperti *common cold*, latihan atau emosi. Asma ini sering muncul pada klien dengan usia setelah 40 tahun. Serangan asma ini makin lama makin sering sehingga akan terjadi batuk-batuk gabungan dengan bronkitis kronis.
- b. Asma ekstrinsik non-atopik/ekstrinsik/alergi merupakan bagian kecil dari penderita asma bronkial dewasa dengan penyebab alergi yang jelas. Adapun bahan alergen biasanya adalah pollen, animal, dander, spora, jamur, debu, dan bulu binatang dan yang lebih jarang adalah susu dan coklat.
- c. Asma campuran atau ekstrinsik dan intrinsik.

Mayoritas penderita asma adalah jenis asma campuran.

- d. Asma karena kegiatan jasmani
- e. Asma yang berkaitan dengan penyakit bronkoopulmoner.

4. Tanda dan Gejala

Menurut NANDA (2012) tanda dan gejala asma adalah :

- a. Frekuensi beratnya serangan asma bervariasi, beberapa penderita lebih sering terbebas dari gejala dan hanya mengalami serangan sesak nafas yang singkat dan ringan, yang terjadi sewaktu-waktu. Penderita lainnya hampir selalu mengalami batuk dan mengi (bengek) serta mengalami serangan hebat setelah menderita suatu infeksi virus, olahraga atau setelah terpapar oleh allergen maupun iritan.
- b. Suatu serangan asma dapat terjadi secara tiba-tiba ditandai dengan nafas yang berbunyi (*wheezing*, mengi, bengek), batuk dan sesak nafas. Bunyi mengi terutama terdengar ketika penderita menghembuskan nafasnya. Pada keadaan kedua tersebut, yang pertama kali dirasakan oleh seorang penderita asma adalah sesak nafas, batuk atau rasa sesak nafas didada.
- c. Gejala awal pada anak-anak bisa berupa rasa gatal didada atau di leher. Batuk kering di malam hari atau ketika melakukan olahraga juga bisa merupakan satu-satunya gejala.
- d. Selama serangan asma, sesak nafas bisa menjadi semakin berat sehingga timbul rasa cemas. Sebagai reaksi terhadap kecemasan penderita juga akan mengeluarkan banyak keringat.
- e. Pada serangan yang sangat berat. Penderita menjadi sulit untuk berbicara karena sesaknya sangat hebat.
- f. Kebingungan, letargi (keadaan yang menurun dimana penderita seperti tidur lelap, tetapi dapat dibangunkan sebentar kemudian segera tertidur kembali) dan sianosis (kulit tampak kebiruan). Meskipun telah mengalami serangan yang berat, biasanya penderita akan sembuh sempurna.

5. Patofisiologi

Asma akibat alergi bergantung pada respon IgE yang dikendalikan oleh limfosit T dan B. Asma diaktifkan oleh interaksi antara antigen dengan molekul IgE yang berikatan dengan sel mast. Sebagian besar alergen yang menimbulkan asma bersifat airborne. Alergen tersebut agar mampu menimbulkan gejala asma. Namun dilain kasus terdapat pasien yang sangat responsif, sehingga sejumlah kecil alergen masuk kedalam tubuh sesudah dapat mengakibatkan eksaserbasi penyakit yang jelas.

Obat yang paling sering berhubungan dengan induksi fase akut asma adalah aspirin, antagonis beta-adrenergik, dan bahan sulfat. Sindrom khusus pada sistem pernafasan yang sensitif terhadap aspirin terjadi pada orang dewasa, namun dapat pula dilihat pada masa kanak-kanak. Masalah ini biasanya berawal dari rhinitis vasomotor perennial lalu menjadi rhinosinusitis hiperplastik dengan polip nasal dan akhirnya diikuti oleh munculnya asma progresif.

Pasien yang sensitif terhadap aspirin dapat dikurangi gejalanya dengan pemberian obat setiap hari. Setelah menjalani bentuk terapi ini, toleransi silang akan terbentuk terhadap agen anti inflamasi nonsteroid. Mekanisme terjadinya bronkospasme oleh aspirin ataupun obat lainnya belum diketahui, tetapi mungkin berkaitan dengan pembentukan leukotrien yang diinduksi secara khusus oleh aspirin.

