

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP DASAR KELUARGA**

##### **1. Definisi Keluarga**

Menurut Wall (1986) dalam Padila (2012), keluarga sebagai dua orang atau lebih yang disatukan dengan ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Menurut UU No. 10 tahun 1992 dalam Padila (2012), mengemukakan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri dan anak atau suami istri, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan 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, 1998) dalam Komang Ayu Achjar, (2010). Keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang saling tergantung satu sama lainnya untuk emosi, fisik dan dukungan ekonomi (Hanson, 1996) dalam Komang Ayu Achjar, (2010).

Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Burgess dkk, 1963) dalam Komang Ayu Achjar, (2010). Keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan atau adopsi, atau tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi (Murray & Zentner, 1997) dalam Komang Ayu Achjar, (2010).

Menurut Depkes RI (1988) dalam Padila (2012), mendefinisikan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup dasar perkawinan antara orang dewasa yang

berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

## 2. Ciri Keluarga

Menurut Padila (2012), ciri keluarga adalah Ikatan dan persekutuan (perkawinan/kesepakatan), Hubungan (darah/adopsi/kesepakatan), Ikatan emosional, tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dan jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain, ada peran masing-masing anggota keluarga, anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Tujuan anggota keluarga adalah menciptakan dan mempertahankan budaya, Meningkatkan perkembangan fisik, psikologi, dan sosial anggota.

## 3. Tipe Keluarga

Menurut Setiadi (2008), Tipe keluarga dibagi menjadi :

### a. Secara tradisional

#### 1) Keluarga inti (*Nuclear Family*)

Keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diberi dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

#### 2) Keluarga besar (*Extended Family*)

Keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah ( kakek-nenek, paman-bibi)

### b. Secara modern

#### 1) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) tinggal dalam satu rumah di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

#### 2) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan, lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/ keduanya dapat bekerja diluar rumah.

#### 3) *Niddle Age / Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah / kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karir.

4) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja diluar rumah.

5) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau diluar rumah.

6) *Dual Carier*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) *Three generation*

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

4. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit-unit ditata dan saling terkait satu sama lain. Struktural yang dimaksud adalah (Friedman, 1998 dalam Padila 2012)

a. Struktur peran (*role*)

Peran menunjukkan pada beberapa set perilaku yang bersifat homogen dalam situasi sosial, peran biasanya menyangkut posisi dan posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial tertentu.

1) Peran formal keluarga

Peran formal berkaitan dengan posisi formal keluarga, bersifat homogen. Peran formal yang standar dalam keluarga seperti pencari nafkah, ibu rumah tangga, pengasuh anak, sopir, tukang perbaiki rumah, tukang masak, dan lain-lain. Peran anggota keluarga yaitu

a) Peran Ayah

Ayah berperan sebagai suami dari istri dan ayah dari anak - anak, berperan mencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

b) Peran ibu

Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh anak dan pendidik anak-anaknya, pelindung, sebagai salah satu anggota kelompok dan peran sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari

lingkungannya, ibu juga berperan pencari nafkah tambahan keluarganya.

c) Peran anak

Anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tindakan berkembangnya baik fisik, mental, sosial, spiritual.

2) Peran informal keluarga

Peran - peran informal (peran tertutup) biasanya bersifat implisit, tidak tampak kepermukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga. Peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda, tidak terlalu didasarkan pada personalitas anggota keluarga. Peran informal diantaranya : pendorong, pengharmonis, inisiator, kontributor, pendamai, penghalang, dominator, pencari pengakuan, pengikut, penyalah, matrik, keras hati, sahabat, kambing hitam keluarga, penghibur, perawat keluarga, distraktor, dan penghubung antara saksi.

b. Komunikasi

Komunikasi keluarga merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga. Komunikasi yang jelas dan fungsional dalam keluarga merupakan sarana penting untuk mengembangkan sarana diri.

1) Komunikasi fungsional dalam keluarga

Komunikasi fungsional dipandang sebagai kunci keberhasilan keluarga. Komunikasi dalam keluarga yang sehat merupakan proses dua arah yang dinamis, sehingga tercipta interaksi fungsional.

2) Komunikasi disfungsional dalam keluarga

Komunikasi disfungsional diartikan sebagai peirim dan penerimaan isi dari pesan yang tidak jelas, tidak langsung atau tidak sepadan. Faktor utama sebagai penyebabnya adalah harga diri keluarga, khususnya orang tua rendah. Penyebab rendah dari diri itu sendiri itu adalah pemusatan pada diri sendiri, perlu persetujuan total dan kurang empati.

c. Struktur Kekuatan (*Power*)

Struktur kekuatan adalah kemampuan (potensi atau aktual) individu untuk mengontrol, mempengaruhi dan merubah tingkah laku anggota keluarga. Komponen utamanya adalah pengaruh dan pengambilan

keputusan. Pengaruh sinonim dengan kekuatan tingkat penggunaan tekanan oleh anggota keluarga dan berhasil dalam memaksakan pandangannya, sedangkan pengambilan keputusan menunjukkan pada proses pencapaian kesepakatan dan persetujuan anggota keluarga untuk melakukan serangkaian tindakan atau menjaga status *quo*.

d. Struktur nilai

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu. 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. Sistem nilai keluarga dianggap sangat mempengaruhi nilai-nilai masyarakat. Sebuah nilai dari keluarga akan membentuk pola tingkah laku dalam menghadapi masalah-masalah yang dialami keluarga. Keyakinan dan nilai-nilai ini akan menentukan bagaimana keluarga mengatasi kesehatan dan stresor-stresor lain. Berbagai peran yang terdapat didalam keluarga adalah peran-peran dalam keluarga yang terdiri dari :

1) Peran ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pembimbing, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

2) Peran ibu

Peran ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, di samping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3) Peran anak

Anak-anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosia, spiritual dan berbakti kepada kedua orang tua.

