

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KELUARGA

1. Definisi

Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak, dan nenek. (Raisner 1980 dalam R. Jhonson 2010). Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga. (Friedman 1998 dalam Achjar 2010)

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI 1988 dalam R. Jhonson 2010). Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri suami, istri, dan anak atau suami istri, atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam ikatan sosial, peran dan tugas (UU No. 10 tahun 1992 dalam Padila 2012).

Dari berbagai pengertian diatas, tampak begitu luas dan variatif dalam membuat definisi keluarga, selanjutnya kita dapat melihat keluarga dari ciri-cirinya sebagaimana yang dikemukakan oleh Friedman 1998 dalam Padila 2012), bahwa ciri-ciri keluarga berdasarkan orientasi tradisional adalah:

- a. Keluarga terdiri dari individu-individu yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah dan adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka terpisah, tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah ibu, anak laki-laki dan anak perempuan dan lain sebagainya.
- d. Keluarga menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri tersendiri.

2. Struktur Keluarga

Menurut Padila (2012), struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Ada beberapa struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam-macam, diantaranya:

a. *Patrilineal*

Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.

b. *Matrilineal*

Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.

c. *Matrilokal*

Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.

d. *Patrilokal*

Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah

e. *Keluarga kawin*

Keluarga kawin adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri

Ciri – ciri Struktur Keluarga

- a. Terorganisasi: Saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.

- b. Ada keterbatasan: Setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan: setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

Salah satu pendekatan dalam asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan struktural fungsional. Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit-unit ditata dan saling terkait satu sama lain. Beberapa ahli meletakkan struktur pada bentuk atau tipe keluarga, namun ada juga yang memandang struktur keluarga yang menggambarkan subsistem-subsistemnya sebagai dimensi struktural

3. Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai tipe keluarga tradisional dan keluarga non tradisional atau bentuk *normative* atau *non normative* seperti:

a. Menurut Maclin (1988) dalam Achjar (2010), pembagian tipe keluarga:

1) Keluarga tradisional

a) Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama.

b) Keluarga dengan orang tua tunggal yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan.

c) Pasangan inti, hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.

d) Bujang dewasa yang tinggal sendirian.

e) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal dirumah dengan anak sudah kawin atau bekerja.

f) Jaringan keluarga besar: terdiri dari dua keluarga inti atau lebih atau anggota keluarga yang tidak menikah hidup berdekatan dalam daerah geografis.

2) Keluarga non tradisional

a) Keluarga dengan orang tua yang memiliki anak tetapi tidak menikah (biasanya terdiri ibu dengan anak saja)

b) Pasangan suami istri yang tidak menikah dan telah memiliki anak

- c) Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama dan hidup bersama sebagai pasangan yang menikah
 - d) Keluarga komuni adalah keluarga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama.
- b. Menurut Allender & Spradley (2001) dalam Achjar (2010), membagi tipe keluarga berdasarkan:
- 1) Keluarga tradisional
 - a) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
 - b) Keluarga besar (*ekstended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman, dan bibi.
 - c) Keluarga *Dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
 - d) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
 - e) *Single adult*, yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari hanya orang dewasa saja.

- f) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- 2) Keluarga non tradisional
 - a) *Commue family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
 - b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinaan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
 - c) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- c. Menurut Carter & Mc Goldrick (1988) dalam Setyawati & Dermawan (2005), membagi tipe keluarga berdasar:
 - 1) Keluarga berantai (*sereal family*) yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
 - 2) Keluarga berkomposisi, yaitu keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama
 - 3) Keluarga kabasitass, yaitu keluarga yang terbentuk tanpa pernikahan.

4. Peranan Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam

posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

a. Berbagai peranan keluarga menurut R. Jhonson (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) 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 lingkungannya.
- 2) 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.
- 3) Peran anak-anak: sebagai anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

b. Menurut Mubarak, dkk(2006), peran keluarga sebagai berikut:

- 1) Peran formal keluarga

Berkaitan dengan setiap posisi formal keluarga adalah peran-peran terkait, yaitu sejumlah perilaku yang kurang lebih bersifat

homogen. Keluarga membagi peran secara merata kepada para anggota keluarga seperti cara masyarakat membagi peran-perannya: menurut bagaimana pentingnya pelaksanaan peran bagi berfungsinya suatu system. Ada peran yang membutuhkan ketrampilan dan kemampuan tertentu. mengidentifikasi 6 peran dasar yang membentuk posisi sosial sebagai suami-ayah dan isteri-ibu: peran sebagai provider atau penyedia, sebagai pengatur rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi anak, rekreasi, persaudaraan (kinship) (memlihara hubungan keluarga paternal dan maternal)