Faktor penyebab yang telah disebutkan diatas ditambah dengan sebab internal pasien akan mengakibatkan timbulnya reaksi antigen dan antibodi. Reaksi tersebut mengakibatkan dikeluarkannya substansi pereda alergi yang sebetulnya merupakan mekanisme tubuh dalam menghadapi serangan, yaitu dikeluarkannya histamin, bradikinin, dan anafilatoksin. Sekresi zat-zat tersebut menimbulkan tiga gejala seperti : berkontraksinya otot polos, peningkatan permeabilitas kapiler, peningkatan sekresi mukus.

6. Pemeriksaan Fisik

Sudoyo (2006), pemeriksaan diagnostik untuk asma antara lain :

a. Pengukuran fungsi paru (Spirometri)

Cara yang paling tepat dan sederhana untuk meningkatkan diagnostik adalah melihat respon pengobatan dengan

bronkodilatator. Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilatator aerosol golongan adrenergik. Tes Provokasi bronkus

Tes ini dilakukan pada spirometri internal, untuk menunjukkan adanya hiperaktivitas bronkus. Dilakukan dengan cara seperti uji provokasi dengan histamin, metakolin, kegiatan jasmani, udara dingin, larutan hipertonik.

b. Pemeriksaan Sputum

Sputum eosinofil sangat karakteristik untuk asma, sedangkan neutrofil sangat dominan pada bronkitis kronik.

c. Uji kulit

Tes uji kulit ini dilakukan untuk menunjukkan adanya antibodi igE spesifik dalam tubuh. Uji ini hanya menyongkong anamnesa, karena uji alergen yang positif tidak selalu merupakan penyebab asma, demikian pula sebaliknya.

d. Pemeriksaan Laboratorium

1) Analisa Gas Darah (AGD)

Hanya dilakukan pada serangan asma berat karena terdapat hipoksemia, hiperkapnea, dan asidosis respiratorik.

2) Sputum

Sputum eosinofil sangat karakteristik untuk asma, sedangkan neutrofil sangat dominan pada bronkitis kronik.

3) Pemeriksaan darah rutin dan kimia

Jumlah sel leukosit yang lebih dari $15.000/\text{mm}^3$, terjadi karena adanya Infeksi SGOT dan SGPT meningkat disebabkan hipoksia atau hiperkapnia.

4) Sel Eosinofil

Sel eosinofil pada klien dengan status asmatikus mencapai $1.000-1.500 \text{ mm}^3$ baik asma intrinsik maupun ekstrinsik. Sedangkan hitungan sel eosinofil normal antara $100-200 \text{ mm}^3$. Perbaikan fungsi paru disertai penurunan hitungan jenis sel eosinofil menunjukkan pengobatan telah tepat.

e. Pemeriksaan Radiologi

Hasil pemeriksaan radiologi pada klien dengan asma bronkial biasanya normal, tetapi prosedur ini harus tetap dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya proses patologis di paru atau komplikasi asma.

7. Klasifikasi Asma

Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Dan Pengendalian Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009), klasifikasi asma yaitu berat ringannya asma ditentukan oleh berbagai faktor, antara lain gambaran klinik sebelum pengobatan (gejala, ekserbasi, gejala malam hari, pemberian obat inhalasi β_2 agonis dan uji faal paru) serta obat-obat yang digunakan untuk mengontrol asma (jenis obat, kombinasi obat dan frekuensi pemakaian obat). Asma diklasifikasikan atas asma saat tanpa serangan dan asma saat serangan (akut) antara lain intermiten, persisten ringan, persisten sedang, persisten berat. Selain itu asma diklasifikasikan berdasarkan derajat serangan.

8. Komplikasi

Brunner dan Suddart (2010), keparahan pada asma akut dapat mengakibatkan komplikasi seperti fraktur tulang rusuk, pneumomediastinum, status asmatikus, gagal nafas, pneumonia dan atelektasis. Status asmatikus adalah serangan asma yang makin parah dan mengancam hidup, memerlukan perawatan karena beresiko mengalami perkembangan kegagalan pernafasan dan Obstruksi jalan nafas. Obstruksi jalan napas, terutama selama episode asma akut, sering menyebabkan hipoksemia membutuhkan pemberian oksigen dan pemantauan dari pulse oximetry dan gas darah arteri. Sekitar 10 % pasien dengan asma dirawat diruang ICU karena memerlukan pemantauan yang berkala dan memerlukan ventilator untuk status asmatikus. (Brunner dan Suddart 2010 hal. 599).

