

## C. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengertian

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.

## **2. Pengkajian Keluarga**

Friedman (2010), menjelaskan pengkajian adalah suatu proses pengumpulan informasi terus menerus untuk mengidentifikasi masalah. Data dikumpulkan secara sistematis dengan format pengkajian keluarga. Sumber data keluarga : a) Wawancara keluarga/Klien: kejadian sekarang dan masa lalu; b) Observasi terhadap rumah, fasilitas yang ada di rumah dan lingkungan sekitar; c) Dokumen Kartu Keluarga, catatan kesehatan di puskesmas; d) Pemeriksaan Fisik head to toe terhadap semua anggota keluarga; e) Data sekunder hasil Laboratorium.

Model pengkajian keluarga menurut Friedman, ( 2010 ) terdiri dari enam kategori :a) Mengidentifikasi Data keluarga; b) Tahap dan riwayat perkembangan; c) Data lingkungan; d) Struktur keluarga; e) Fungsi keluarga; f) Stress dan coping serta adaptasi keluarga. Setiap kategori terdiri dari banyak sub kategori, perawat yang mengkaji keluarga harus mampu memutuskan kategori mana yang relevan dengan kasus yang dihadapi sehingga dapat digali lebih mendalam pada saat kunjungan dengan demikian masalah dalam keluarga dapat mudah diidentifikasi. Tidak semua dari kategori harus diikaji tetapi tergantung pada tujuan, masalah dan sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga.

### **a. Data Keluarga**

Friedman (2010), menjabarkan pengkajian data-data dasar yang menggambarkan hal-hal dasar terhadap keluarga dicantumkan di bagian ini yaitu: 1) data umum keluarga meliputi, nama kepala keluarga (KK), umur, alamat, telephon, pekerjaan dan pendidikan KK; 2) Komposisi keluarga dan genogram, menjelaskan anggota keluarga

yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka, diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dengan pola penyakit; 2) Tipe bentuk keluarga, tipe keluarga didasari oleh anggota keluarga yang berada dalam satu rumah, tipe keluarga dapat dilihat dari komposisi dan genogram dalam keluarga; 3) Latar belakang Budaya, latar belakang kultur keluarga merupakan hal yang penting untuk memahami perilaku sistem nilai dan fungsi keluarga, karena budaya mempengaruhi dan membatasi tindakan-tindakan individual maupun keluarga. Perbedaan budaya menjadikan akar miskinya komunikasi antar individu dalam keluarga. Pengkajian terhadap kultur / budaya keluarga meliputi, identitas religius, bahasa yang digunakan sehari-hari, jaringan sosial, dekorasi rumah, kebiasaan makan dan berpakaian, penggunaan praktisi dan jasa perawatan kesehatan keluarga.

#### **b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga**

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan *DUVALL et Friedman* (2010), ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahap perkembangan. Sedangkan riwayat keluarga adalah mengkaji riwayat kesehatan keluarga inti dan riwayat kesehatan keluarga, yang terdiri dari : 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti; 2) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah

menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi; 3) Riwayat keluarga inti adalah riwayat keluarga dari lahir hingga saat ini, termasuk riwayat perkembangan dan kejadian serta pengalaman kesehatan yang unik atau yang berkaitan dengan kesehatan (perceraian, kematian, kehilangan, dll) yang terjadi dalam kehidupan keluarga; 4) Riwayat keluarga sebelumnya adalah menjelaskan riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

### **c. Data Lingkungan**

Meliputi seluruh alam kehidupan keluarga mulai dari pertimbangan bidang-bidang yang paling kecil seperti aspek dalam rumah sampai komunitas yang lebih luas dimana keluarga tersebut berada : 1) Karakteristik rumah di identifikasikan 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 ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat, berapa lama keluarga tinggal, riwayat mobilitas geografis dari keluarga; 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, cara keluarga memandang komunitasnya, siapa anggota keluarga yang menggunakan pelayanan komunitas dan seberapa sering menggunakannya, perasaan keluarga tentang kelompok yang memberikan bantuan kepada keluarga.