## 5. Fungsi keluarga

Menurut Friedman (2010), fungsi keluarga meliputi :

### a. Fungsi affektif

Upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosial emosional pada semua anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih.

### b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. merujuk banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditunjukkan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul suami-ayah dan istri-ibu. Sosialisasi seharusnya lebih kepada proses seumur hidup yang meliputi internalisasi sekumpulan norma dan nilai yang tepat agar menjadi seorang remaja, suami/istri, orang tua, seorang pegawai yang baru bekerja, kakek/nenek, dan pensiunan.

### c. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi yaitu salah satu fungsi dasar keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia untuk membesarkan anak serta menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat.

### d. Fungsi ekonomi

Kemampuan untuk mengalokasikan sumber yang sesuai guna memenuhi kebutuhan seperti sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

### e. Fungsi perawatan kesehatan

#### 1) Keluarga mampu dalam mengenal masalah kesehatan

Mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan sejauh manakeluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala serta yang

mempengaruhi keluarga terhadap masalah. Kemampuan keluarga dapat mengenal masalah tentang penyakit asma, tindakan yang dilakukan oleh keluarga sesuai dengan tindakan keperawatan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga.

2) Keluarga mampu dalam mengambil keputusan

Mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat. Perlu dikaji adalah bagaimana keluarga mengambil keputusan apabila anggota keluarga terserang Asma. Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat akan mendukung kesembuhan keluarga yang menderita penyakit asma.

3) Keluarga mampu dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Mengetahui sejauh mana keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit asma. Kemampuan keluarga dalam merawat akan dilakukan tindakan keperawatan yang tepat dan sesuai sehingga dapat mempercepat kesembuhan.

4) Keluarga mampu dalam memodifikasi lingkungan

Mengetahui sejauh mana keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat. Perlu dikaji bagaimana keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan akan dapat mencegah kekambuhan dari pasien yang menderita penyakit asma.

5) Keluarga mampu dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan

Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat. Penggunaan fasilitas kesehatan oleh seseorang akan mendukung terhadap kesehatan yang sedang di alami seseorang.

6. Tahap perkembangan keluarga

Menurut Friedman (2010), tahap perkembangan keluarga yaitu

a. Tahap I (Keluarga pasangan baru)

Tugas perkembangan keluarga yaitu membentuk pernikahan yang memuaskan bagi kedua belah pihak, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan/membina hubungan dengan teman lain,

keluarga lain, merencanakan sebuah keluarga atau merencanakan kehamilan (keputusan menjadi orang tua).

b. Tahap II (*Childbearing Family*)

Tugas perkembangan keluarga yaitu membentuk keluarga muda sebagai suatu unit yang stabil (menggabungkan bayi yang baru kedalam keluarga), perubahan peran menjadi orang tua, memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memperluas hubungan dengan keluarga besar dengan menambah peran menjadi orang tua dan menjadi kakek / nenek.

c. Tahap III (Keluarga dengan Anak Prasekolah)

Tahap perkembangan keluarga yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga akan rumah, ruang, privasi, dan keamanan yang memadai, menyosialisasikan anak dengan lingkungan, mengintegrasikan anak kecil sebagai anggota keluarga baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lain, mempertahankan hubungan yang sehat di dalam keluarga (hubungan pernikahan dan hubungan orang tua-anak) dan diluar keluarga (hubungan dengan keluarga besar komunitas)

d. Tahap IV (Keluarga dengan Anak Sekolah)

Tahap perkembangan keluarga yaitu membantu sosialisasi anak-anak dengan lingkungan termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan membantu hubungan anak-anak yang sehat dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

e. Tahap V (Keluarga dengan Anak Remaja)

Tahap perkembangan keluarga yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab pada saat anak remaja telah dewasa dan semakin otonomi, memfokuskan kembali hubungan pernikahan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak.

f. Tahap VI (Keluarga melepaskan Anak Dewasa Muda)

Tahap perkembangan keluarga yaitu memperluas lingkaran keluarga terhadap anak dewasa muda, termasuk memasukan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak-anaknya, melanjutkan untuk

memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, membantu orang tua suami dan istri yang sudah menua dan sakit.

g. Tahap VII (Orang Tua Paruh Baya)

Tahap perkembangan keluarga yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan hubungan yang bermakna antara orang tua yang telah menua dan anak mereka, memperkuat hubungan pernikahan

h. Tahap VIII ( Keluarga Lansia Pensiunan)

Tahap perkembangan keluarga yaitu mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan terhadap penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, melanjutkan untuk merasionalisasikan kehilangan keberadaan anggota keluarga (peninjauan dan integrasi kehidupan).

7. Keluarga Mandiri

a. Definisi

Keluarga mandiri dapat disimpulkan sebagai sikap mental dalam hal berupaya meningkatkan kepedulian masyarakat dalam pembangunan, mendewasakan usia perkawinan, membina dan meningkatkan ketahanan keluarga, berdasarkan kesadaran dan tanggung jawab.

b. Tingkat-tingkat keluarga mandiri

Kemandirian keluarga dalam program perawatan kesehatan komunitas dibagi menjadi empat tingkatan dari keluarga mandiri tingkat satu (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat empat (paling tinggi).