9. Penataaksanaan

Pedoman Pengendalian Penyakit Asma yang dikeluarkan Ditjen PP & PL (2009), disebutkan tatalaksana pasien asma adalah manajemen kasus untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas

hidup agar pasien asma dapat hidup normal tanpa hambatan dalam melakukan aktifitas sehari-hari asma terkontrol. Penatalaksanaan ini bertujuan untuk mengendalikan dan menghilangkan gejala asma, mencegah eksaserbasi akut, meningkatkan dan mempertahankan faal paru seoptimal mungkin, mengupayakan aktivitas normal termasuk exercise, menghindari efek samping obat, mencegah terjadinya keterbatasan aliran udara (*airflow limitation*) ireversible, mencegah kematian karena asma dan khusus pada anak untuk mempertahankan tumbuh kembang anak sesuai potensi genetik. Pada prinsipnya penatalaksanaan asma menjadi dua yaitu penatalaksanaan asma akut/saat serangan dan penatalaksanaan jangka panjang.

a. Penatalaksanaan asma akut atau saat serangan

Serangan akut adalah episodik perburukan pada asma yang harus diketahui oleh penderita. Penderita asma dapat menangani apabila terjadi serangan asma dirumah, jika tidak ada perbaikan segera datang ke pelayanan kesehatan. Pada serangan asma obat-obat yang digunakan adalah bronkodilator seperti 2 agonis kerja cepat dan ipratropium bromide dan kortikosteroid sistemik. Pada serangan ringan obat yang digunakan hanya 2 agonis kerja cepat yang sebaiknya diberikan dalam bentuk inhalasi. Pada serangan sedang obat diberikan 2 agonis kerja dan kortikosteroid oral. Pada serangan berat pasien dirawat dan diberikan oksigen, cairan intravena, 2 agonis kerja cepat ipratropium bromida inhalasi, kortikosteroid IV dan aminofilin (bolus/drip). Pemberian obat-obat bronkodilator diutamakan dalam bentuk inhalasi menggunakan nebulizer, bila tidak ada menggunakan IDT (MDI) dengan alat bantu (spacer). (GINA, 2015)

b. Penatalaksanaan asma jangka panjang

Pengobatan asma jangka panjang disesuaikan dengan klasifikasi beratnya asma. Prinsip pengobatan jangka panjang adalah edukasi, obat asma (pengontrol dan pelega) dan menjaga kebugaran. Penatalaksanaan asma jangka panjang bertujuan untuk mengontrol asma dan mencegah terjadi serangan. Adapun pendidikan kesehatan yang diberikan antara lain pengertian tentang

asma, mengenali tanda dan gejala serangan asma secara dini, kapan pasien berobat, mengetahui obat-obat pelega dan pengontrol asma, mengetahui cara, dosis dan waktu penggunaannya, melakukan kontrol secara teratur.

Obat-obat asma terdiri dari obat pelega dan pengontrol. Obat pelega diberikan pada saat serangan asma, sedangkan obat pengontrol untuk pencegahan serangan asma dan diberikan dalam jangka panjang dan terus-menerus. Untuk mengontrol asma digunakan anti inflamasi kortikosteroid inhalasi.

10. Anatomi Fisiologi Pernafasan

a. Hidung

Hidung atau naso merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai dua lubang (*kavum nasi*), dipisahkan oleh sekat hidung (*septum nasi*). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu dan kotoran yang masuk kedalam lubang hidung. Bagian luar dinding terdiri dari kulit, lapisan tengah terdiri dari otot-otot dan tulang rawan, lapisan dalam terdiri dari selaput lendir yang berlipat-lipat. Fungsi hidung adalah bekerja sebagai saluran udara pernafasan, sebagai penyaring udara pernafasan yang dilakukan oleh bulu-bulu hidung, dan dapat menghangatkan udara pernafasan oleh mukosa, membunuh kuman yang masuk, bersama udara pernafasan oleh leukosit yang terdapat dalam selaput lendir (mukosa atau hidung).

b. Faring

Faring (tekak) adalah suatu selaput kedudukannya tegak lurus antara basis kranii dan vertebrae servikalis IV.