2) Peran informal keluarga

Peran-peran informal bersifat implisit biasanya tidak tampak kepermukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu dan atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga (Satir, 1967). Kievit, (1968) menerangkan bahwa: peran-peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda, tidak terlalu didasarkan pada usia, jenis kelamin dan lebih didasarkan pada atribut-atribut personalitas atau kepribadian anggota keluarga individual. Beberapa contoh peran-peran informal yang bersifat adaptif dan yang merusak kesejahteraan keluarga antara lain: pendorong, pengharmonis, insiator-konstrubutor, pendamai, penghalang, dominator, penyalah, pengikut, martir, keras hati, sahabat, penghibur, perawat keluarga, pioner keluarga,

koordinator keluarga, penghubung keluarga, distraktor dan orang yang tidak relevan, saksi

5. Fungsi Keluarga

Menurut R. Jhonson (2010) fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

a. Fungsi Pendidikan

Fungsi pendidikan dilihat dari bagaimana keluarga mendidik dan menyekolahkan anak untuk mempersiapkan kedewasaan dan masa depan anak.

b. Fungsi Sosialisasi Anak

Fungsi sosialisasi anak dilihat dari bagaimana keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik.

c. Fungsi Perlindungan

Fungsi perlindungan dilihat dari bagaimana keluarga melindungi anak sehingga anggota keluarga merasa terlindungi dan merasa aman.

d. Fungsi Perasaan

Fungsi perasaan dilihat dari bagaimana keluarga secara intuitif merasakan perasaan dan suasana anak dan anggota yang lain dalam berkomunikasi dan berinteraksi antara sesama anggota keluarga. Sehingga saling pengertian satu sama lain dalam menumbuhkan keharmonisan dalam keluarga.

e. Fungsi Agama

Fungsi agama dilihat dari bagaimana keluarga memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga lain melalui kepala keluarga menanamkan keyakinan yang mengatur kehidupan kini dan kehidupan lain setelah dunia.

f. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi dilihat dari bagaimana kepala keluarga mencari penghasilan, mengatur penghasilan sedemikian rupa sehingga dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga.

g. Fungsi Rekreatif

Fungsi rekreatif dilihat dari bagaimana menciptakan suasana yang menyenangkan dalam keluarga, seperti acara nonton TV bersama, bercerita tentang pengalaman masing-masing, dan lainnya.

h. Fungsi Biologis

Fungsi biologis dilihat dari bagaimana keluarga meneruskan keturunan sebagai generasi selanjutnya. Memberikan kasih sayang, perhatian, dan rasa aman diantara keluarga, serta membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.

6. Tahap Perkembangan Keluarga

Meskipun setiap keluarga melalui tahapan perkembangan secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama (Friedman 1998 dalam R. Jhonson 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 yang menantikan kelahiran, dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan. Tugas perkembangan keluarga 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 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Umumnya keluarga sudah

mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Tahapan 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. Tahap perkembangan keluarga ini antara lain: memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.

g. Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang 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 salah satu pasangan meninggal sampai keduanya 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).

7. Level Pencegahan Keperawatan Keluarga

Menurut Achjar (2010), pelayanan keperawatan keluarga, berfokus pada tiga level prevensi yaitu:

a. Pencegahan primer (*primary prevention*)

Merupakan tahap pencegahan yang dilakukan sebelum masalah timbul, kegiatannya berupa pencegahan spesifik (*spesific protection*) dan promosi kesehatan (*health promotion*), seperti pemberian pendidikan kesehatan, kebersihan diri, penggunaan sanitasi lingkungan yang bersih, olahraga, imunisasi, perubahan gaya hidup. Perawat keluarga harus membantu keluarga untuk membantu memikul tanggung jawab kesehatan mereka sendiri, keluarga tetap memiliki

peran penting dalam membantu anggota keluarga untuk menncapai kehidupan yang lebih baik.

b. Pencegahan sekunder (*sekundery prevention*)

Yaitu tahap pencegahan kedua yang dilakukan pada awal masalah timbul maupun saat masalah berlangsung, dengan melakukan deteksi dini (*early diagnosis*) dan melakukan tindakan penyembuhan (*promp treatment*) seperti *screening* kesehatan, deteksi dini adanya gangguan kesehatan

c. Pencegahan tersier (*tertiary prevention*)