1) Keluarga mandiri tingkat satu (KM-1)

Menerima petugas perawatan Kesehatan Komunitas dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan untuk keluarga sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditentukan oleh petugas kesehatan/tim kesehatan.

2) Keluarga mandiri tingkat dua (KM-II)

Menerima petugas Perawatan Komunitas, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar,

melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan petugas kesehatan tentang masalah penyakit asma.

3) Keluarga mandiri tingkat tiga (KM-III)

Menerima petugas Perawatan Kesehatan Komunitas, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif

4) Keluarga mandiri tingkat empat (KM-IV)

Menerima petugas Perawatan Kesehatan Komunitas, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif, melaksanakan tindakan promotif secara aktif

Indikator Kemandirian Keluarga.

Tabel 2.1 Indikator kemandirian keluarga

NO	KRITERIA	Tingkat			
		I	II	III	IV
1	Menerima petugas (puskesmas)	√	√	√	√
2	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan	√	√	√	√
3	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya		√	√	√
4	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran		√	√	√
5	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran		√	√	√
6	Melakukan tindakan pencegahan secara aktif		√	√	√
7	Melakukan tindakan peningkatan kesehatan (Promotif) secara aktif				√

## B. KONSEP ASMA

### 1. Pengertian

Asma merupakan penyakit pada jalan nafas yang tidak dapat pulih yang terjadi karena spasme bronkus yang disebabkan oleh berbagai penyebab. (Hudak & Gallo, (1997) dalam Andra & Yessie, 2013: Hal.188). Asma adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermiten, reversibel dimana trakea dan bronki berespondalam secara hiperaktif terhadap stimulasi tertentu. (Smeltzer, Suzanne C (2002) dalam Andra & Yessie, 2013: hal.188).

Asma adalah obstruksi jalan nafas jalan nafas yang bersifat reversibel, terjadi ketika bronkus mengalami inflamasi/ peradangan dan hiperresponsif. (Reeves, (2001) dalam Padila, 2013 : hal.249). Asma adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat sementara. (NANDA, 2013: hal.40)

### 2. Anatomi Fisiologi Pernafasan

#### a. Hidung

Hidung (*nasal*) merupakan organ tubuh yang berfungsi sebagai alat pernafasan (*respirasi*) dan indera penciuman (*pembau*). Bentuk dan struktur hidung menyerupai piramid atau kerucut dengan alasnya pada prosesus palatinus osis maksilaris dan pars horizontal osis palatum. Keadaan normal, udara masuk dalam pernafasan, melalui rongga hidung. Vestibulum rongga hidung berisi serabut-serabut halus. Epitel vestibulum berisi rambut - rambut halus yang mencegah masuknya benda-benda asing yang mengganggu proses pernafasan.

#### Struktur hidung

Tulang rawan epitelium dan lamina propia keduanya saling berkaitan, dianggap sebagai bagian fungsional terbanyak yang berasal dari rongga hidung. Lamina propia mengandung banyak arteri, vena, dan kapiler yang membawa nutrisi dan air yang dikeluarkan oleh sel. Rangka hidung dibentuk oleh : Bagian atas oleh laminan kribosa ossis etmoidalis dan pars nasalis osis frontalis, dinding lateral oleh tulang keras dan tulang rawan, sekat hidung (*septum nasi*) oleh tulang karang dan tulang rawan .

b. Faring

Faring (*tekak*) adalah suatu saluran otot selaput kedudukannya tegak lurus antara basis kranii dan *vertebrae* servikalis VI. Daerah Faring di bagi menjadi atas tiga bagian : Nasofaring, Orofaring, Laringofaring. Fungsi faring yaitu lipatan-lipatan vokal serupa mempunyai elastisitas yang tinggi dan dapat memproduksi suara yang dihasilkan oleh pita suara. Lipatan-lipatan vokal dapat memproduksi suara melalui jalan udara, glotis, serta lipatan produksi gelombang suara. Faktor yang menentukan frekuensi puncak bunyi dan produksi bergantung pada panjang dan ketegangan regangan yang membangkitkan frekuensi dan getaran yang diproduksi. Ketegangan dari pita suara di kontrol oleh otot kerangka di bawah kontrol korteks.

c. Laring

Laring atau pangkal tenggorokan merupakan jalinan tulang rawan yang di lengkapi dengan otot, membran, jaringan ikat, dan ligamentum. Sebelah atas pintu masuk laring membentuk tepi epiglottis, lipatan dari epiglottis aritenoid dan pita aritenoid, dan sebelah bawah tepi bawah kartilago krikoid. Tepi tulang dari pita suara asli kiri dan kanan membatasi daerah epilottis. Bagian atas disebut supraglottis dan bagian bawah disebut subglottis.

d. Trakea

Trakea (batang tenggorokan) adalah tabung berbentuk pipa seperti huruf C yang dibentuk oleh tulang-tulang rawan yang disempurnakan oleh selaput, terletak di antara *vertebrae* servikalis VI sampai ke tepi bawah kartilago krikoid *vertebrae* torakalis V, Panjangnya sekitar 13 cm dan diameter 2,5 cm, dilapisi oleh otot polos, mempunyai dinding fibroelastis yang tertanam dalam balok-balok hialin yang mempertahankan trakea tetap terbuka. Fungsi Trakea : Mukosa trakea terdiri dari epitel keras seperti lamina yang berisi jaringan serabut-serabut elastis. Jaringan mukosa ini berisi glandula mukosa yang sampai ke permukaan epitel menyambung ke pembuluh darah bagian luar.