**d. Struktur Keluarga**

Struktur Keluarga yang dapat dikaji menurut Friedman (2010), adalah : 1) Pola Komunikasi keluarga, menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga, sejauh mana komunikasi fungsional dan disfungsional, pesan-pesan emosional ditampilkan dan diekspresikan, karakteristik komunikasi, kesesuaian dan ketidaksesuaian pesan terjadi, variabel kontekstual dan keluarga yang mempengaruhi komunikasi; 2) Struktur kekuasaan/kekuatan keluarga, kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku, proses pembuatan keputusan, dasar-dasar kekuasaan, variabel yang mempengaruhi karakteristik kekuasaan keluarga, posisi kontinum kekuasaan keluarga, hasil akhir kekuasaan; 3) Struktur peran formal dan informal, menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal antara lain analisis model peran opsional, variabel yang mempengaruhi struktur peran; 4) Struktur nilai dan norma keluarga, menjelaskan nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan, mengidentifikasi nilai yang penting bagi keluarga dan prioritas keluarga, kesesuaian antara nilai keluarga dan komunitas yang

dominan perbedaan dalam sistem nilai, adanya konflik dalam keluarga, pengaruh nilai-nilai keluarga dan konflik nilai terhadap status kesehatan keluarga.

**e. Fungsi Keluarga**

Fungsi keluarga yang perlu dikaji menurut Friedman (2010), meliputi ;

1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, 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 keterpisahan dan keterkaitan, pola kebutuhan dan respon keluarga.

2) Fungsi sosial

Bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, serta perilaku; praktik keluarga dalam membesarkan anak, kemampuan beradaptasi, keyakinan budaya, faktor-faktor yang mempengaruhi pola pengasuhan anak, lingkungan rumah yang adekuat.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mencakup banyak beberapa aspek antaran lain : a) Keyakinan, nilai, perilaku kesehatan; b) Definisi sehat-sakit dan tingkat pengetahuan keluarga; c) Persepsi keluarga tentang status kesehatan dan kerentanan terhadap penyakit; d) Praktik diet keluarga pola

makan yang adekuat; e) Kebiasaan tidur dan istirahat; f) Praktik aktifitas dan rekreasi; g) Praktik penggunaan obat terapeutik; h) Peran keluarga dalam praktik perawatan diri; i) Tindakan secara medis, terapi alternatif dan terapi komplementer; j) Riwayat kesehatan keluarga; k) pelayanan perawatan kesehatan yang diterima; l) Perasaan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan darurat; m) Sumber dana dan logistik untuk mendapatkan perawatan. Sedangkan Maglaya (2009), fungsi perawatan kesehatan keluarga mempunyai 5 tugas perawatan kesehatan dalam keluarga yaitu : 1) Mengenal masalah kesehatan dalam keluarga 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. Keluarga dapat mengajarkan cara memodifikasi, memanipulasi, atau mengatur lingkungan untuk meminimalkan atau menghindari ancaman atau resiko kesehatan atau mengatur ruangan untuk tempat perawatan keluarga. Keluarga juga dapat belajar membangun atau memodifikasi fasilitas yang diperlukan di dalam rumah seperti penggunaan kamar mandi, memberi penerangan yang cukup; 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.

#### 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, Koping dan Adaptasi keluarga**

Freidman (2010), menjelaskan dalam mengkaji stress, koping dan adaptasi keluarga meliputi : 1) apa saja stresor baik jangka



panjang maupun pendek yang dialami keluarga, kekuatan yang dapat mengimbangi stresor itu apa, keluarga mampu atau tidak mengatasi stresor, sumber apa yang dimiliki keluarga untuk mengatasi stresor, bagaimana keluarga menjelaskan situasi dapat menilai secara objektif, realistis atau merusak; 2) Strategi koping keluarga, bagaimana keluarga bereaksi terhadap stresor, sejauh mana keluarga berespon terhadap stresor, penggunaan koping internal-eksternal-disfungsional dahulu dan sekarang; 3) Adaptasi keluarga, bagaimana adaptasi keluarga secara keseluruhan, perkiraan apakah keluarga berada dalam krisis; 4) Melacak stresor, koping adaptasi sepanjang waktu.

**g. Harapan Keluarga terhadap Petugas Kesehatan**

Bagaimana harapan keluarga terhadap petugas kesehatan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

**h. Pengkajian Fisik Anggota Keluarga**

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga secara menyeluruh (*head to toe*)

**i. Analisa Data**

Analisa data pengkajian 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.