Merupakan pencegahan yang dilakukan pada saat masslah kesehatan telah selesai, selain mencegah komplikasi juga meminimalkan keterbatasan (*disability limitation*) dan memaksimalkan fungsi melalui rehabilitasi (*rehabilitation*) seperti melakukan rujukan kesehatan, melakukan konseling kesehatan bagi yang bermasalah, memfasilitasi ketidakmampuan dan mencegah kematian. Rehabilitasi meliputi upaya pemulihan terhadap penyakit atau luka hingga pada tingkat fungsi yang optimal secara fisik, mental, sosial dan emosional.

8. Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Achjar (2010), Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

a. Mengenal Masalah

Mengenal masalah kesehatan termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga

b. Mengambil Keputusan

Mengambil keputusan termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan.

c. Merawat Anggota Keluarga

Merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi Lingkungan

Memidifikasi lingkungan seperti pentingnya kebersihan sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

e. **Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas yang ada, keuntungan keluarga dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan, apakah fasilitas kesehatan terjangkau oleh keluarga.

9. Tingkat Kemandirian Keluarga

Keberhasilan asuhan keperawatan keluaragayang dilakukan perawat keluarga, ciri-ciri yang menjadi ketentuan tingkatan mulai dari tingkat kemandirian 1 sampai tingkat kemandirian IV, menurut Dep-Kes (2006) sebagai berikut:

a. **Tingkat Kemandirian I (keluarga mandiri tingkat I / KM-I)**

Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat, Meneriama pelayanan keperawatan yanag diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

b. **Tingkat Kemandirian II (keluarga mandiri tingkat II / KM-II)**

Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat, meneriama pelayanan keperawatan yanag diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masaalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, memanfaatkan fasilitas pelayanan secara aktif.

c. Tingkat Kemandirian III (keluarga mandiri tingkat III / KM-III)

Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat, meneriamana pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, memanfaatkan fasilitas pelayanan secara aktif, melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.

d. Tingkat Kemandirian IV (keluarga mandiri tingkat IV / KM-IV)

Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat, meneriamana pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, memanfaatkan fasilitas pelayanan secara aktif, melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.

B. ASMA

1. Definisi

Menurut Mansjoer, dkk (2001) dalam Sujono (2010) dikatakan asma merupakan bentuk inflamasi kronis yang terjadi pada saluran 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

Menurut Muttaqin (2008), sampai saat ini etiologi asma belum diketahui dengan pasti. Namun suatu hal yang serinkali 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 terutama disebabkan oleh virus. Virus influenza merupakan salah satu faktor pencetus yang paling sering menimbulkan asma bronkial. Diperkirakan, dua pertiga penderita

asma dewasa serangan asmanya 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 asma 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 alergik terhadap obat tertentu seperti penisilin, salsilat, 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 bentuk-bentuk 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 kombinasi 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 kedua keadaan 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

- g. Kadang beberapa alveoli (kantong udara di paru-paru) bisa pecah dan menyebabkan udara terkumpul di dalam rongga pleura atau menyebabkan udara terkumpul disekitar organ dada. Hal ini akan memperburuk sesak nafas yang dirasakan oleh penderita.

Berdasarkan sumber yang didapat menurut Arita Murwani (2011), tanda dan gejala asma antara lain sebagai berikut: dipsnea/sesak nafas, wheezing (mengi), batuk-batuk, keluar mukus, keluar keringat banyak, mudah marah/emosional, egoistis dan mudah putus asa, malaise, anoreksia, mual bahkan sampai muntah.

5. 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, 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

Tekak atau faring merupakan tempat persimpangan antara jalan pernafasan dan jalan makanan, terdapat dibawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung dan mulut sebelah depan ruas tulang leher. Hubungan faring dengan organ-organ lain: ke atas berhubungan dengan rongga hidung dengan perantara lubang yang bernama koana, ke depan berhubungan dengan rongga mulut, tempat hubungan ini bernama *isthmus fausium*, ke bawah terdapat dua lubang: kedepan lubang faring dan kebelakang lubang esofagus.

c. Laring

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: *Kartilago tiroid* (1 buah)depan jakun (Adam's apple), sangat jelas terlihat pada pria, *Kartilago ariteanoid*(2 buah) yang berbentuk beker, *Kartilago krikoid* (1 buah) yang berbentuk cincin, *Kartilagi 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 kuku kuda (huruf C). Sebelah dalam diikuti oleh selaput lendir yang berbulu getar 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 gunanya 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 tenggorok merupakan lanjutan dari trakea, ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian *vertebra torakalis* IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus kanan lebih pendek daripada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari yang kanan, terdiri dari 9-12 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 dibagi dua 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 lobus inferior*.