Submukosa trakea menjadikan dinding trakea kaku dan melindungi serta mencegah trakea mengempis. Kartilago antara trakea dengan esofagus lapisannya berubah menjadi elastis pada saat proses menelan sehingga membuka jalan makanan masuk ke lambung. Rangsangan saraf

simpatis memperlebar diameter trakea dan mengubah besar volume saat terjadinya proses pernafasan.

e. Bronkus

Bronkus (cabang tenggorokan) merupakan lanjutan dari trakea. Bronkus terdapat pada ketinggian vertebrae torakalis IV dan V, Bronkus mempunyai struktur sama dengan trakea dan dilapisi oleh sejenis sel yang sama dengan trakea dan berjalan ke bawah ke arah tampuk paru. Bagian bawah trakea mempunyai cabang dua kiri dan kanan yang dibatasi oleh garis pembatas, Setiap perjalanan jalan utama tenggorokan ke sebuah lekuk yang panjang di tengah permukaan paru. Bronkus prinsipalis terdiri dari dua bagian :

1) Bronkus prinsipalis dekstra

Panjangnya sekitar 2,5 cm masuk ke hilus pulmonalis paru kanan, mempercabangkan bronkus lobaris superior. Pada masuk ke hilus bercabang tiga menjadi bronkus lobaris medius, bronkus lobaris inferior, dan bronkus lobaris superior, di atasnya terdapat V.azigos, dibawahnya A.pulmonalis dekstra.

2) Bronkus prinsipalis sinistra

Lebih sempit dan lebih panjang serta lebih horizontal dibandingkan bronkus dekstra, panjangnya sekitar 5 cm, berjalan kebawah aorta dan di depan esofagus, masuk ke hilus pulmonalis kiri, bercabang menjadi dua (bronkus lobaris superior dan bronkus lobaris inferior).

f. Pulmo

Pulmo (paru) adalah salah satu organ sistem pernafasan yang berada di dalam kantong yang dibentuk oleh pleura parietalis dan pleura viseralis. Kedua paru sangat lunak, elastis dan benda dalam rongga torak sifatnya ringan dan terapung di dalam air. Paru berwarna biru ke abu-abuan dan berbintik-bintik karena partikel-partikel debu yang masuk termakan oleh fagosit.

Masing-masing paru mempunyai apeks yang tumpul menjorok ke atas, masuk ke leher kira-kira 2,5 cm diatas klavikula. Fasies kostalis yang konveks berhubungan dengan dinding dada dan fasies mediastinalis yang konkaf membentuk perikardium. Sekitar permukaan kiri terdapat hilus pulmonalis suatu lekukan tempat bronkus, pembuluh darah, dan saraf masuk ke paru membentuk radiks pulmonalis. (Syarifuddin, 2012).

### 3. Etiologi

Menurut Andra & Yessie (2013), etiologi asma dapat di bagi atas :

#### a. Asma ekstrinsik / alergi

Asma yang disebabkan oleh elergen yang diketahui masanya sudah terdapat semenjak anak-anak, seperti alergi terhadap protein, sebuk sari, bulu halus, binatang dan debu.

#### b. Asma instrinsik / idiopatik

Asma yang tidak ditemukan faktor pencetus yang jelas , tetapi adanya faktor-faktor non spesifik seperti : flu, latihan fisik atau emosi sering memicu serangan asma. Asma ini sering muncul / timbul sesudah usia 40 tahun setelah menderita infeksi sinus / cabang trakeobronchial.

#### c. Asma campuran

Asma yang terjadi / timbul karena adanya komponen ekstrinsik dan instrinsik.

Macam-macam faktor pencetus :

##### 1) Alergen

Faktor alergi dianggap mempunyai peranan pada sebagai penderita dengan asma, disamping itu hiperaktivitas saluran nafas juga merupakan faktor yang penting bila tingkat hiperaktivitas bronkus tinggi diperlukan jumlah alergen yang sedikit dan sebaliknya untuk menimbulkan serangan asma.

##### 2) Infeksi

Biasanya virus penyebab respiratory synchyhal virus (RSV) dan virus para influenza

##### 3) Iritasi

Hairspray, minyak wangi, asp rokok, bulu binatang, bau asam dari cat dan polusi udara, air dingin dan udara dingin.

##### 4) ISPA

Infeksi Saluran Pernafasan Akut adalah infeksi yang terjadi pada bagian sinus, tenggorokan, saluran udara atau paru-paru, penyebab terjadinya ISPA adalah virus, bakteri, dan jamur

##### 5) Reflek gastroesopagus

Iritasi trakeobronkheal karena isi lambung dapat memperberat penyakit asma

6) Psikologis

Efek fisik dari stres dan emosi seseorang dapat memicu kambuhnya Asma

7) Aktivitas yang berlebihan

Aktivitas berlebihan akan mengganggu kemampuan pernafasan, sehingga gejala asma dan sesak nafas akan timbul dan sangat mengganggu aktivitas sehari-hari.

4. Insiden

Data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO), pada tahun 2010 menunjukkan sebanyak 300 juta orang didunia mengidap penyakit asma dan 225 ribu orang meninggal karena penyakit asma. Jumlah ini diprediksi meningkat hingga 400 juta pada tahun 2025. Prevalensi asma pada anak sebesar 8-10% dan pada orang dewasa 3-5%.