**3. Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Asosiasi *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (2012), menjelaskan diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang

dirumuskan berdasarkan hasil pengkajian, dan berupa rumusan tentang respon klien terhadap masalah kesehatan, interpretasi ini digunakan perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi serta evaluasi. Diagnosa keperawatan keluarga pada penyakit Asma berdasarkan pada problem dari Brunner dan Suddarth (2010) NANDA (2012) dan Friedman (2010) sebagai berikut : Diagnosa yang dapat muncul pada keluarga : a Ketidakefektifan bersihan jalan nafas; b ketidakefektifan pola nafas; c intoleransi aktivitas; d Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga; e Ketidakefektifan koping keluarga.

#### **a. 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 : 1) analisa dengan keluarga yang didasarkan pada pengalaman hidup, 2) meningkatkan kognitif, afektif dan psikomotor, 3) 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; 4) mengkatalis perilaku melalui motivasi dan dukungan.

### **b. Penetapan Rencana Evaluasi**

Penetapan rencana evaluasi menurut Maglaya, et al (2009), adalah menyusun rencana evaluasi, secara spesifik adalah bagaimana perawat akan menggambarkan perubahan status kesehatan, kondisi, situasi dan pencapaian *outcome* secara spesifik yang telah disebutkan dalam obyektif. Rencana evaluasi meliputi indikator, standar, metode dan sumber data evaluasi. Menurut Friedman, (2010) dasar melakukan evaluasi bagaimana efektifnya intervensi yang telah dilakukan perawat dan keluarga. Keberhasilan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasilnya bukan intervensi yang diimplementasikan.

## **4. Dampak Kebutuhan Dasar Manusia**

Dampak penyakit asma bagi kebutuhan dasar manusia :

### **a. Oksigenasi**

Mubarak (2007), mendefinisikan oksigenasi adalah proses penambahan Oksigen ( $O_2$ ) ke dalam sistem kimia atau fisika. Menurut Koziar (2010), oksigen merupakan kebutuhan dasar paling vital dalam kehidupan manusia. Dalam tubuh, oksigen berperan penting didalam metabolisme sel. Kekurangan oksigen dapat menimbulkan dampak yang bermakna bagi tubuh, salah satunya kematian. Oleh karena, berbagai upaya perlu dilakukan untuk menjamin agar kebutuhan dasar ini terpenuhi dengan baik. Faktor yang mempengaruhi fungsi pernafasan salah satunya dari status kesehatan, pada orang sehat sistem pernafasan dapat memberikan

oksigen yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Namun, pada kondisi sakit tertentu, proses oksigenasi terhambat sehingga mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh. Kondisi tersebut antara lain gangguan sistem pernafasan dan penyakit obstruksi pernafasan atas, dan lain-lain.

Fungsi pernafasan dapat berubah karena kondisi yang mempengaruhi yaitu pergerakan udara masuk atau keluar dari paru, difusi oksigen dan karbon dioksida antara alveolus dan kapiler paru, transport oksigen dan karbon dioksida melalui darah ke dan dari sel jaringan. Tiga perubahan dalam pernafasan akan berdampak di tubuh manusia antara akan menyebabkan : 1) hipoksia; 2) obstruksi jalan nafas; 3) perubahan pola nafas biasanya takipnea, bradipnea, apnea, hiperventilasi, hipoventilasi, nafas kusmaul, orthopnea, dispnea. (Potter dan Perry, 2013)

b. Aktivitas dan Latihan

Gordon, (2002) dalam Kozier (2010), menjabarkan pola aktivitas adalah rutinitas latihan aktivitas, waktu luang dan rekreasi yang dilakukan seseorang. Pola tersebut terdiri atas 1) aktivitas sehari-hari yang memerlukan pengeluaran energi seperti memasak, merawat rumah, makan, berbelanja dan bekerja dan 2) kualitas, kuantitas dan tipe latihan seperti olahraga. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem sirkulasi, sistem pernafasan tubuh akan berfungsi dengan baik dan sistem metabolisme tubuh akan optimal.

Potter dan Perry (2013), mendefinisikan latihan adalah aktivitas fisik yang digunakan untuk kondisi tubuh, meningkatkan

kesehatan, dan menjaga kebugaran. Kadang-kadang latihan juga merupakan ukuran terapeutik. Seorang pasien individual program latihan tergantung pada toleransi aktivitas pasien atau jenis dan jumlah latihan atau kegiatan yang pasien mampu melakukan. Fisiologis, emosional, dan perkembangan faktor yang mempengaruhi toleransi aktivitas pasien.