6. Patofisiologi

Asma akibat alergi bergantung kepada 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 sudah dapat mengakibatkan eksaserbasi penyakit yang jelas.

Obat yang paling sering berhubungan dengan induksi fase akut asma adalah aspirin, bahwa pewarna seperti tartazin, antagonis beta-adrenergik, dan bahan sulfat. Sindrom krus 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, bradikidin, dan anafilatoksin. Sekresi zat-zat tersebut menimbulkan tiga gejala seperti: berkontraksinya otot polos, peningkatan permeabilitas kapiler, peningkatan sekresi mukus

7. Pemeriksaan Fisik

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

a. Pengukuran fungsi paru (Spirometri)

Cara yang paling cepat dan sederhana untuk meningkatkan diagnostik adalah melihat respon pengobatan dengan bronkodilatator. Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah pemberian bronkodilatator aerosol golongan adrenergik. Peningkatan VE_{P1} dan KVP (Kapasitas Vital Paksa) sebanyak 20% menunjukkan diagnosis asma.

b. 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.

c. Pemeriksaan Sputum

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

d. 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.

e. 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 kerusakan hati akibat hipoksia atau hiperkapnia.

4) Sel Eosinofil

Sel Eosinofil pada klien dengan status asmatikus dapat mencapai $1000-1500/\text{mm}^3$ baik asma intrinsik maupun ekstrinsik, sedangkan hitung sel eosinofil normal antara $100-200/\text{mm}^3$. Pebaikan fungsi paru disertai penurunan hitung jenis sel eosinofil menunjukkan pengobatan telah tepat.

f. 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.

8. Klasifikasi Derajat Asma

Pembagian asma sebagai berikut:

a. Intermitten

Gejala kurang dari satu hari per minggu dan serangan singkat

b. Pesisten ringan

Gejala lebih dari 1x per minggu tapi kurang dari 1x perhari

c. Persisten sedang.

Gejala terjadi setiap hari

d. Persisten berat

Gejala terjadi setiap hari dan serangan sering terjadi.

Pembagian derajat asma menurut Phelan dkk sebagai berikut

a. Asma episodik jarang

Ditandai oleh adanya episodik kurang 1 kali tiap 4-6 minggu mengi setelah aktivitas berat

b. Asma episodik sering

Ditandai oleh frekuensi serangan yang lebih sering dan timbul mengi pada aktivitas sedang. Gejala kurang dari 1x per minggu

c. Asma persinten

Ditandai oleh seringnya episode akut mengi pada aktivitas ringan terjadi lebih dari 3x perminggu

9. Komplikasi

Menurut Sudoyo (2006), komplikasi yang terjadi antara lain :

a. Pneumotorak

Keadaan dimana terdapat udara dalam rongga pleura

b. Pneumomediastinum dan emfisema subkutis

Terdapat udara dalam mediastinum

c. Atelektasis

Keadaan dimana paru-paru tidak dapat berkembang karena pengerasan jaringan.

d. Gagal nafas

Kegagalan sistem pernafasan untuk mempertahankan pertukaran oksigen dan karbondiosida dalam tubuh yang dapat mengakibatkan gangguan pada kehidupan.

e. Bronkitis

f. Fraktur iga

10. Penatalaksanaan

Menurut Sudoyo (2006), penatalaksanaan asma diantaranya :

a. Bronkodilatator

Obat ini mempunyai efek bronkodilatasi, dipakai waktu serangan asma akut (aminophilin, adrenalin, epedrin)

b. Kortikosteroid

Memperkuat kerja beta andernergik untuk membantu bronkodilatasi dalam mengurangi radang pada jalan nafas.

c. Antibiotik

Untuk mengatasi infeksi pada saluran pernafasan

d. Ekspektoran

Untuk memudahkan pengeluaran sputum

e. Penatalaksanaan non medikamentosa. Waktu serangan, pemberian oksigen, pemberian bahan elektrolit atau cairan, menghindari paparan alergen. Diluar serangan, pendidikan atau penyuluhan, imunoterapi atau desesitasi.

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENYAKIT ASMA

1. Pengkajian Keluarga

MenurutMuttaqin (2008; hal: 177-178), pengkajian yang perlu dikaji antara lain:

a. Data umum.