Gejala klinis asma terdiri atas dispnea, batuk, mengi. Gejala tersebut sering di anggap sebagai gejala yang harus ada, data lainnya seperti yang terlihat dari pemeriksaan fisik. (Irman Soemantri, 2009 : hal.52)

5. Patofisiologi

Asma adalah obstruksi jalan nafas difus reversibel. Obstruksi di sebabkan oleh satu atau lebih dari konstruksi otot-otot yang mengelilingi bronkhi, yang menyempitkan jalan nafas, atau pembengkan membran yang melapisi bronkhi, atau pengisian bronkhi dengan mukus yang kental. Selain itu otot-otot bronkhal dan kelenjar mukosa membesar, spuntum yang kental, banyak dihasilkan dan alveoli menjadi hiperinflasi, dengan udara terperangkap di dalam jaringan paru. Mekanisme yang pasti dari perubahan ini belum diketahui, tetapi ada yang paling diketahui adalah keterlibatan sistem imunologis dan sistem otonom.

Individu dengan asma mengalami respon imun yang buruk terhadap lingkungan mereka. Antibodi yang dihasilkan (IgE) kemudian menyerang sel-sel mast dalam paru. Pemajanan ulang terhadap antigen mengakibatkan ikatan antigen dengan antibodi, menyebabkan pelepasan produk sel-sel mast (disebut mediator) seperti histamin, bradikinin, dan prostaglandin serta anafilaksik dari substansi yang bereaksi lambat (SRS-A). Pelepasan mediator ini dalam jaringan paru mempengaruhi otot polos dan kelenjar jalan nafas,

menyebabkan bronkhospasme, pembengkakan membran mukosa dan pembentukan mukus yang sangat banyak.

Sistem saraf otonom mempengaruhi paru, Tonus otot bronkhial diatur oleh impuls saraf vagal melalui sistem parasimpatis. Pada asma idiopatik atau nonalergik, ketika ujung saraf pada jalan nafas dirangsang oleh faktor seperti infeksi, latihan, dingin, merokok, emosi, dan polusi, jumlah asetilkolin yang dilepaskan meningkat. Pelepasan asetilkolin ini secara langsung menyebabkan bronkokonstriksi juga merangsang pembentukan mediator kimiawi. Individu dengan asma dapat mempunyai toleransi rendah terhadap respon parasimpatis.

#### 6. Manifestasi Klinik

Bising mengi (*wheezing*) yang terdengar dengan atau tanpa stetoskop, batuk produktif, sering pada malam hari, nafas atau dada seperti tertekan, ekspirasi memanjang.

##### a. Stadium dini

Faktor hipersekresi yang lebih menonjol yaitu batuk dengan dahak bisa dengan maupun tanpa pilek, ronchi basah halus pada serangan kedua atau ketiga, sifatnya hilang timbul, *wheezing* belum ada, belum ada kelainan bentuk thorak, ada peningkatan eosinofildarah dan IGE, BGA belum patologis. Faktor spasme bronkiolus dan edema yang lebih dominan yaitu timbul sesak nafas dengan atau tanpa sputum, *wheezing*, ronchi basah bila terdapat hiperskresi, penurunan tekanan parsial  $O_2$ .

##### b. Stadium lanjut / kronik

Batuk, ronchi, sesak nafas berat dan dada seolah-olah tertekan, dahak lengket dan sulit untuk dikeluarkan, suara nafas melemah bahkan tak terdengar (silent chest), thorak seperti barrel chest, tampak tarikan otot sternokleidomastoideus, BGA  $Pa O_2$  kurang dari 80%, Ro paru terdapat peningkatan gambaran bronchovaskuler kanan dan kiri, hipokapnea dan alkalosis bahkan asidosis respiratorik. Bising mengi (*wheezing*) yang terdengar dengan stetoskop, batuk produktif, sering pada malam hari, (Halim Danukusumo, 2000 dalam Padila, 2013: hal.250).

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

### a. Pengukuran fungsi paru (*spirometri*)

Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilator aerosol golongan adrenergik. Peningkatan FEV (*Forced Expiratory Volume*) atau FVC (*Forced Vital Capacity*) sebanyak lebih dari 20% menunjukkan diagnosis asma, normal bila FEV >80% dan FVC >70%.

### b. Tes Provokasi Bronkhus

Tes ini dilakukan pada spirometri internal. Penurunan FEV (*Forced Expiratory Volume*) sebesar 20% atau lebih setelah tes provokasi dan denyut jantung 80-90% dari maksimum dianggap bermakna bila menimbulkan penurunan PEFR (*Peak Expiratory Flow Rate*) 10% atau lebih.

### c. Pemeriksaan Kulit

Antibodi IgE Untuk menunjukan adanya hipersensitif yang spesifik dalam tubuh.

### d. Pemeriksaan Laboratorium

#### 1) Analisa Gas Daah (AGD)

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

#### 2) Sputum

Adanya badan kreola adalah karakteristik untuk serangan asma yang berat, karena hanya reaksi yang hebat saja yang menyebabkan transudasi edema mukosa, sehingga terlepaslah sekelompok sel-sel epitel dari perlekatannya. Pewarnaan garam penting untuk melihat adanya bakteri, cara tersebut kemudian diikuti kultur dan uji resistensi terhadap beberapa antibiotik.