Dampak penyakit asma untuk pola aktivitas dan latihan ini bagi kebutuhan dasar manusia beresiko mengalami ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang ingin dilakukan. Sehingga dapat membatasi berbagai aktivitas sehari-hari termasuk olahraga, tidak masuk sekolah, maupun menyebabkan kehilangan hari kerja dan menurunkan kualitas hidup penderita asma. (Kozier, 2010)

## **5. Rencana Keperawatan**

Setiadi (2008), menjabarkan rencana keperawatan yaitu :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - 1) Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.
  - 2) Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan jalan nafas menjadi efektif.
  - 3) Tujuan khusus : a) Keluarga mengenal masalah asma dengan mengetahui faktor penyebab, tanda gejala, masalah bersihan jalan nafas; b) Keluarga mamapu memutuskan dengan

cara adaptif untuk mengatasi bersihan jalan nafas; c) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah bersihan jalan nafas.

4) Intervensi : a) TUK 1 : 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; b) TUK 2 : 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; c) TUK 3 : Anjurkan diet asma contoh sederhana, anjurkan terapi non farmakologi (terapi inhalasi, batuk efektif, senam asma)

b. Ketidakefektifan pola nafas

1) Derfinisi : inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi.

2) Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas kembali efektif.

3) Tujuan khusus : a) Keluarga mengetahui faktor penyebab, tanda gejala, masalah pola nafas tidak efektif; b) Keluarga mampu memutuskan dengan cara adaptif untuk mengatasi masalah pola nafas tidak efektif.

4) Intervensi : a) TUK 1 : Kaji pengetahuan keluarga tentang pola 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; b) TUK 2 : 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; c) TUK 3 : ajarkan cara perawatan dengan pasien asma, misalkan anjurkan diit asma, anjurkan terapi non farmakologi (terapi inhalasi, batuk efektif, senam asma).

c. Intoleransi aktivitas

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

2) Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan maksimal.

3) Tujuan khusus : a) Keluarga mampu mengenal masalah penyebab intoleransi aktivitas; b) Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk menangani intoleransi aktivitas.

4) Intervensi : a) TUK 1 : 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; b) TUK 2 : diskusi dengan keluarga tentang kemampuan mentolerasi aktivitas, bantu keluarga memutuskan memelihara lingkungan, bantu keluarga memanfaatkan sumber daya dalam keluarga; c) TUK 3 : tanyakan kemampuan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan intoleransi aktivitas.

d. Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga

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

2) Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen regimen terapeutik keluarga menjadi efektif.

3) Tujuan khusus : a) Keluarga mampu mengenal pengertian dan penatalaksanaan asma; b) Keluarga mampu megambil keputusan bagaimana cara penatalaksanaan asma.

4) Intervensi : a) TUK 1 : Kaji pengetahuan keluarga tentang tingkat keefektifan manajemen regimen terapeutik dan penatalaksanaan asma dengan bahasa sederhana dan mudah dipahami, beri kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, berikan *reinforcement positif* pada keluarga; b) TUK 2 : 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; c) TUK 3 : Anjurkan cara



penatalaksanaan asma secara teraupetik contoh sederhana, anjurkan terapi farmakologi (obat) dan non farmakologi (inhalasi sederhana).

e. Ketidakefektifan koping keluarga

- 1) Definisi : ketidakmampuan untuk membentuk penilaian *valid* tentang stressor, ketidakadekuatan pilihan respon yang dilakukan dan atau ketidakmampuan untuk menggunakan sumber daya yang tersedia.
- 2) Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan koping keluarga menjadi efektif.
- 3) Tujuan khusus : a) Keluarga mampu mengidentifikasi penyebab kekambuhan asma; b) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan penyakit asma
- 4) Intervensi : a) TUK 1 : Kaji pengetahuan keluarga tentang koping individu terhadap penyakit asma, jelaskan cara mencegah kekambuhan asma dengan bahasa sederhana dan mudah dipahami, beri kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, berikan *reinforcement positif* pada keluarga; b) TUK 2 : 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; c) TUK 3 : ajarkan cara merawat anggota keluarga yang sederhana dengan mengatur pola makan, menjaga kesehatan dan menghindari faktor pemicu kekambuhan.