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi nama, usia, alamat, pekerjaan, dan pendidikan. 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 kategori harus dikaji tetapi tergantung pada tujuan, masalah dan sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga.

1) Komposisi keluarga

Menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka

2) Genogram

Genogram memuat informasi tentang tiga generasi (inti dan keluarga asal masing-masing/orang tua keluarga inti). Genogram merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga atau pohon keluarga dan merupakan pengkajian informal untuk mengetahui keluarga dan riwayat serta sumber-sumber

keluarga Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horozontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dengan pola penyakit.

3) Tipe keluarga

Menjelaskan jenis atau tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis atau tipe keluarga. Tipe keluarga didasari oleh anggota keluarga yang berada dalam satu rumah. Tipe keluarga dapat dilihat dari komposisi dan genogram dalam keluarga

4) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan. Tempat tinggal keluarga (bagian dari sebuah lingkungan yang secara etnis bersifat homogeny). Bahasa yang digunakan sehari-hari. Kebiasaan diit dan berpakaian. Dekorasi rumah tangga (tanda-tanda pengaruh budaya). Penggunaan jasa kesehatan keluarga dan praktik.

5) Identitas Religius

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan. Pengkajian meliputi perbedaan keyakinan dalam keluarga, seberapa aktif keluarga dalam melakukan ibadah keagamaan, kepercayaan dan nilai-nilai agama yang menjadi focus dan kehidupan keluarga.

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. Selain itu perawat perlu mengetahui sejauh mana pendapatan tersebut memadai serta sumber-sumber apa yang dimiliki oleh keluarga terutama yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan seperti asuransi kesehatan dan lain-lain.

7) Aktivitas pola tidur dan istirahat

Aktivitas pola tidur pasien dilihat dari kebiasaan tidur pasien, jam tidur yang teratur atau tidak. Kegunaan tidur diperlukan untuk menjaga keseimbangan mental, emosional, dan kesehatan bagi pasien.

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Aktivitas rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun juga menggunakan waktu luang/senggang keluarga, melakukan kegiatan bersama (nonton TV, mendengarkan radio, berkebun bersama keluarga, bersepedaan bersama keluarga).

b. Riwayat tahap perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan DUVALL, ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh manakeluarga melaksanakan tugas sesuai tahap perkembangan. Sedangkan riwayat keluarga adalah mengkaji riwayat kesehatan keluarga inti dan riwayat kesehatan 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

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

Keluarga asal kedua orang tua (seperti apa kehidupan keluarga asalnya, hubungan masa silam dan saat dengan orang tua dari kedua orang tua).

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

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 oleh: kebiasaan keluarga berpindah tempat, berapa lama keluarga tinggal di daerah tersebut, riwayat mobilitas geografis keluarga tersebut (transportasi yang digunakan keluarga, kebiasaan anggota keluarga pergi dari rumah bekerja, sekolah).

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) Sistem pendukung keluarga

Sistem pendukung keluarga pengkajian terhadap siapa saja yang terlibat jika keluarga mendapat masalah.

d. Struktur Keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga. sistem komunikasi yang digunakan, efektif tidaknya (keberhasilannya) komunikasi dalam keluarga.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku. Sistem kekuatan yang digunakan dalam mengambil keputusan, yang berperan mengambil keputusan, bagaimana pentingnya keluarga terhadap keputusan keluarga.

3) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dari dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal. Peran formal posisi dan peran yang telah terpenuhi dan gambaran keluarga dalam melaksanakan peran tersebut. Peran informal identifikasi tujuan

peran, ada tidaknya peran disfungsional serta bagaimana dampak terhadap anggota keluarga.

4) Struktur nilai dan norma keluarga

Hal yang perlu dikaji pada struktur nilai dan norma keluarga antara lain: Pemakaian nilai-nilai yang dominan dalam keluarga, kesesuaian nilai keluarga dalam masyarakat sekitar, kesesuaian antara keluarga dan nilai sub sistem keluarga, identitas sejauh mana keluarga menganggap penting nilai-nilai keluarga serta kesadaran dalam menganut sistem nilai.

e. Fungsi keluarga

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.

