



**HUBUNGAN DUKUNGAN EMOSIONAL KELUARGA:
TINGKAT EKSPRESI EMOSI KELUARGA DENGAN
KEKAMBUHAN PADA KLIEN ASMA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS TEMPUREJO
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Delly Awallia
NIM 112310101054**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**HUBUNGAN DUKUNGAN EMOSIONAL KELUARGA:
TINGKAT EKSPRESI EMOSI KELUARGA DENGAN
KEKAMBUHAN PADA KLIEN ASMA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS TEMPUREJO
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

Oleh

**Delly Awallia
NIM 112310101054**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT penulis mempersembahkan skripsi ini kepada:

1. Ayahanda dan ibunda tercinta (Bapak Sudarsono dan Ibu Aguswati Prasetya Astuti) yang telah mengasuh, membesarkan, memberikan semua kasih sayang, berjuang tanpa lelah, senantiasa memberikan dukungan serta doa yang tiada berakhir dan selalu memberikan nasehat, motivasi serta kekuatan dalam menjalani hidup;
2. Adikku tersayang Mellynda Dwi Astutik yang telah memberikan motivasi untuk terus melangkah menggapai cita-cita dan menjadi kebanggaan orang tua serta keluarga;
3. Seluruh guru-guru TK Kartika VI-29 (Banjarmasin), SDN Kuripan 2 (Banjarmasin), SDN Karanggeger 1, MTs Negeri Pajajaran dan SMA Negeri 1 Kraksaan yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat selama ini; serta
4. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang saya banggakan.

MOTTO

Dan ta'atilah Allah dan Rasul-Nya dan janganlah kamu berselisih, yang menyebabkan kamu menjadi gentar dan kekuatanmu hilang dan bersabarlah. Sungguh, Allah beserta orang-orang sabar.

(Terjemahan Surat Al Anfaal ayat 46)^{*)}

Orang-orang yang penyayang akan disayangi Allah Yang Maha Penyayang. Sayangilah siapa yang ada di atas muka bumi, niscaya kalian akan disayangi oleh siapa yang ada di langit.

(HR. Tirmidzi)^{**)}

Keluargamu dan cintamu harus ditanami layaknya sebuah kebun. Waktu, usaha dan impian harus dipelihara terus-menerus agar menyuburkan dan menumbuhkan setiap hubungan keluarga.

(Jim Rohn)^{***)}

^{*)} Departemen Agama Republik Indonesia. 2006. *Al-Qur'an Maghfirah*. Jakarta: Maghfirah Pustaka

^{**)}HR. Tirmidzi

^{***)}Jim Rohn

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini;

Nama : Delly Awallia

NIM : 112310101054

Menyatakan bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya dan pemikiran saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 09 Oktober 2015

Yang menyatakan,

Delly Awallia

NIM 112310101054

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN EMOSIONAL KELUARGA:
TINGKAT EKSPRESI EMOSI KELUARGA DENGAN
KEKAMBUHAN PADA KLIEN ASMA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS TEMPUREJO
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Delly Awallia
NIM 112310101054

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Murtaqib, S.Kp., M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M. Kep.,
Sp. Kep.J

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Jum’at, 09 Oktober 2015

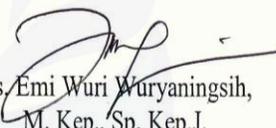
tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui

Pembimbing I

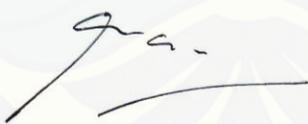
Pembimbing II


Mutaqib, S.Kp., M.Kep.
NIP 197408132001121002


Ns. Emi Wuri Wuryaningsih,
M. Kep., Sp. Kep.J.
NIP 198505112008122000

Penguji I

Penguji II


Hanny Rasni, S.Kp.,M.Kep.
NIP 197612192002122003


Ns.Siswoyo, M. Kep.
NIP 198004122006041002

Mengesahkan
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember




Ns. Laili Sulistyorini, S.Kep.,M.Kes.
NIP 197803232005012002

Hubungan Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember (The Correlation between Family Emotional Support: The Degree of Family Emotional Expression and Recurrence of Patients with Asthma at Tempurejo Primary Health Center Jember, East Java)

Delly Awallia

School of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Globally there are 334 million people suffering from asthma. Asthma is one of the respiratory diseases caused by the triggering factors, one of which is psychological factor (emotional stress). The purpose of this research was to find out the correlation between family emotional supports: the degree of family emotional expression and recurrence of patients with asthma. Survey analytical design with cross sectional approach was used in this study and the sample consisted of 67 respondents. Result of this research was 53,7% family showed low emotional expression and 70,1% clients experienced a recurrence persistent abated. Data analysis used Chi Square test and resulting in the P value of $0,140 > \alpha$ ($\alpha = 0,05$). It means that there was no correlation between family emotional support: the degree of family emotional expression and recurrence to patients with asthma at Tempurejo primary health center Jember, East Java. Allergen is a major factor of asthma relapse than psychological factors not include the allergen. The recommendation of this research that nurse should educate client asthma and his family with give health information related the concept of asthma diseases, the triggering factor, how to preventive and treatment of asthma recurrence to minimize recurrence for client asthma. Nurse also should to do assessment in order to find out the triggering factor of often experienced by clients asthma.

Keywords: *The Degree of Family Emotional Expression, Recurrence, Asthma*

RINGKASAN

Hubungan Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember; Delly Awallia, 112310101054: 171 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Secara global terdapat 334 juta orang menderita asma. Asma merupakan suatu penyakit pernafasan yang disebabkan oleh adanya faktor pemicu, salah satunya yaitu faktor psikologis (stres emosional) yang dapat dipicu karena adanya ekspresi emosi keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan emosional keluarga: tingkat ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pada klien asma.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain survei analitik yaitu *cross sectional* dengan sampel yang terdiri dari 67 responden. Teknik pemilihan sampel menggunakan *purposive sampling*. Instrumen menggunakan kuesioner tentang tingkat ekspresi emosi keluarga yang terdiri dari 25 pernyataan dengan kategori ekspresi emosi tinggi dan ekspresi emosi rendah serta satu pertanyaan kekambuhan asma dengan kategori intermitten, persisten ringan, persisten sedang dan persisten berat.

Hasil tingkat ekspresi emosi keluarga bervariasi dimana klien yang memiliki tingkat ekspresi emosi rendah yaitu 36 orang (53,7%) dan klien yang memiliki tingkat ekspresi emosi tinggi yaitu 31 orang (46,3%). Hasil kekambuhan asma sebagian besar klien mengalami kekambuhan persisten ringan yaitu sebanyak 47 orang (70,1%). Analisa data menggunakan uji *chi square* dan didapatkan nilai $P \text{ value} = 0,140 > \alpha$ ($\alpha = 0,05$) yang berarti H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pada klien asma. Hasil penelitian mengindikasikan perlunya perawat

mengidentifikasi faktor pemicu utama terjadinya kekambuhan asma dan keluarga perlu untuk dilatih dalam kecakapan penanganan anggota keluarga yang mengalami kekambuhan asma, terlebih pada tingkat kekambuhan persisten sedang yang terdapat pada klien.



PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan berkah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma” dengan baik. Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan tulus penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Murtaqib, S.Kp., M. Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama, dan Ns. Emi Wuri Wuryaningsih selaku Dosen Pembimbing Anggota, M. Kep., Sp. Kep.J serta Ns. Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep. selaku Dosen Penguji I dan Ns. Siswoyo, M. Kep selaku Dosen Penguji II yang telah membimbing dan memberikan masukan serta saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Anisah Ardiana, M.Kep. dan Ns. Mulia Hakam, M.Kep.,Sp.Kep.MB. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menempuh studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
4. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL), Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, dan Puskesmas Tempurejo Jember yang telah membantu dalam proses studi pendahuluan;
5. Seluruh dosen, staf, dan karyawan yang telah memberikan dukungan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
6. Kedua orang tua saya, Ayahanda Sudarsono dan Ibunda tercinta Aguswati Prasetya Astuti yang telah berjuang tanpa lelah, selalu memberikan nasehat, motivasi, kekuatan, dukungan serta senantiasa mendo'akan saya dalam

menghadapi segala sesuatunya dan juga yang telah mengasuh, membesarkan, memberikan semua kasih sayang kepada saya dari sejak saya masih kecil;

7. Adikku tersayang Mellynda Dwi Astutik yang selalu mendengarkan segala cerita perjalanan saya baik suka maupun duka, senantiasa mendo'akan saya dan selalu memberikan motivasi untuk terus maju dalam menghadapi segala sesuatunya demi menggapai cita-cita saya, serta menjadi kebanggaan orang tua dan keluarga;
8. Teman-teman PSIK angkatan 2011 yang telah mendukung saya;
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 09 Oktober 2015

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN SAMPUL | i |
| HALAMAN JUDUL | ii |
| HALAMAN PERSEMBAHAN | iii |
| HALAMAN MOTO | iv |
| HALAMAN PERNYATAAN | v |
| HALAMAN PEMBIMBING | vi |
| HALAMAN PERSETUJUAN | vii |
| ABSTRAK | viii |
| RINGKASAN | ix |
| PRAKATA | xi |
| DAFTAR ISI | xiii |
| DAFTAR TABEL | xviii |
| DAFTAR GAMBAR | xix |
| DAFTAR LAMPIRAN | xx |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 9 |
| 1.3 Tujuan | 9 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 9 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 9 |
| 1.4 Manfaat | 10 |
| 1.4.1 Manfaat bagi Peneliti..... | 10 |
| 1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan | 10 |
| 1.4.3 Manfaat bagi Perawat | 10 |

| | |
|--|-----------|
| 1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat/Keluarga Penderita Asma | 10 |
| 1.5 Keaslian Penelitian | 11 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA..... | 12 |
| 2.1 Konsep Penyakit Asma..... | 12 |
| 2.1.1 Pengertian asma..... | 12 |
| 2.1.2 Penyebab asma | 13 |
| 2.1.3 Jenis-Jenis asma..... | 18 |
| 2.1.4 Tanda dan gejala asma..... | 21 |
| 2.1.5 Komplikasi | 22 |
| 2.1.6 Dampak pada klien asma..... | 22 |
| 2.1.7 Patofisiologi asma | 23 |
| 2.1.8 Penatalaksanaan asma..... | 24 |
| 2.2 Kekambuhan Asma | 26 |
| 2.3 Konsep Dukungan Keluarga | 28 |
| 2.3.1 Pengertian keluarga | 28 |
| 2.3.2 Jenis dukungan keluarga..... | 29 |
| 2.3.3 Faktor hubungan sebab-akibat keluarga dan penyakit..... | 31 |
| 2.4 Konsep Ekspresi Emosi Keluarga | 34 |
| 2.4.1 Pengertian ekspresi emosi keluarga..... | 34 |
| 2.4.2 Bentuk ekspresi emosi | 35 |
| 2.4.3 Unsur ekspresi emosi..... | 38 |
| 2.4.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi ekspresi emosi keluarga.. | 40 |
| 2.5 Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga | 42 |
| 2.6 Hubungan Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma | 43 |
| 2.6 Kerangka Teori..... | 47 |
| BAB 3. KERANGKA KONSEP..... | 48 |
| 3.1 Kerangka Konsep | 48 |
| 3.2 Hipotesis Penelitian | 49 |

| | |
|---|----|
| BAB 4. METODE PENELITIAN | 50 |
| 4.1 Desain Penelitian | 50 |
| 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian | 50 |
| 4.2.1 Populasi penelitian..... | 50 |
| 4.2.2 Sampel penelitian | 51 |
| 4.2.3 Teknik pengambilan sampel..... | 51 |
| 4.2.4 Kriteria sampel penelitian..... | 52 |
| 4.3 Lokasi Penelitian | 53 |
| 4.4 Waktu Penelitian | 53 |
| 4.5 Definisi Operasional | 54 |
| 4.6 Pengumpulan Data | 55 |
| 4.6.1 Sumber Data | 55 |
| 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data | 56 |
| 4.6.3 Alat Pengumpulan data..... | 58 |
| 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas..... | 59 |
| 4.7 Pengolahan Data | 61 |
| 4.7.1 <i>Editing</i> | 61 |
| 4.7.2 <i>Coding</i> | 61 |
| 4.7.3 <i>Processing/Entry</i> | 63 |
| 4.7.4 <i>Cleaning</i> | 63 |
| 4.8 Analisis Data | 64 |
| 4.8.1 Analisa Univariat..... | 64 |
| 4.8.2 Analisa Bivariat | 65 |
| 4.9 Etika Penelitian | 65 |
| 4.9.1 Persetujuan Penelitian (<i>Informed Consent</i>)..... | 66 |
| 4.9.2 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>) | 66 |
| 4.9.3 Anonimitas (<i>Anonimity</i>) | 67 |
| 4.9.4 Keadilan (<i>Justice</i>)..... | 67 |
| 4.9.5 Asas Kemanfaatan (<i>Beneficence</i>)..... | 68 |

| | |
|--|----|
| BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN | 69 |
| 5.1. Hasil Penelitian | 69 |
| 5.1.1 Karakteristik Klien..... | 69 |
| 5.1.2 Variabel Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga..... | 71 |
| 5.1.3 Variabel Kekambuhan Asma | 73 |
| 5.1.4 Hubungan Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma | 75 |
| 5.2 Pembahasan | 76 |
| 5.2.1 Karakteristik Klien..... | 77 |
| 5.2.2 Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember | 82 |
| 5.2.3 Kekambuhan pada Klien Asma di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember | 88 |
| 5.2.4 Hubungan Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember | 90 |
| 5.3 Keterbatasan Penelitian | 93 |
| 5.4 Implikasi Keperawatan | 93 |
| BAB 6. PENUTUP | 96 |
| 6.1 Simpulan | 96 |
| 6.2 Saran | 97 |
| 6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan | 97 |
| 6.2.2 Bagi Perawat | 97 |
| 6.2.3 Bagi Masyarakat/Keluarga Penderita Asma | 98 |
| 6.2.4 Bagi Peneliti..... | 98 |
| DAFTAR PUSTAKA | 99 |