Struktur faring meliputi :

- 1) Celah antara *brasis kranii* dan M. konstriktor *faringeus* superior ditembus tuba *faringouditiva palatine acidens* cabang M. *levator volipalatini*.
- 2) Celah antara M. konstriktor *faringeus* superior dan M. konstriktor *faringeus* media ditembus N. glosofaringeus, ligamentum stilofaringeus, dan M. stilofaringeus.

- 3) Celah antara M. konstriktor faringus media dan M. konstriktor faringus inferior ditembus N. laringikus superior.
- 4) Celah dibawah M. konstriktor faringikus inferior ditembus oleh N, laringikus inferior dan N, rekurens.
- 5) Fungsi faring adalah lipatan-lipatan vocal suara mempunyai elastisitas yang tinggi dan dapat memproduksi suara yang dihasilkan oleh pita suara. Lipatan-lipatan vocal memproduksi suara melalui jalan udara, glottis, serta lipatan produksi gelombang suara. Factor yang menentukan frekuensi puncak bunyi dan produksi bergantung pada panjang dan ketegangan regangan yang membangkitkan frekuensi dan getaran yang diproduksi. Ketegangan dari pita suara dikontrol oleh otot kerangka dibawah control korteks.

c. Laring

Laring atau pangkal tenggorok merupakan jalinan tulang rawan yang dilengkapi otot, membran, jaringan ikat, dan ligamentum. Sebelah atas pintu masuk laring membentuk tepi epiglottis, lipatan dari epiglottis aritenoid dan pita internoid, dan sebelah bawah tepi bawah kartilagokrokoid. Tepi tulang dari pita suara asli kiri dan kanan membatasi daerah epiglottis. Bagian atas disebut supraglotis dan bagian bawah disebut sublagotis.

Laring atau pangkal tenggorokan merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara, terletak di depan faring sampai ketinggian *vertebrata servikalis* dan masuk ke dalam trakea dibawahnya. Laring terdiri dari 5 tulang rawan antara lain : *kartilagotiroid* (1 buah) depan jakun (*Adam's apple*), sangat jelas terlihat pada pria, *kartilago aritenoid*(2 buah) yang berbentuk beker, *kartilago krikoid*(1 buah) krokoid. Tepi tulang dari pita suara asli kiri dan yang berbentuk cincin, *kartilago epiglottis* (1 buah). Pita suara berjumlah 2 buah : dibagian atas adalah pita suara palsu dan tidak mengeluarkan suara yang disebut dengan *ventrikularis*, dibagian bawah adalah pita suara yang sejati yang membentuk suara yang disebut vokalis, terdapat 2 buah otot.

d. Trakea

Trakea atau batang tenggorokan merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16-20 inci yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti kaki kuda (huruf C). Sebelah dalam diikuti oleh selaput lendir yang bergetas yang disebut sel bersila, hanya bergerak ke arah luar. Panjang trakea 9-11 cm dan dibelakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos. Sel-sel bersila bergunanya untuk mengeluarkan benda-benda asing yang bersama-sama dengan udara pernafasan. Yang memisahkan trakea menjadi bronkus kiri dan kanan disebut *karina*.

e. Bronkus

Bronkus atau cabang tenggorokan merupakan lanjutan dari trakea, atau ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian *vertebra torokalis* IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus kanan lebih pendek dari pada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari pada yang kanan, terdiri dari 9-11 cincin mempunyai 2 cabang. *Bronkus* bercabang-cabang, cabang yang lebih kecil disebut bronkiolus (bronkioli). Pada bronkioli tak terdapat cincin lagi, dan pada ujung bronkioli terdapat gelembung paru/gelembung hawa atau alveoli

f. Paru-paru

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (gelembung hawa, alveoli). Paru-paru di bagi menjadi 2 yaitu : paru-paru kanan, terdiri dari 3 lobus (belah paru), *lobus pulmo dekstra superior, lobus media, dan lobus inferior*. Tiap lobus tersusun oleh lobulus, paru-paru kiri, terdiri dari *pulmo sinistra superior dan inferior*. (Anatomi Fisiologi, Drs. H. Syaifuddin, AMK 2012, hal. 382)