2) Fungsi Sosialisasi

Bagaimana 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. Kesanggupan keluarga didalam melaksanakan perawatan

kesehatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga

Menurut Freadman fungsi perawatan keluarga dibagi atas:

- a) Keyakinan, nilai-nilai dan perilaku keluarga
 - (1) Nilai apa yang diberikan keluarga terhadap kesehatan? Promkes? Pencegahan?
 - (2) Apakah ada konsistensi antara nilai kesehatan keluarga yang disebutkan dan perilaku kesehatan mereka?
 - (3) Aktivitas promkes apa yang diikuti keluarga secara teratur? Apakah perilaku ini mencirikan semua anggota keluarga? Atau apakah pola perilaku promkes sangat bervariasi diantara anggota keluarga?
 - (4) Apa tujuan kesehatan keluarga?
- b) Konsep dan tingkatan pengetahuan keluarga tentang sehat/sakit
 - (1) Bagaimana keluarga mengidentifikasi sehat dan sakit masing-masing anggota keluarga? petunjuk apa yang memberikan kesan ini dan siapa yang memutuskan?
 - (2) Dapatkah keluarga mengamati dan melaporkan gejala serta perubahan yang signifikan?
 - (3) Apa sumber informasi dan sarana kesehatan anggota keluarga?

(4) Bagaimana informasi kesehatan dan sarana yang diberikan kepada anggota keluarga?

c) Praktik diet keluarga

(1) Apakah keluarga mengetahui sumber makanan dari piramida pedoman makanan?

(2) Apakah diet keluarga adekuat?

(3) Siapa yang bertanggung jawab mencernakan, berbelanja, dan menyiapkan makanan?

(4) Bagaimana makanan yang diolah?

(5) Berapa banyak makanan yang dikonsumsi perhari?

(6) Apakah ada pembatasan anggaran?

(7) Bagaimanakah keadekuatan penyimpanan dan pendinginan?

(8) Apakah sikap keluarga terhadap makanan dan waktu makan?

(9) Apa kebiasaan kehidupan keluarga?

d) Kebiasaan pola tidur dan istirahat

(1) Apa kebiasaan tidur anggota keluarga?

(2) Apakah anggota keluarga memenuhi kebutuhan tidur sesuai dengan usia dan status kesehatan?

(3) Apakah jam tidur yang teratur ditetapkan?

(4) Apakah anggota keluarga tidur siang secara teratur atau memiliki cara istirahat lain selama siang hari?

(5)Siapa yang memutuskan kapan anak-anak tidur?

(6)Dimana anggota keluarga tidur?

e) Aktifitas dan rekreasi

(1)Apakah anggota keluarga menyadari bahwa rekreasi aktif dan latihan aerobik teratur diperlukan agar kesehatan baik?

(2)Apakah aktifitas kerja harian memungkinkan untuk melakukan aktifitas?

(3)Apa jenis rekreasi dan aktifitas fisik (missal: jogging, bersepeda, berenang, tennis) yang diikuti anggota keluarga? seberapa sering? Siapa saja yang ikut?

(4)Apakah aktivitas harian yang dilakukan oleh anggota keluarga membutuhkan tingkat pengeluaran energy sedang? Apakah anggota keluarga menghabiskan minimal hampir 30 menit per hari untuk aktivitas fisik sedang atau berat?

(5)Apakah aktivitas rekreasi/waktu luang sub sistem keluarga? Seberapa sering aktivitas ini terjadi? Siapa yang ikut serta dalam aktivitas tersebut?

(6)Apa keyakinan keluarga mengenai hubungan aktifitas fisik dengan kesehatan?

(7)Gali perasaan anggota keluarga tentang aktivitas waktu luang/rekreasi keluarga?

f) Praktik obat terapeutik dan penanganan, alcohol, dan tembakau dalam keluarga.

(1) Bagaimana penggunaan alcohol, tembakau, kopi, kola atau teh dalam keluarga?

(2) Apakah anggota keluarga menggunakan obat penenang?

(3) Berapa lama anggota keluarga menggunakan alcohol atau obat penenang lainnya?

(4) Apakah penggunaan tembakau, alcohol atau resep obat terlarang oleh anggota keluarga dirasa sebagai masalah?

(5) Apakah penggunaan alcohol atau obat lainnya mengganggu kapasitas menjalani aktivitas biasa?

(6) Apakah anggota keluarga secara teratur menggunakan obat yang terjual bebas atau obat resep?

(7) Apakah anggota keluarga menyimpan obat dalam periode waktu lama dan digunakan lagi?

(8) Apakah obat berlabel baik dalam tempat yang aman dan jauh dari anak-anak kecil?

g) Peran keluarga dalam perawatan diri

(1) Apa yang dilakukan keluarga untuk memperbaiki status kesehatan?