LAMPIRAN 105

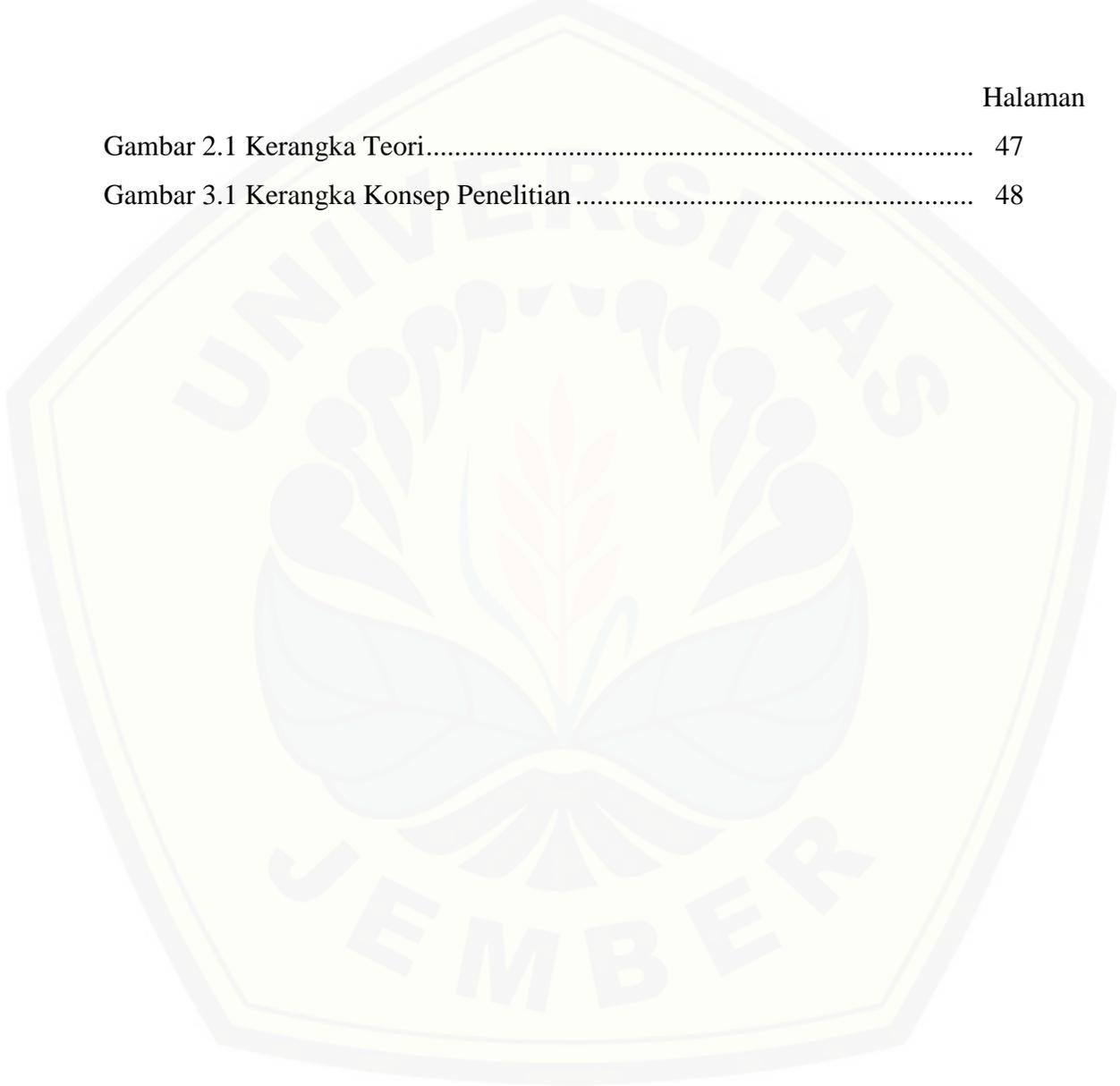


DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 1.1 Keaslian Penelitian..... | 11 |
| Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat Serangan Asma Berdasarkan Gambaran Klinis Secara Umum pada Orang Dewasa | 20 |
| Tabel 4.1 Rincian Waktu Penelitian..... | 54 |
| Tabel 4.2 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional..... | 55 |
| Tabel 4.3 <i>Blue print</i> Instrumen Penelitian Sebelum dan Sesudah Uji Validitas terkait Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga..... | 59 |
| Tabel 5.1 Karakteristik Klien Berdasarkan Usia di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015 | 70 |
| Tabel 5.2 Karakteristik Klien Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, Tingkat Pendidikan dan Suku Bangsa di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember | 70 |
| Tabel 5.3 Distribusi Klien Berdasarkan Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015..... | 72 |
| Tabel 5.4 Distribusi Klien Berdasarkan Indikator Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015 | 72 |
| Tabel 5.5 Distribusi Klien Berdasarkan Kekambuhan pada Klien Asma di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015..... | 74 |
| Tabel 5.6 Hubungan Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dan Kekambuhan pada Klien Asma di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015 | 75 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1 Kerangka Teori..... | 47 |
| Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian..... | 48 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|--|---------|
| Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i> | 105 |
| Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i> | 106 |
| Lampiran 3. Lembar Identitas Responden | 107 |
| Lampiran 4. Lembar Kuesioner Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga | 108 |
| Lampiran 5. Lembar Kuesioner Kekambuhan Asma..... | 110 |
| Lampiran 6. Lembar Uji Validitas | 111 |
| Lampiran 7. Lembar Hasil dan Analisa Data..... | 117 |
| Lampiran 8. Lembar Surat Ijin..... | 130 |
| Lampiran 9. Lembar Konsultasi..... | 145 |
| Lampiran 10. Lembar Dokumentasi | 150 |

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asma merupakan gangguan inflamasi kronis di jalan napas, ditandai oleh hipersensitivitas (peningkatan kepekaan) pada percabangan saluran napas yang menghubungkan antara trakea dan bronkial terhadap berbagai jenis rangsangan dan keadaan ini bermanifestasi sebagai penyempitan jalan napas secara periodik dan reversibel akibat bronkospasme (konstriksi otot polos bronkus yang mendadak tetapi sementara dan menyebabkan penyempitan jalan napas) (Price, 2005). Kondisi asma tersebut dapat membuat klien mengalami episode berulang dalam gejala mengi, sesak napas, batuk, dan dada terasa terhimpit (Chang, 2009). Asma juga dapat disebut sebagai penyakit seumur hidup. Selama serangan asma, saluran udara menjadi meradang, membuat sulit bernapas. Serangan asma dapat ringan, sedang, atau serius bahkan mengancam jiwa (CDC, 2013). Berdasarkan pendapat beberapa ahli tersebut dapat disimpulkan, asma merupakan suatu penyakit seumur hidup yang dapat terjadi secara episode berulang dalam gejala mengi, sesak napas, batuk, dan dada terasa terhimpit oleh karena adanya hipersensitivitas pada percabangan saluran napas yang menghubungkan antara trakea dan bronkial terhadap berbagai jenis rangsangan.

Kejadian asma timbul karena faktor pemicu seperti alergen, *exercise* (latihan), polusi udara, faktor kerja (*occupational factors*), infeksi pernapasan,

masalah hidung dan sinus, sensitive terhadap obat dan makanan, penyakit refluks gastroesophageal (*Gastroesophageal Refluks Disease/GERD*) dan faktor psikologis (stres emosional) (Lewis *et al*, dalam Ekarini, 2012). BTS SIGN (dalam Francis, 2011), mengungkapkan bahwa salah satu faktor risiko munculnya asma yang hampir fatal yaitu masalah psikologis.