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keluarga

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi nama, usia, al Friedman (2010), mendefinisikan perawatan kesehatan keluarga adalah

tingkat kesehatan masyarakat yang ditujukan pada keluarga sebagai unit atau salah satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan dan melalui perawatan sebagai sasaran. Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sebagai anggota keluarga, pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, berlandaskan pada etika dan etiket keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan keluarga: a) Memandirikan klien sebagai bagian dari anggota keluarga; b) Menyejahterakan klien sebagai gambaran kesejahteraan keluarga; c) Meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi setiap anggota keluarga; d) Meningkatkan produktivitas klien dan keluarga; e) Meningkatkan kualitas keluarga.

Misi pemberian asuhan keperawatan keluarga: a) Memberdayakan keluarga untuk membangun setiap anggota keluarganya agar dapat memelihara kesehatan yang optimal; b) Membina kemitraan dengan keluarga sehingga dapat mandiri dan meningkatkan ketahanan keluarga; c) Meningkatkan peran keluarga pencegahan primer, sekunder, dan tertier dalam bidang kesehatan; d) Mewujudkan kesehatan sebagai hak setiap individu dalam anggota keluarga; e) Mempersiapkan SDM yang berkualitas dengan peran serta aktif keluarga sehingga memiliki karakter yang kuat dan cerdas.

Amat, pekerjaan, Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi nama, usia, alamat, pekerjaan, dan pendidikan KK.

a. Riwayat perkembangan keluarga

1) Tahapan perkembangan keluarga saat ini

Tahapan perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

2) Tahapan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

- 3) Riwayat keluarga inti

Riwayat keluarga dari lahir hingga saat ini, termasuk riwayat perkembangan dan kejadian serta pengalaman kesehatan yang unik atau berkaitan dengan kesehatan (perceraian, kematian, kehilangan) yang terjadi dalam kehidupan keluarga.
 - 4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.
- b. Lingkungan
- 1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, sumber air minum yang di gunakan dan dilengkapi dengan denah rumah.
 - 2) Karakteristik tetangga dan komunitas

Menjelaskan karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat yang mempengaruhi kesehatan.
 - 3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat ke biasaan keluarga berpindah tempat.
 - 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.
 - 5) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antara anggota keluarga
 - 6) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga untuk mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku
 - 7) Stuktur peran (informal dan non informal)

Menjelaskan peran dari masing masing anggota keluarga

8) Nilai dan normal keluarga

Menjelaskan nilai dan normal yang dianut oleh anggota keluarga yang berhubungan dengan keluarga.

c. Struktur Keluarga

Baik baik secara formal maupun informal

d. Fungsi keluarga

1) Fungsi Afektif

Hal yang dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2) Fungsi Sosialisasi

Bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, serta perilaku.

3) Fungsi Perawatan Keluarga

Menjelaskan sejauh mana menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota yang sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan, kesehatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga.

4) Fungsi Reproduksi

Fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat.

5) Fungsi Ekonomi

Menjelaskan kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber yang sesuai guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan perawatan keluarga yang adekuat.

e. Stress dan koping

- 1) Stresor jangka panjang dan jangka pendek
 - a) Stresor jangka pendek yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam jangka kurang dari 6 bulan.
 - b) Stresor jangka panjang yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan
- 2) Kemampuan Keluarga Berespon terhadap Stimulus/Stesor.
Dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stresor
- 3) Strategi Koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.
- 4) Strategi Adaptasi Disfungsional
Mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah/stress

f. Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga secara menyeluruh.

g. Harapan keluarga

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada

h. Analisa Data

Analisa data pengkajian adalah proses klasifikasi dan validasi informasi untuk membuat diagnose akurat, review data/situasi untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah, dan hubungan data dan pengaruhnya pada kesehatan.