(2) Apa yang dilakukan keluarga untuk mencegah sakit?

- (3) Siapa pemimpian kesehatan dalam keluarga?
- (4) Siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga?
- (5) Apa yang dilakukan anggota keluarga untuk merawat masalah kesehatan dan penyakit di rumah?
- (6) Seberapa kompeten keluarga dalam perawatan diri dengan pengenalan tanda gejala diagnosis tetapi umum di rumah mengenai masalah kesehatan sederhana?
- (7) Apa nilai, sikap, dan keyakinan keluarga mengenai pelayanan di rumah?

h) Praktik lingkungan dan hygiene

- (1) Pernyataan ini telah tercakup dalam data lingkungan keluarga

i) Tindakan pencegahan berbasis medis

- (1) Bagaimana riwayat dan perasaan keluarga tentang menjalin pemeriksaan fisik saat sehat?
- (2) Bagaimana pemeriksaan mata dan pendengaran terakhir dilakukan?
- (3) Bagaimana status imunisasi anggota keluarga?
- (4) Bagaimana anggota keluarga menggunakan air terfloridasi atau apakah suplemen harian diresepkan untuk anak-anak?
- (5) Apa kebiasaan hygiene oral keluarga?

- (6) Apakah anggota keluarga mendapatkan perawatan gigi profesional yang bertujuan mencegah penyakit mulut dan gigi?
- j) Terapi komplementer dan alternatif
- (1) Apa praktik perawatan kesehatan alternatif yang digunakan anggota keluarga?
 - (2) Seberapa sering mereka terlibat dalam praktik ini dan untuk apa mereka melakukan praktik ini?
 - (3) Bagaimana anggota keluarga merasa praktik ini akan menguntungkan kesehatannya?
 - (4) Apakah praktik ini dilakukan berkoordinasi dengan layanan berbasis medis lainnya?
- k) Riwayat kesehatan keluarga
- (1) Bagaimana semua kesehatan anggota keluarga asli dan pernikahan?
 - (2) Apakah ada riwayat penyakit genetic atau keluarga di masa lalu?
 - (3) Apakah ada riwayat masalah emosional atau bunuh diri dalam keluarga? apakah ada penyakit yang terkait dengan lingkungan di masa lalu atau sekarang?

- l) Pelayanan kesehatan yang diperoleh
 - (1) Dari praktisi perawatan kesehatan dan tenaga keperawatan kesehatan mana anggota keluarga memperoleh perawatan?
 - (2) Apakah penyediaan pelayanan kesehatan ini memeriksa semua anggota keluarga dan memenuhi semua kebutuhan kesehatan mereka?
- m) Perasaan dan persepsi berkenaan dengan layanan kesehatan
 - (1) Bagaimana perasaan keluarga tentang jenis layanan kesehatan yang ada dalam komunitas?
 - (2) Bagaimana perasaan dan persepsi keluarga mengenai layanan kesehatan yang diperoleh?
 - (3) Apakah keluarga nyaman, puas, dan percaya dengan perawatan yang diperoleh dari penyediaan perawatan kesehatan?
 - (4) Apakah keluarga memiliki pengalaman lalu dengan layanan keperawatan kesehatan keluarga?
 - (5) Apa sikap dan harapan keluarga terhadap peran perawat?
- n) Layanan kesehatan darurat
 - (1) Apakah lembaga atau dokter tempat keluarga memperoleh perawatan memiliki layanan darurat?

- (2) Apakah layanan medis oleh penyediaan perawatan kesehatan saat ini tersedia, jika terjadi keadaan darurat?
 - (3) Jika layanan darurat tidak tersedia, apakah keluarga tahu dimana layanan darurat terdekat yang ada baik untuk anak-anak maupun orang dewasa dalam keluarga?
 - (4) Apakah keluarga tahu cara bagaimana menghubungi ambulans dan layanan pra medis?
 - (5) Apakah keluarga memiliki rencana kesehatan darurat?
- o) Sumber pembayaran
- (1) Bagaimana keluarga membayae layanan yang diperoleh?
 - (2) Apakah keluarga memiliki polis asuransi kesehatan swasta, *Medicare* atau *Medicaid* atau apakah keluarga harus membayar penuh atau sebagian untuk layanan kesehatan yang didapatkan?
 - (3) Apakah keluarga memperoleh layanan gratis?
 - (4) Apa pengaruh biaya perawatan kesehatan pada pemanfaatan layanan kesehatan keluarga?
 - (5) Jika memiliki asuransi kesehatan, apakah keluarga diberi informasi mengenai layanan apa saja yang tercakup, seperti layanan pencegahan, peralayan medis khusus, kunjungan rumah dan sebagainya?