Asma dapat terjadi pada semua golongan usia, termasuk dapat terjadi pada seseorang yang berusia <40 tahun. Kondisi asma pada anak secara signifikan akan terus diderita hingga usia dewasa. Adanya kondisi asma tersebut dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi yaitu salah satunya status asmatikus (Smeltzer, 2001). Status asmatikus merupakan serangan asma berat yang dapat mengancam jiwa dan resisten terhadap terapi umum yang diberikan (Chang, 2009). Asma dapat berakibat fatal, akan tetapi hal tersebut lebih sering lagi dapat sangat mengganggu dan mempengaruhi kehadiran ketika di sekolah, pilihan pekerjaan, aktivitas fisik, dan banyak aspek kehidupan lainnya (Smeltzer, 2001). Rabe *et al* (2010) mengungkapkan hasil penelitiannya bahwa terdapat 30% pasien dewasa dengan asma mengatakan bahwa tidur mereka telah terganggu pada minggu sebelumnya akibat asma, 63% mengalami penurunan aktivitas, 61% mengalami episode berat dari batuk, mengi, dada terasa sesak serta 30% harus mengunjungi instalasi gawat darurat (Francis, 2011).

Badan Kesehatan (WHO) memperkirakan 100-150 juta penduduk dunia menderita asma. Bahkan jumlah ini diperkirakan akan terus bertambah hingga mencapai 180.000 orang setiap tahun (Depkes RI, 2009). Global Asthma Report (2014) mengatakan bahwa secara global terdapat 334 juta orang menderita asma.

Asma memiliki distribusi global dengan beban penyakit yang relatif lebih tinggi di Australia dan Selandia Baru, beberapa negara di Afrika, Timur Tengah dan Amerika Selatan, dan North-Eropa Barat. Tingkat kematian akibat asma meningkat hampir secara konsisten dari pertengahan masa kanak-kanak ke usia tua, sehingga sebagian besar kematian terjadi setelah usia pertengahan (Global Asthma Report, 2014). Terdapat juga data dari Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit yang disebutkan bahwa pada tahun 2009, angka kematian akibat asma lebih banyak terjadi pada usia dewasa yaitu usia dimulai dari kisaran usia 19 tahun sampai usia 85 tahun keatas (*American Lung Association*, 2012). Sebagian besar dari yang meninggal ini telah memiliki asma kronik berat, hanya pada sebagian kecil dari kasus-kasus ini serangan terjadi tiba-tiba pada pasien dengan gejala penyakit ringan atau sedang (Francis, 2011).

Asma merupakan sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian di Indonesia, hal itu tergambar dari data studi survei kesehatan rumah tangga (SKRT) di berbagai provinsi di Indonesia. Survei kesehatan rumah tangga (SKRT) 1986 menunjukkan asma menduduki urutan ke-5 dari 10 penyebab kesakitan (morbiditi). SKRT pada tahun 1992 menyebutkan bahwa asma sebagai penyebab kematian (mortaliti) ke-4 di Indonesia atau sebesar 5,6 %. Tahun 1995, prevalensi asma di seluruh Indonesia sebesar 13/1000, dibandingkan penyakit pernafasan lainnya (PDPI, 2003). Berdasarkan laporan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, prevalensi Asma di Indonesia adalah 4,5 dari sejumlah 1.027.763 orang dari seluruh wilayah Indonesia. Didapatkan juga hasil wawancara pada semua umur berdasarkan gejala, dari sejumlah 1.027.763 orang tersebut

yang mengalami asma sebanyak 37,8% dan prevalensi penyakit asma tersebut banyak dialami oleh kelompok usia dewasa yang berjumlah 28,6%. Angka kejadian asma cukup tersebar luas di Indonesia, khususnya diseluruh provinsi Indonesia. Prevalensi penyakit asma tertinggi yaitu terjadi didaerah Provinsi Sulawesi Tengah sebesar 7,8%, tertinggi ke dua di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 7,3%, kemudian di DI Yogyakarta sebesar 6,9% dan prevalensi terendah terdapat di Provinsi Lampung sebesar 1,6%, kemudian diikuti Riau dan Bengkulu sebesar 2% (Kemenkes RI, 2014).

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki prevalensi penyakit asma yaitu khusus wilayah provinsi Jawa Timur prevalensinya sebesar 5,1% (Kemenkes RI, 2014). Salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Timur yang memiliki angka kejadian asma yaitu kabupaten Jember. Kabupaten Jember memiliki peningkatan peringkat pada penyakit asma. Hal tersebut didapatkan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Jember yang disebutkan bahwa dalam rentang waktu satu tahun (2013-2014) peringkat penyakit asma meningkat dari peringkat ke-16 menjadi peringkat ke-13.

Serangan asma seringkali terjadi pada individu yang tidak dapat menghindari kontak dengan faktor pemicu asma. Salah satu faktor yang memicu timbulnya asma yaitu faktor psikologis (stres emosional) (Ekarini, 2012). Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Ekarini (2012) yang menyatakan bahwa faktor pemicu asma terdiri dari paparan alergen, *exercise* (latihan) dan yang paling berhubungan dengan terjadinya serangan asma adalah kondisi psikologis (stres emosional). Adanya penelitian tersebut didapatkan hasil $p\ value=0,000$ kurang

dari $\alpha=0,05$ yang artinya adanya hubungan antara kondisi psikologis (stres emosional) dengan terjadinya asma (Ekarini, 2012). Selain itu juga, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hasma *et al* (2012) diperoleh nilai $p=0,003$ yang berarti lebih kecil dari 0,05 dengan demikian dapat dikatakan ada hubungan antara stres dengan serangan asma bronchial. Peristiwa stres dapat terjadi dalam berbagai bentuk, seperti disfungsi keluarga, kondisi lingkungan, dll. Keluarga dan lingkungan mewakili potensial stres signifikan (Bloomberg dan Chen, 2005). Faktor pemicu asma yang berasal dari lingkungan tersebut dapat berupa adanya ekspresi emosi yang berlebih (Depkes RI, 2009). Terdapat data klien asma yang mengalami stres disebabkan oleh lingkungan keluarga yaitu sebesar 30,5% dari sejumlah 118 responden yang artinya memiliki hubungan bermakna dengan terjadinya asma (Ekarini, 2012).

Didapatkan juga data dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Hermanns, Florin, Dietrich, Rieger, dan Hahlweg (dalam Wearden *et al*, 2000), dimana terdapat data yang menunjukkan bahwa salah satu dari unsur ekspresi emosi yaitu sikap kritis yang ditunjukkan oleh anggota keluarga dapat mempengaruhi kondisi klien yang mengalami asma. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hermanns, Florin, Dietrich, Rieger, dan Hahlweg (dalam Wearden *et al*, 2000) menunjukkan bahwa sikap kritis lebih banyak dimiliki oleh keluarga dengan anggota keluarga mengalami asma (10 dari 25 keluarga) dibandingkan keluarga dengan anggota keluarga tanpa asma. Selanjutnya, anggota keluarga dari klien yang mengalami serangan asma cenderung memiliki sikap kritis yaitu sejumlah 6 klien dari 7 klien

yang mengalami serangan asma yang sering dibandingkan anggota keluarga dengan serangan yang jarang yaitu sejumlah 4 klien dari 18 klien.