2. Diagnosa Keperawatan yang lazim muncul

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- b. Ketidakefektifan pola nafas
- c. Intoleransi aktivitas
- d. Ketidakefektifan manajemen kesehatan
- e. ketidakefektifan koping
- f. Perubahan nutrisi
- g. Gangguan pertukaran gas

3. Intervensi

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
 - 1) Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekret dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.
 - 2) Tujuan Umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x45 menit di harapkan keluarga mampu :1) Mengenal masalah : Pendidikan proses penyakit; 2) Mengambil keputusan : dukungan mengambil keputusan; 3) Merawat anggota keluarga : Proses perawatan keluarga; 4) Memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan yang nyaman; 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsul.
 - 3) Tujuan khusus ;
 - a) Keluarga mengenal masalah asma dengan mengetahui faktor penyebab, tanda dan gejala, masalah bersihan jalan nafas.
 - b) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah bersihan jalan nafas
- b. Pola nafas tidak efektif
 - 1) Definisi : Inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberi ventilasi.
 - 2) Tujuan umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x45 menit diharapkan keluarga mampu :1) Mengenal masalah : Pendidikan proses penyakit; 2) Mengambil keputusan : dukungan mengambil keputusan; 3) Merawat anggota keluarga : Proses perawatan keluarga; 4) Memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan yang nyaman; 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsul.
 - 3) Tujuan khusus :
 - a) Keluarga mengetahui faktor penyebab, tanda gejala, masalah pola nafas tidak efektif.
 - b) Keluarga mampu memutuskan dengan adektif untuk mengatasi pola nafas tdak efektif.

c. Intoleransi aktifitas

1) Devinisi : Ketidak cukupan energi psikologis atau fisiologis atau untuk melanjutkan atau aktifitas sehari hari.

2) Tujuan umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x45 menit diharapkan keluarga mampu :1) Mengenal masalah : Pendidikan proses penyakit; 2) Mengambil keputusan : dukungan mengambil keputusan; 3) Merawat anggota keluarga : Proses perawatan keluarga; 4) Memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan yang nyaman; 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsul.

3) Tujuan khusus :

- a) Keluarga mampu mengenal masalah penyebab intoleransi
- b) Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk menangani aktifitas intoleransi.

d. Efektifan manajemen kesehatan

1) Devinisi : Pola pengaturan dan pengintegrasian dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan keluarga

2) Tujuan umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x45 menit diharapkan keluarga mampu:1) Mengenal masalah : Pendidikan proses penyakit; 2) Mengambil keputusan : dukungan mengambil keputusan; 3) Merawat anggota keluarga : Proses perawatan keluarga; 4) Memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan yang nyaman; 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsul.

3) Tujuan khusus :

- a) Keluarga mampu mengenal pengertian dan penatalaksanaan asma.
- b) Keluarga mampu mengamambil keputusan bagai mana cara penatalaksanaan asma.

e. Ketidakefektifan koping

- 1) Definisi : Ketidakmampuan untuk membentuk penilaian valid tentang stresor, ketidak adekuatan pilihan respon yang dilakukan dan ketidak mampuan menggunakan sumber daya yang tersedia.
- 2) Tujuan umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x45 menit diharapkan keluarga mampu:1) Mengenal masalah : Pendidikan proses penyakit; 2) Mengambil keputusan : dukungan mengambil keputusan; 3) Merawat anggota keluarga : Proses perawatan keluarga; 4) Memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan yang nyaman; 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsul.
- 3) Tujuan khusus
 - a) Keluarga mampu mengidentifikasi kekambuhan asma
 - b) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit asma

f. Kurang pengetahuan

- 1) Definisi : Suatu keadaan ketika seseorang individu atau kelompok mengalami defisit pengetahuan kognitif atau ketrampilan psikomotor berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan yang akan dilakukan.
- 2) Tujuan umum : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x45 menit diharapkan keluarga mampu:1) Mengenal masalah : Pendidikan proses penyakit; 2) Mengambil keputusan : dukungan mengambil keputusan; 3) Merawat anggota keluarga : Proses perawatan keluarga; 4) Memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan yang nyaman; 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsul.
- 3) Tujuan khusus :
 - a) Keluarga mampu mengenali pengertian, penyebab, tanda dan gejala sampai penatalaksanaan asma.
 - b) Keluarga mampu mengambil keputusan bagaimana cara penatalaksanaan asma.