#### 3) Sel eosinofil

Sel eosinofil pada klien dengan status asmatikus dapat mencapai 1000-1500/mm<sup>3</sup> baik asma intrinsik ataupun ekstrinsik dengan hitungan sel eosinofil normal antara 100-200 / mm<sup>3</sup> perbaikan fungsi paru disertai penurunan hitung jenis sel eosinofil menunjukkan pengobatan telah tepat.

#### 4) Pemeriksaana darah rutin dan kimia

Jumlah sel leukosit yang lebih dari 1500/mm<sup>3</sup> terjadi karena adanya infeksi. SGOT (*serum glutamic oxaloacetic transaminase*) dan SGPT

(*serum glutamic pyruvate transaminase*) meningkat disebabkan kerusakan hati akibat hipoksia atau hiperkapnea.

#### e. Pemeriksaan Radiologi

Hasil pemeriksaan radiologi pada klien dengan asma bronkhial biasanya normal. Prosedur ini harus tetap dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan ada patologi diparu atau komplikasi seperti pneumothorak, pneumomediastium, atelektasis, dll. (Arif Mutaqin, 2008)

#### 8. Komplikasi

Pneumothorak, pneumomediastium dan emfisema sub kutis, atelektasis, aspirasi, kegagalan jantung gangguan irama jantung, sumbatan saluran nafas yang meluas gagal nafas, asidosis. (Andra & Yessie, 2013: hal.192)

#### 9. Penatalaksanaan medik

##### a. Pengobatan Non Farmakologi

##### 1) Penyuluhan

Penyuluhan ini ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang penyakit asma sehingga klien secara sadar menghindari faktor-faktor pencetus, menggunakan obat secara benar, dan berkonsultasi pada tim kesehatan

##### 2) 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.

##### 3) Fisioterapi

Mempermudah pengeluaran mukus Ini dapat dilakukan dengan postural drainase, perkusi dan fibrasi dada.

##### b. Pengobatan Farmakologi

##### 1) Agonis beta

Metaproterenol (alupent, metrapel). Bentuknya aerosol, bekerja sangat cepat, diberikan sebanyak 3-4x 100mg/semprot, dan jarak antara semprotan pertama dan kedua adalah 10 menit. Indikasi aerosol yaitu pencegahan gejala-gejala asma bronkhial, kontra indikasi dari aerisol yaitu jangan diberikan pada situasi stres yang panjan misalnya

pembedahan/infeksi berat, ibu hamil dan menyusui. Efek samping aerosol yaitu suara serak, infeksi mulut dan tenggorokan.

## 2) Metilxantin

Dosis dewasa diberikan 4x125-200mg sehari. Golongan metilksantin adalah aminofilin dan teofilin. Obat ini diberikan bila golongan beta agonis tidak memberikan hasil yang memuaskan. Indikasinya asma dan penyakit paru obstruksi kronis, kontra indikasinya hipersensitivitas terhadap teofilin dan ethylendiamine. Efek samping yang sering terjadi saluran cerna: diare, mual dan muntah; neurologi: pusing, sakit kepala, insomnia, dan tremor.

## 3) Kortikosteroid

Jika agonis beta dan metilksantin tidak memberikan respon yang baik, harus diberikan kortikosteroid. Steroid dalam bentuk aerosol dengan dosis 4x 2,5-5mg/semprot tiap hari. Indikasinya untuk reaksi alergi akut yang dapat membahayakan hidup seperti asma akut. Kontra indikasinya pada penderita alergi anti-histamin dan gangguan hati atau ginjal berat. Pemberian steroid dalam jangka yang lama mempunyai efek samping peningkatan nafsu makan, sulit tidur (insomnia), maka klien yang mendapat steroid jangka lama harus diawasi dengan ketat.

## 4) Kromolin dan Ipratropium bromide (atrovent)

Kromolin merupakan obat pencegah asma khususnya untuk anak-anak. Dosis Ipratropium bromide diberikan 4x0,4-2ml/semprot sehari. Indikasinya mencegah dan mengobati obstruksi kronis saluran nafas pada asma bronkhial. Kontra indikasi: penderita yang hipersensitif terhadap zat-zat seperti atropin (Kee dan Hayes, 1994 dalam Arif Muttaqin, 2008: hal.178).

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut Friedman

#### **a. Data Umum**

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

#### **1) Komposisi Keluarga**

Menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut. Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang sudah dewasa, kemudian diikuti dengan anggota keluarga yang lain sesuai dengan susunan kelahiran mulai dari yang tua, kemudian mencantumkan jenis kelamin, hubungan tiap anggota keluarga, tempat tinggal lahir / umur, pekerjaan dan pendidikan.

#### **2) Genogram**

Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit. Genogram merupakan alat pengkajian yang informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat dan sumber-sumber keluarga.

#### **3) Tipe Keluarga**

Menjelaskan jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis/tipe keluarga tersebut.

#### **4) Suku Bangsa**

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.

#### **5) Agama**

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

#### **6) Status Sosial Ekonomi Keluarga**

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya dan kebutuhan-

kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

#### 7) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

#### b. Riwayat Tahap Perkembangan Keluarga

##### 1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

##### 2) Tahap 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

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pengalaman kesehatan.

##### 4) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Menjelaskan riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

#### c. Lingkungan

##### 1) Karakteristik Rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septik tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta 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 kebiasaan 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.

## d. Struktur Keluarga

### 1) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologi atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

### 2) Pola Komunikasi Keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga, sistem komunikasi yang digunakan, efektif untuk mempererat hubungan kekeluargaan dan menjaga keharmonisan.