Studi pendahuluan yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember didapatkan data hasil kunjungan klien yang mengalami asma ke Puskesmas dari bulan Januari 2014 sampai bulan Desember 2014. Puskesmas Tempurejo memiliki jumlah kunjungan terbanyak yaitu sebanyak 2.173 kunjungan pada tahun 2014 dan dengan jumlah kunjungan tertinggi pada usia dewasa sebanyak 2.115 kunjungan. Terdapat juga data jumlah klien asma yang mengalami kekambuhan dengan melakukan kunjungan berulang atau lama pada bulan Januari 2014 sampai dengan April 2015 sebanyak 40 orang.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa perawat yaitu perawat pelayanan di poli dan perawat pemegang CHN (*Community Health Nursing*) pada bulan Mei (2015) di puskesmas Tempurejo, didapatkan hasil wawancara bahwa adanya kunjungan yang dilakukan oleh klien asma dikarenakan oleh adanya keluhan kekambuhan yang dialami oleh klien asma dan terdapat beberapa klien yang masih belum mengetahui penyebab dari terjadinya kekambuhan yang dialaminya. Banyak juga diantara mereka yang melakukan kunjungan rutin setiap minggu dan kunjungan beberapa kali dalam satu minggu dan setiap bulan. Hal tersebut disebabkan karena apabila mereka tidak memeriksakan kondisinya maka biasanya akan sering dirasakan keluhan-keluhan yang dialaminya.

Terdapat peran dari pihak puskesmas yaitu melakukan pemeriksaan dan perawatan terkait kondisi klien khususnya yang mengalami kekambuhan asma. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat pelayanan di poli, perawat

pemegang CHN (*Community Health Nursing*) dan perawat yang bertanggung jawab sebagai pemegang P2M (Program Pemberantasan Penyakit Menular) di puskesmas Tempurejo didapatkan data bahwa pemeriksaan dan perawatan tersebut hanya dilakukan di puskesmas dan masih belum adanya pemeriksaan dan perawatan dengan dilakukannya kunjungan ke rumah klien. Hal tersebut dikarenakan, khusus penyakit asma merupakan salah satu penyakit kronis yang tidak dapat diketahui terjadinya keluhan kekambuhan yang dialami klien. Menurut Depkes (2006), pelayanan keperawatan kesehatan di komunitas dapat diberikan secara langsung pada semua tatanan pelayanan kesehatan seperti diantaranya yaitu unit pelayanan kesehatan yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap (di rumah sakit, puskesmas, dll), dirumah seperti diberikannya pelayanan secara langsung pada keluarga dirumah yang menderita penyakit akut maupun kronis dengan tujuan untuk meningkatkan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang berisiko tinggi mempunyai masalah kesehatan, dll (Efendi dan Makhfudli, 2009). Ruang lingkup praktek perawatan kesehatan masyarakat, meliputi upaya-upaya, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan kesehatan (rehabilitasi), dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga dan kelompok-kelompok masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya (resosialitatif) (Effendy, 1998).

Didapatkan juga hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti terhadap klien asma pada bulan Mei (2015) di puskesmas Tempurejo di Puskesmas Tempuerjo. Data menunjukkan bahwa biasanya kunjungan yang dilakukan klien karena adanya keluhan dan terjadinya keluhan kekambuhan bisa dikarenakan oleh

adanya ekspresi emosi berlebih yang ditunjukkan oleh keluarga klien yang dimana masih belum diketahui penyebabnya. Beberapa klien juga mengatakan bahwa apabila mengalami hal tersebut klien dapat mengalami kekambuhan secara langsung. Keluhan yang sering ia rasakan yaitu sesak bahkan bisa sampai mengalami sesak yang begitu hebatnya. Hal tersebut juga dapat mengganggu aktivitas klien. Terdapat juga pernyataan dari klien bahwa adanya sikap dari keluarga tersebut dapat membuat klien merasa bingung dan memikirkan mengapa bisa seperti itu terkait sikap yang ditunjukkan oleh keluarga tersebut.

Asthma Trigger Inventory (ATI) yang berasal dari segi pemicu (emosi/psikologis) yang berupa stres di rumah, tertekan, depresi, dan lainnya yaitu memiliki hubungan ($p < 0,001$) dengan keparahan penyakit asma. *Negative Family Emotional Climate* (NFEQ) dikaitkan dengan gejala depresi, yang berhubungan baik secara langsung dan tidak langsung (dengan cara yang berasal dari pemicu: emosional) dengan tingkat keparahan penyakit asma yaitu ($p < 0,01$). *Negative Family Emotional Climate* (NFEQ) diukur dengan menggunakan *The Family Expressiveness Questionnaire* (FEQ) yang mencakup ciri ekspresi emosional negatif dan positif dalam keluarga yang mengekspresikan kemarahan; mencoba untuk menghibur seseorang yang sedih (Wood *et al*, 2007). Stres psikologis dapat memiliki efek biologis pada sistem kekebalan tubuh. Peristiwa kehidupan negatif mewakili terjadinya stres akut dan kronis yang dapat mempengaruhi asma, menyebabkan gejala dan kontrol yang buruk. Keluarga dan lingkungan berpotensi sebagai stressor. Depresi adalah sangat berbahaya terutama pada asma berat. Dukungan sosial harus diperiksa sebagai sebuah faktor pelemahan

pada klien dengan asma karena hal ini dapat menjadi yang paling penting dalam penanganan kesehatan yang tepat (Bloomberg dan Chen, 2005).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik ingin meneliti hubungan antara dukungan emosional keluarga: tingkat ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pada klien asma.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis merumuskan masalah “Apakah ada hubungan antara dukungan emosional keluarga: tingkat ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pada klien asma di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara dukungan emosional keluarga: tingkat ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pada klien asma.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui dukungan emosional keluarga: tingkat ekspresi emosi keluarga dari klien asma;
- b. mengetahui kekambuhan pada klien asma;
- c. menganalisis hubungan antara dukungan emosional keluarga: tingkat ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pada klien asma.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti, baik mengenai konsep maupun teori, sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian lain atau sejenisnya;

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai penambah informasi dan literatur terkait dengan dukungan emosional keluarga: tingkat ekspresi emosi keluarga dan kekambuhan pada klien asma, sehingga dapat dijadikan acuan untuk penelitian selanjutnya serta dapat dipergunakan dalam pembelajaran keperawatan tentang asma;

1.4.3 Bagi Perawat

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai penambah pengetahuan perawat dalam memandirikan keluarga melalui pemberian asuhan keperawatan yang melibatkan keluarga untuk mendukung kesembuhan klien asma, misalnya pemberian penyuluhan kepada keluarga dari klien asma mengenai ekspresi emosi untuk mencegah kekambuhan klien asma;