p) Logistik perawatan yang diperoleh

- (1) Seberapa jauh fasilitas perawatan kesehatan dari rumah keluarga?
- (2) Apa model transportasi yang digunakan keluarga untuk sampai kesana?
- (3) Jika keluarga harus tergantung pada transportasi umum, masalah apa yang ada berkenaan dengan jam layanan dan waktu perjalanan ke fasilitas perawatan kesehatan?

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

- a.) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.

- b.) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.
- 2) Kemampuan Keluarga Berespon terhadap Stimulasi / Stressor
Dikaji dari sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor.
- 3) Strategi Koping yang Digunakan
Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila amenghadapi permasalahan / stress
- 4) Strategi Adaptasi Disfungsional
Mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila mana menghadapi masalah/stress
- g. Pemeriksaan Fisik
Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga
- h. Harapan Keluarga
Bagaimana harapan keluarga terhadap petugas kesehatan dalam menyelesaikan masalah kesehatan.

2. Skoring

Menurut Maglaya(2011) skoring sebagai berikut:

Tabel 2.1 skoring

No	Kriteria	Skore	Bobot
1.	Sifat masalah:		1
	Keadaan kesejahteraan	3	
	Actual	3	
	Resiko	2	
	Ancaman kesehatan	1	
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah		
	Mudah	2	2

	Sebagian Tidak dapat	1 0	
3.	Pontensi masalah untuk dicegah Tinggi Sedang Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah Segera ditangani Ada, tetapi tidak segera ditangani Tidak dirasakan	2 1 0	1

3. Diagnosa keperawatan yang lazim muncul.

Menurut Nanda(2013) diagnosa yang muncul pada penyakit asma yaitu:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- b. Ketidakefektifan pola nafas
- c. Intoleransi aktivitas
- d. Gangguan pola tidur
- e. Resiko kekambuhan berulang

4. Intervensi

- 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 mampu 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. Pola nafas tidak efektif

- 1) Definisi: 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 diet asma contoh sederhana, 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 mentoleransi 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. Gangguan pola tidur
 - 1) Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal.
 - 2) Tujuan umum:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur pasien menjadi efektif.
 - 3) Tujuan khusus:
 - a) Keluarga mengetahui faktor penyebab tanda gejala masalah pola tidur.
 - b) Keluarga mampu mengetahui kualitas tidur dalam batasan normal.
 - 4) Intervensi
 - a) TUK 1: Kaji pengetahuan klien mengenai pola tidur dalam batasan normal, dan kualitas tidur dalam batasan normal dengan bahasa sederhana dan mudah dipahami, beri kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, berikan *reinforcement positif* pada keluarga
 - b) TUK 2: diskusikan dengan keluarga tentang kemampuan yang mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur, bantu keluarga menjaga pola tidur yang berkualitas.

- c) TUK 3: Tanyakan kemampuan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan gangguan pola tidur.
- e. Resiko kekambuhan berulang
- 1) Definisi: tidak adekuatnya pengetahuan utama imunitas (kerusakan jaringan, peningkatan pencemaran pada lingkungan), proses penyakit
 - 2) Tujuan umum
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi kekambuhan
 - 3) Tujuan khusus
 - a) Keluarga mengetahui faktor penyebab, tanda gejala, masalah resiko tinggi terjadinya kekambuhan.
 - b) Keluarga mampu memutuskan dengan cara adatif untuk mengatasi masalah resiko tinggi terjadinya kekambuhan.
 - 4) Intervensi
 - a) TUK 1: Kaji pengetahuan keluarga tentang pentingnya latihan nafas, batuk efektif, keseimbangan antara istirahat dan aktifitas. Suhu lingkungan sekitar yang menyebabkan kekambuhan asma dengan bahasa sederhana dan mudah dipahami, beri kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, berikan *reinforcementpositif* pada keluarga.
 - b) TUK 2: Diskusikan dengan keluarga tentang kemampuan pentingnya mencegah resiko kekambuhan pada asma dengan

keadaan suhu lingkungan sekitar yang menyebabkan kekambuhan asma.

- c) TUK 3: Tnyakan kemampuan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan resiko tinggi terjadinya kekambuhan asma.