### 3) Struktur Kekuatan Keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

### 4) Struktur Peran (*formal dan informal*)

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

### 5) Nilai dan Norma Keluarga

Menjelaskan nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

## e. Fungsi Keluarga

### 1) Fungsi Afektif

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

## 2) Fungsi Sosialisasi

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

## 3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kemampuan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga. Pengkajian fungsi keperawatan meliputi :

### a) Keyakinan, nilai, dan perilaku sehat keluarga

Nilai yang diberlakukan keluarga terhadap kesehatan, Promosi kesehatan, dan Pencegahan, Kekonsistenan antara nilai kesehatan keluarga yang disebutkan dan perilaku kesehatan keluarga, Aktivitas promosi kesehatan yang diikuti keluarga secara teratur perilaku ini mencirikan semua anggota keluarga, atau pola perilaku promosi kesehatan sangat bervariasi diantara anggota keluarga, Tujuan kesehatan keluarga.

### b) Definisi sehat sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga

Pengkajian yang dilakukan pada fungsi ini yakni keluarga dapat mendefinisikan tentang konsep sehat sakit, melaporkan perubahan yang signifikan pada anggota keluarga yang sakit, informasi dan saran yang diberikan kepada keluarga.

### c) Praktik diet keluarga

.Pengkajian yang dilakukan yakni keluarga mengetahui sumber makanan yang baik dari pedoman piramida makanan, penanggung jawab dan pelaksana belanja.

### d) Kebiasaan tidur dan istirahat

Kebiasaan tidur yang dikaji yakni kebiasaan tidur keluarga, durasi dan jam tidur keluarga, gangguan tidur, dan tempat untuk tidur.

### e) Aktifitas dan rekreasi fisik

Aktifitas yang perlu di kaji lebih yaitu tentang pentingnya manfaat rekreasi dan olahraga untuk kesehatan anggota keluarga, jenis rekreasi dan jenis olah raga, durasi rekreasi dan olahraga, keyakinan keluarga

tentang rekreasi dan olah raga, perasaan keluarga setelah melakukan rekreasi dan olahraga

- f) Praktik obat terapeutik dan penenang, alkohol, tembakau dalam keluarga

Pengkajian yang dilakukan adalah Penggunaan obat penenang, alkohol, merokok dan kopi pada keluarga, mengkonsumsi jenis obat penenang, efek samping penggunaan obat tersebut, dan perasaan setelah penggunaan obat tersebut.

- g) Peran keluarga dalam perawatan diri

Pengkajian ini meliputi tentang cara keluarga untuk menaikkan derajat kesehatan, langkah keluarga untuk mencegah penyakit, penilaian keluarga tentang perawatan diri

- h) Praktik lingkungan dan hygiene

Pengkajian ini mencakup tentang perilaku keluarga terhadap oral hygiene, perawatan mata dan gigi, dan kebersihan lingkungan keluarga.

- i) Tindakan pencegahan berbasis medis

Tindakan ini merupakan kemampuan keluarga menggunakan sumber/fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat meliputi riwayat keluarga tentang pemeriksaan fisik secara sehat, tempat pemeriksaan mata dan telinga, status imunisasi, dan kebersihan gigi serta penggunaan pasta gigi.

- j) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat ini meliputi kesehatan keluarga asli (kakek, nenek, orang tua, bibi, paman, saudara kandung dan anak-anak), serta riwayat penyakit menular dan menurun seperti HIV, Hipertensi, DM, penyakit jantung dan lainnya.

- k) Pelayanan kesehatan yang diperoleh

Penyedia layanan kesehatan memeriksa semua kesehatan anggota keluarga

- l) Perasaan dan persepsi berkenaan dengan layanan kesehatan

Pengkajian fungsi ini meliputi perasaan keluarga tentang layanan kesehatan dan persepsi keluarga tentang pelayanan kesehatan, serta harapan keluarga terhadap peran perawat.

#### 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 kesehatan yang adekuat.

### f. Stress dan Koping Keluarga

#### 1) Stressor Jangka Panjang dan Jangka Pendek

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan, stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

#### 2) Kemampuan Keluarga Berespon terhadap Situasi / Stressor

Dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor dan mencari jalan keluarnya.

#### 3) Strategi Koping yang Digunakan

Kaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stres jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan dan panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

#### 4) Strategi Adaptasi Disfungsional

Mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stres.

### g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik.

### h. Harapan Keluarga

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada setelah dilakukan tindakan keperawatan

i. Analisa Data

Analisa data penkajian adalah proses klarifikasi dan validasi informasi untuk membuat diagnosis akurat, review data/situasi untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah, dan hubungan data dan pengaruhnya pada kesehatan keluarga.