1.4.4 Bagi Masyarakat/Keluarga Penderita Asma

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan informasi kepada keluarga dan masyarakat agar lebih menjaga dan memperhatikan kondisi psikologis (stres emosional) serta penciptaan lingkungan yang kondusif pada klien asma sehingga diharapkan mampu menekan angka terjadinya kekambuhan pada klien asma.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendasari penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah penelitian yang dilakukan oleh Hyekyun Rhee, Michael J. Belyea, dan Judith Brasch dengan judul “Family Support and Asthma Outcomes in Adolescents: Barriers to Adherence as a Mediator”. Tujuan dari penelitian tersebut adalah untuk menguji peran hambatan untuk kepatuhan dalam menengahi dampak dukungan keluarga pada asma di usia remaja. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *Purposive sampling* dengan ukuran sampel adalah 126 remaja dengan asma berusia 13 sampai 20 tahun, yang tinggal *Northeast United States*. Analisis data yang digunakan yaitu *T-tests and pearson correlations*. Penelitian ini menemukan efek menguntungkan dari dukungan keluarga dalam meningkatkan hasil asma pada remaja. Penelitian yang dilakukan peneliti memiliki beberapa perbedaan dengan penelitian sebelumnya. Perbedaan tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

| No | Perbedaan | Penelitian sebelumnya | Penelitian sekarang |
|----|-------------------|---|---|
| 1. | Judul penelitian | <i>Family Support and Asthma Outcomes in Adolescents: Barriers to Adherence as a Mediator</i> | Hubungan dukungan emosional keluarga: tingkat ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan pada klien asma |
| 2. | Peneliti | Hyekyun Rhee, Michael J. Belyea, dan Judith Brasch | Delly Awallia |
| 3. | Tahun penelitian | 2010 | 2015 |
| 4. | Desain penelitian | <i>Cross sectional</i> | <i>Cross sectional</i> |
| 5. | Teknik sampling | <i>Purposive sampling</i> | <i>Purposive sampling</i> |

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Asma

2.1.1 Pengertian Asma

Asma merupakan suatu kelainan berupa inflamasi (peradangan) kronik pada saluran napas yang menyebabkan hipereaktivitas bronkus terhadap berbagai rangsangan. Hal tersebut dapat ditandai dengan adanya gejala episodik berulang yaitu berupa mengi, batuk, sesak napas dan rasa berat di dada terutama pada waktu malam dan atau dini hari yang umumnya bersifat reversibel baik dengan atau tanpa pengobatan (Depkes RI, 2009). Adanya mengi episodik, batuk, dan rasa sesak di bagian dada tersebut diakibatkan oleh adanya penyumbatan (obstruksi) saluran napas (Rengganis, 2008). Obstruksi tersebut dapat disebabkan oleh beberapa penyebab yaitu diantaranya: adanya kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronki sehingga menyempitkan jalan napas, adanya pembengkakan membran yang melapisi bronki serta adanya pengisian bronki dengan mukus yang kental. Otot-otot bronkial dan kelenjar mukosa membesar, banyak dihasilkannya sputum yang kental dan alveoli menjadi hiperinflasi dengan udara terperangkap didalam jaringan paru. Mekanisme yang pasti dari perubahan ini tidak diketahui, tetapi yang paling diketahui yaitu adanya keterlibatan sistem imunologis dan sistem saraf otonom (Smeltzer, 2001).

Secara umum, faktor risiko yang dapat memicu terjadinya asma terbagi atas dua faktor yaitu faktor genetik dan lingkungan (Rengganis, 2008). Klien asma

dapat mengalami serangan asma berulang dengan awitan mendadak yaitu dalam waktu beberapa menit atau bertahap dalam waktu beberapa jam atau hari (Chang, 2009). Asma dapat terjadi pada semua golongan usia yaitu sekitar setengah dari kasus terjadi pada anak-anak dan sepertiga lainnya terjadi sebelum usia 40 tahun (Smeltzer, 2001). Secara signifikan, kondisi anak tersebut akan terus menderita asma hingga usia dewasa (Chang, 2009).

2.1.2 Penyebab Asma

Menurut Francis (2011), saat ini penyebab pasti asma masih belum sepenuhnya diketahui. Namun, secara umum faktor risiko asma dibedakan menjadi 2 kelompok yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan (Depkes RI, 2009):

1. Faktor Genetik

a. Hipereaktivitas bronkus

Hipereaktivitas bronkus merupakan ciri khas asma, besarnya hipereaktivitas bronkus tersebut dapat diukur secara tidak langsung, yang merupakan parameter objektif. Saluran napas sensitif pada berbagai rangsangan alergen maupun iritan (Rengganis, 2008). Hipereaktivitas saluran napas juga dapat diartikan sebagai terminologi yang digunakan untuk menggambarkan kecenderungan jalan napas untuk menyempit akibat paparan terhadap berbagai macam stimulus (Clark, 2013).

b. Atopi/alergi bronkus

Kondisi atopi dapat mempengaruhi respon saluran napas bawah terhadap infeksi virus kemudian mempengaruhi perkembangan sensitisasi alergik (Maranatha, dalam Ekarini, 2012). Atopi tersebut merupakan adanya suatu reaksi alergi yang timbul pada orang dengan kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibodi IgE abnormal dalam jumlah besar. Hal yang diturunkan merupakan bakat alergi, meskipun belum diketahui bagaimana cara penurunannya. Klien dengan penyakit alergi biasanya memiliki keluarga dekat yang juga memiliki riwayat alergi. Dengan adanya bakat alergi tersebut, klien sangat mudah terkena penyakit asma bronkial yaitu jika terpajan dengan faktor pencetus (Rengganis, 2008).

c. Jenis kelamin

Didapatkan data yaitu prevalensi asma lebih tinggi pada perempuan, daripada laki-laki (Kemenkes RI, 2014).

d. Ras/etnik

Orang yang memiliki ras kulit hitam lebih mungkin untuk dapat didiagnosis asma selama masa hidup mereka. Tingkat prevalensi serangan asma pada orang memiliki ras kulit hitam adalah 47% lebih tinggi daripada orang yang memiliki ras kulit putih (*American Lung Assosiaton*, 2012).

e. Faktor yang memodifikasi penyakit genetik

Adanya keluarga dan saudara kembar menunjukkan bahwa genetika memainkan peran penting pada sebab-akibat dari asma dan alergi. Gen lingkungan dan interaksi gen-gen mekanisme potensial untuk pengembangan dari asma dan alergi adalah kecenderungan genetik saja, baik melalui satu atau beberapa berinteraksi, pengaruh lingkungan independen dari genetika, kombinasi dari kecenderungan genetik dan pengaruh lingkungan, dianggap yang paling mungkin terjadinya mekanisme (Subbarao *et al*, 2009).

2. Faktor Lingkungan

a. Alergen didalam ruangan

Alergen yang berasal dari luar ruangan yaitu tungau, debu rumah, kucing, alternaria/jamur, dll (Rengganis, 2008).

b. Alergen diluar ruangan

Alergen yang berasal dari luar ruangan yaitu alternaria, tepung sari, dll (Depkes RI, 2009). Terdapat juga alergen diluar ruangan yaitu serbuk sari dan spora jamur (Rengganis, 2008).

c. Makanan

Makanan berupa bahan penyedap, pengawet, pewarna makanan, kacang, makanan laut, susu sapi, telur memiliki risiko pada terjadinya asma (Rengganis, 2008).

d. Obat-obatan tertentu

Obat-obatan yang memiliki risiko terjadinya asma, misalnya penisilin, sefalosporin, golongan beta laktam lainnya, eritrosin, tetrasiklin, analgesik, antipiretik, dan lain lain (Rengganis, 2008).

e. Bahan yang mengiritasi

Bahan yang dapat mengiritasi yaitu parfum, *household spray*, dll (Rengganis, 2008).

f. Ekspresi emosi berlebih

Faktor psikologis pada klien asma dapat mempengaruhi kondisi klien asma, seperti halnya pada frekuensi dan keseriusan serangan asma. Terjadinya keseriusan penyakit pada klien asma tersebut juga dapat dipengaruhi oleh adanya ekspresi emosi yang tinggi pada keluarga (Wearden *et al*, 2000). Butzlaff dan Hooley serta Coiro dan Gottesman (dalam Hertinjung dan Partini, 2010) mengatakan bahwa ekspresi emosi yang tinggi merupakan refleksi sikap negatif berperan sebagai *stressor* yang dapat meningkatkan kerentanan dan kekambuhan pada seseorang. Ekspresi yang tinggi tersebut berupa menunjukkan sikap yang penuh dengan kritik dan kebencian. Ekspresi emosi tinggi seringkali mengakibatkan resiko kekambuhan karena kritik verbal agresif yang muncul tersebut. Tentunya keadaan tersebut dapat mempengaruhi kondisi psikologis klien karena dapat menimbulkan adanya stres pada klien (Wearden *et al*, 2000). Stres/gangguan emosi dapat menjadi pencetus serangan asma, selain itu juga dapat

memperberat serangan asma yang sudah ada. Di samping gejala asma yang timbul harus segera diobati, penderita asma yang mengalami stres/gangguan emosi perlu diberi nasihat untuk menyelesaikan masalah pribadinya. Karena jika stresnya belum diatasi, maka gejala asmanya lebih sulit diobati (Rengganis, 2008).

g. Asap rokok dari perokok aktif dan pasif

Asap rokok berhubungan dengan penurunan fungsi paru. Paparan asap rokok, sebelum dan sesudah kelahiran berhubungan dengan efek berbahaya yang dapat diukur seperti meningkatkan risiko terjadinya gejala serupa asma pada usia dini (Rengganis, 2008).

h. Polusi udara di luar dan di dalam ruangan

Ada dua polutan *outdoor* yang dapat sebagai faktor pencetus serangan asma yaitu industrial smog (*sulfur dioxide, particulate complex*) dan photochemical smog (ozon dan nitrogen oksida). Polusi *indoor* termasuk *cooking* dan *heating fuel exhaust, insulating production, cat, vernis* yang mengandung formaldehid dan isocyanate (Maranatha, dalam Ekarini, 2012). Selain dari semprotan obat nyamuk dan semprotan rambut, asap rokok bisa merupakan polusi udara yang terjadi didalam rumah (Sundaru, dalam Ekarini, 2012).

i. *Exercise induced asthma*, mereka yang kambuh asmanya ketika melakukan aktifitas tertentu

Klien yang kambuh asmanya yaitu bisa dikarenakan hal tersebut terjadi ketika melakukan aktivitas/olahraga tertentu. Sebagian besar klien

asma akan mendapat serangan apabila melakukan aktivitas jasmani atau olahraga yang berat. Melakukan kegiatan lari cepat biasanya paling mudah untuk menimbulkan serangan asma. Serangan asma akibat melakukan aktivitas tersebut biasanya terjadi segera setelah selesai dilakukannya aktivitas (Rengganis, 2008).

j. Perubahan cuaca

Cuaca lembab dan hawa pegunungan yang dingin sering mempengaruhi kondisi asma. Atmosfer yang mendadak dingin merupakan faktor pemicu terjadinya serangan asma. Serangan kadang-kadang berhubungan dengan musim, seperti: musim hujan, musim kemarau, musim bunga (serbuk sari beterbangan) (Rengganis, 2008).

2.1.3 Jenis-jenis asma

Menurut Smeltzer (2001), asma sering dicirikan sebagai alergi, idiopatik, non-alergi atau gabungan. Terdapat beberapa jenis asma, yaitu diantaranya sebagai berikut:

a. Asma alergi

Asma *ekstrinsik* atau *alergik* yaitu ditemukan pada sejumlah kecil klien dewasa dan disebabkan oleh adanya alergen yang diketahui (Price, 2005). Asma alergi disebabkan oleh alergen-alergen seperti; serbuk sari, binatang, amarah, makanan dan jamur. Kebanyakan alergen terdapat di udara dan musiman. Klien dengan asma alergi biasanya mempunyai riwayat keluarga yang alergi dan memiliki riwayat medis di masa lalu yaitu ekzema atau

rhinitis alergi. Pemajanan terhadap alergen mencetuskan adanya serangan asma. Anak-anak dengan asma alergi sering dapat mengatasi kondisi sampai remaja.

b. Asma idiopatik atau non-alergik

Asma *intrinsik* atau *idiopatik* ditandai dengan sering tidak ditemukan adanya faktor-faktor pencetus yang jelas (Price, 2005). Asma idiopatik atau non alergi tidak berhubungan dengan alergen spesifik. Adanya faktor-faktor, seperti *common cold*, infeksi traktus respiratorius, latihan, emosi, dan polutan lingkungan dapat mencetuskan serangan. Beberapa agens farmakologi, seperti aspirin dan agens anti inflamasi nonsteroid lain, pewarna rambut, antagonis beta-adenerjik, dan agens sulfat (pengawet makanan), juga memungkinkan untuk menjadi faktor. Asma intrinsik lebih sering timbul ketika sesudah usia 40 tahun dan serangan timbul dapat terjadi sesudah infeksi sinus hidung atau pada percabangan trakeobronkial (Price, 2005). Serangan asma idiopatik atau nonalergik menjadi lebih berat dan sering sejalan dengan berlalunya waktu dan dapat berkembang menjadi bronkitis kronis dan emfisema. Beberapa klien akan mengalami asma gabungan (Smeltzer, 2001).

c. Asma Gabungan

Asma gabungan adalah bentuk asma yang paling umum. Asma pada jenis ini, memiliki karakteristik dari bentuk alergi maupun bentuk idiopatik atau nonalergik (Smeltzer, 2001).

Selain itu juga, terdapat pengklasifikasian asma saat tanpa serangan dan saat serangan (akut) yaitu, diantaranya (Depkes RI, 2009) :

- a. Intermitten (timbul dengan interval atau gejala <1x/minggu)
- b. Persisten ringan (gejala >1x/minggu tetapi <1x/hari)
- c. Persisten sedang (gejala setiap hari)
- d. Persisten berat (gejala terus menerus atau sering kambuh)

Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat Asma Berdasarkan Gambaran Klinis Secara Umum pada Orang Dewasa

| Derajat Asma | Gejala | Gejala Malam | Faal Paru |
|------------------|--|-----------------------|---|
| Intermitten | Bulanan | | APE \geq 80% |
| | - Gejala<1x/minggu - Tanpa gejala diluar serangan - Serangan singkat | \leq 2 kali sebulan | - VEP ₁ \geq 80% nilai prediksi APE \geq 80% nilai terbaik - Variabiliti APE<20% |
| Persisten ringan | Mingguan | | APE>80% |
| | - Gejala>1x/minggu tetapi<1x/hari - Serangan dapat mengganggu aktifitas dan tidur | >2 kali sebulan | - VEP ₁ \geq 80% nilai prediksi APE \geq 80% nilai terbaik - Variabiliti APE 20-30% |
| Persisten sedang | Harian | | APE 60-80% |
| | - Gejala setiap hari - Serangan mengganggu aktifitas dan tidur - Membutuhkan bronkodilator setiap hari | >2 kali sebulan | - VEP ₁ 60-80% nilai prediksi APE 60-80% nilai terbaik - Variabiliti APE>30% |
| Persisten berat | Kontinyu | | APE 60 \leq % |
| | - Gejala terus menerus - Sering kambuh - Aktifiti fisik terbatas | Sering | - VEP ₁ 60% nilai prediksi APE \leq 60% nilai terbaik - Variabiliti APE>30% |

Sumber: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, Asma Pedoman dan Penatalaksanaan di Indonesia, dalam Depkes RI, 2009.