**2. Diagnosa Keperawatan**

Asosiasi North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)(2015), menjelaskan diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang di rumuskan berdasarkan hasil pengkajian, dan berupa rumusan tentang respon klien terhadap masalah kesehatan, interpretasi ini di gunakan perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi serta evaluasi. Diagnosa keperawatan keluarga pada penyakit Asma berdasarkan pada problem Brunner dan Suddarth (2014) NANDA (2015) dan Friedman (2010) sebagai berikut. Diagnosa yang dapat muncul pada keluarga :

- a. Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas
- b. Intoleransi Aktivitas
- c. Gangguan Pola Tidur

**3. Perencanaan Keperawatan Keluarga**

Penetapan perencanaan menurut Friedman (2010), adalah perencanaan harus disusun bersama keluarga serta melibatkan seluruh anggota keluarga dalam unit pelayanan. Perencanaan secara umum mengacu pada :

- a. Analisa dengan keluarga yang didasarkan pada pengalaman hidup
- b. Meningkatkan kognitif, afektif dan psikomotor
- c. Fokus Intervensi pada kemampuan keluarga melaksanakan tugas kesehatan:

Mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapi, meningkatkan kemampuan keluarga memberikan perawatan pada anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan, meningkatkan kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan sesuai dengan syarat kesehatan, memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan

- d. Mengkatalis perilaku melalui motivasi dan dukungan.

e. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yaitu (NANDA, 2015) :

1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.

a) Tujuan umum : setelah dilakukan kunjungan rumah diharapkan jalan nafas menjadi efektif.

b) Tujuan khusus :

- (1) Keluarga mengenal masalah asma dengan mengetahui faktor penyebab, tanda gejala, masalah bersihan jalan nafas
- (2) Keluarga mamapu memutuskan dengan cara adaptif untuk mengatasi bersihan jalan nafas
- (3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah bersihan jalan nafas.
- (4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk kebersihan jalan nafas
- (5) Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan cara berkonsultasi dengan petugas kesehatan tentang bagaimana menjaga keefektifan jalan nafas

c) Intervensi (Aplikasi Nanda Nic-Noc, 2015)

(1) Keluarga mampu mengenal masalah

Kaji pengetahuan keluarga tentang bersihan jalan nafas dan penyakit asma, jelaskan tentang bersihan jalan nafas dan penyakit asma dengan bahasa sederhana dan mudah dipahami, beri kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, berikan *reinforcement positif* pada keluarga

(2) Keluarga mamapu memutuskan masalah

Kaji perasaan keluarga terhadap penyakit yang diderita, bantu keluarga memutuskan tindakan penanganan penyakit, bantu keluarga mengidentifikasi sumber daya keluarga yang ada, beri *reinforcement positif* pada keluarga

## (3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga

Anjurkan diet asma contoh sederhana, anjurkan terapi non farmakologi (terapi inhalasi, batuk efektif)

## (4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan

Anjurkan keluarga untuk memodifikasi lingkungan pasien menjadi lebih nyaman, aman, dan bersih. beri *reinforcement* positif pada keluarga

## (5) Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan

Anjurkan keluarga untuk berkonsultasi ke pelayanan kesehatan tentang penyakit atau keluhan yang diderita

## 2) Intoleransi aktivitas

a) Definisi : ketidak cukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.

b) Tujuan umum : setelah dilakukan kunjungan rumah diharapkan keluarga mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan maksimal.

c) Tujuan khusus :

(1) Keluarga mampu mengenal masalah penyebab intoleransi aktivitas

(2) Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk menangani intoleransi aktivitas.

(3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah intoleransi aktivitas

(4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk toleransi aktivitas

(5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan cara berkonsultasi dengan petugas kesehatan tentang bagaimana menjaga toleransi aktivitas

d) Intervensi (Aplikasi Nanda Nic-Noc, 2015)

(1) Keluarga mampu mengenal masalah

Kaji pengetahuan klien mengenai tingkat kemampuan aktivitas klien dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, tanyakan kembali apa yang dijelaskan tadi, beri *reinforcement positif* atas pengulangan tadi

(2) Keluarga mampu mengambil keputusan

Diskusi dengan keluarga tentang kemampuan mentolerasi aktivitas, bantu keluarga memutuskan memelihara lingkungan, bantu keluarga memanfaatkan sumber daya dalam keluarga

(3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga

Tanyakan kemampuan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan intoleransi aktivitas.

(4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan

Anjurkan keluarga untuk memodifikasi lingkungan pasien menjadi lebih nyaman, aman, dan bersih untuk aktivitas sehari-hari. beri *reinforcement* positif pada keluarga

(5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan

Kesehatan anjurkan keluarga untuk berkonsultasi pada pelayanan kesehatan tentang penyakit. beri *reinforcement* positif pada keluarga

3) Gangguan Pola Tidur

a) Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

b) Tujuan Umum : setelah dilakukan kunjungan rumah diharapkan keluarga mampu mengetahui kualitas pola tidur yang efektif.

c) Tujuan khusus :

(1) Keluarga mampu mengenal masalah tentang penyebab gangguan tidur

(2) Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk menangani gangguan pola tidur

(3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah gangguan pola tidur

(4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk gangguan tidur

(5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan cara berkonsultasi dengan petugas kesehatan tentang bagaimana menjaga gangguan pola tidur

d) Intervensi (Aplikasi Nanda Nic-Noc, 2015)

(1) Keluarga mampu mengenal masalah

Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat dengan bahasa yang mudah dipahami, tanyakan kembali apa yang dijelaskan tadi, beri reinforcement positif atas pengulangan tadi.

(2) Keluarga mampu memutuskan masalah

Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien, bantu pasien dan keluarga memelihara atau menciptakan suasana yang nyaman untuk tidur

(3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga

Tanyakan kemampuan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan gangguan pola tidur.

(4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan

Anjurkan keluarga untuk memodifikasi lingkungan pasien menjadi lebih nyaman, aman, dan bersih untuk kenyamanan tidur. beri reinforcement positif pada keluarga.

(5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Anjurkan keluarga untuk berkonsultasi pada pelayanan kesehatan tentang penyakit. beri reinforcement positif pada keluarga