2.1.4 Tanda dan Gejala Asma

Menurut Clark (2013), terdapat beberapa tanda dan gejala berdasarkan keparahan asma:

1. Gejala asma yang sering

- a. Batuk dengan atau tanpa produksi mukus; sering bertambah berat saat malam hari atau dini hari sehingga membuat klien sulit tidur;
- b. Kesulitan bernapas yang bertambah berat dengan olahraga atau aktivitas;
- c. Wheezing (biasanya muncul tiba-tiba, umumnya episodik, dapat hilang dengan sendirinya, bisa bertambah berat saat malam hari atau dini hari, bertambah berat jika bernapas di udara dingin, bertambah berat dengan olahraga, perbaikan dengan penggunaan obat yang tepat).

2. Gejala yang mungkin terkait asma

- a. Pola pernapasan abnormal yang ditandai dengan ekspirasi yang memanjang;
- b. Napas berhenti sementara;
- c. Postur tubuh membungkuk;
- d. Nyeri dada;
- e. Napas cuping hidung;
- f. Dada terasa sesak.

3. Gejala asma berat

- a. Sianosis;
- b. Perubahan kesadaran (seperti mengantuk, bingung) saat serangan asma;
- c. Kesulitan bernapas yang hebat;

- d. Takikardia;
- e. Kegelisahan hebat akibat kesulitan bernapas;
- f. Berkeringat.

2.1.5 Komplikasi

Keparahan pada asma akut dapat mengakibatkan komplikasi seperti fraktur tulang rusuk, pneumothorak, pneumomediastinum, atelektasis, pneumonia dan status asmatikus. Status asmatikus adalah serangan asma yang makin parah dan dapat mengancam hidup, dengan adanya suatu kondisi tersebut memerlukan perawatan karena pasien beresiko mengalami perkembangan kearah kegagalan pernafasan (Lewis *et al*, dalam Ekarini, 2012).

2.1.6 Dampak pada klien asma

Terdapat dampak yang dapat dialami oleh klien asma, yaitu diantaranya sebagai berikut: (Cutetomatto, dalam Utami, 2013)

a. Dampak fisik

Dampak fisik yang cenderung dialami oleh klien yang mengalami asma seperti kesulitan bernafas, bunyi nafas mengikik dan terengah-engah, mudah merasa lelah, kesulitan berbicara ketika serangan asma kambuh, dan kesulitan tidur. Perubahan pada bentuk fisik yaitu seperti terbentuk lingkaran mengelilingi mata, bahu terlihat meninggi, dan gigi bagian atas terlihat menonjol. Kondisi pada klien tersebut akan berpengaruh terhadap menurunnya rasa percaya diri (Cutetomatto, dalam Utami, 2013).

b. Dampak psikologis

Klien yang mengalami asma juga dapat menimbulkan dampak psikologis seperti rasa cemas, depresi, takut, merasa diri berbeda dengan individu lain, merasa tidak berdaya, merasa terkekang dan tidak dapat bebas, terbebani dalam masalah finansial, merasa terikat karena harus rutin minum obat, dan khawatir merepotkan keluarga karena terganggu dengan sesak nafas dan batuk (Cutetomatto, dalam Utami, 2013).

2.1.7 Patofisiologi asma

Asma merupakan suatu penyakit obstruksi jalan napas reversibel (dapat timbul dan hilang) dengan penyempitan saluran napas menyeluruh. Adanya obstruksi disebabkan oleh satu atau lebih dari beberapa hal yang terkait oleh berikut ini: kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronki, yang menyempitkan jalan napas; pembengkakan membran yang melapisi bronki; dan pengisian bronki dengan mukus yang kental. Otot-otot bronkial dan kelenjar mukosa membesar; banyak dihasilkan sputum yang kental dan alveoli menjadi hiperinflasi dengan adanya udara yang terperangkap didalam jaringan paru. Mekanisme yang pasti dari perubahan ini tidak diketahui, akan tetapi yang paling diketahui yaitu adanya keterlibatan sistem imunologis dan sistem saraf otonom (Smeltzer, 2001).

Pencetus serangan asma dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: alergen, virus dan iritan yang dapat menginduksi respon inflamasi akut. Asma dapat terjadi melalui dua jalur yaitu imunologis dan saraf otonom (Rengganis, 2008). Beberapa individu dengan asma mengalami respons imun

yang buruk terhadap lingkungan yang ada. Antibodi yang dihasilkan (IgE) kemudian menyerang sel-sel mast dalam paru. Pemajanan ulang terhadap antigen dapat mengakibatkan adanya ikatan antigen dengan antibodi dan menyebabkan pelepasan produk sel-sel mast yang biasanya disebut mediator yaitu seperti histamin, bradikinin, dan prostaglandin serta anafilaksis dari substansi yang bereaksi lambat. Pelepasan mediator ini dalam jaringan paru mempengaruhi otot polos dan kelenjar jalan napas yang dapat menyebabkan bronkospasme, pembengkakan membran mukosa, dan pembentukan mukus yang sangat banyak (Smeltzer, 2001).

Sistem saraf otonom mempersarafi paru. Tonus otot bronkial diatur oleh impuls saraf vagal melalui sistem parasimpatis. Asma idiopatik atau nonalergi akan mengalami peningkatan pelepasan jumlah asetilkolin ketika ujung saraf pada jalan napas dirangsang oleh faktor seperti infeksi, latihan, dingin, merokok, emosi, dan polutan. Pelepasan asetilkolin ini secara langsung menyebabkan bronkokonstriksi juga merangsang pembentukan mediator kimiawi (Smeltzer, 2001).

2.1.8 Penatalaksanaan Asma

a. Mencegah kekambuhan asma

Cara-cara mencegah asma dapat dilakukan dengan cara melakukan pencegahan sensitisasi alergi yaitu terjadinya atopi, diduga paling relevan pada masa prenatal dan perinatal atau pencegahan terjadinya asma pada individu yang disensitisasi. Mengurangi pajanan klien dengan beberapa faktor dapat

memperbaiki kontrol asma serta keperluan obat seperti menghentikan merokok, menghindari asap rokok, lingkungan kerja, makanan, aditif, obat yang menimbulkan gejala. Akan tetapi, biasanya klien bereaksi terhadap banyak faktor lingkungan sehingga usaha menghindari alergen akan dirasa sulit untuk dilakukan. Hal-hal lain yang seharusnya juga dihindari adalah polutan *indoor* dan *outdoor*, makanan dan aditif, obesitas, emosi-stres dan berbagai faktor lainnya. Selain menghindari pajanan dengan asap rokok baik *in utero* atau setelah lahir, tidak ada intervensi yang dapat mencegah perkembangan asma (Rengganis, 2008).

b. Penatalaksanaan terjadinya serangan asma

Serangan akut merupakan suatu keadaan darurat dan membutuhkan bantuan medis segera. Penanganan harus cepat dan sebaiknya dilakukan di rumah sakit/gawat darurat. Kemampuan klien untuk mendeteksi dini dari adanya perburukan asmanya adalah hal yang penting, agar klien dapat mengobati dirinya sendiri saat serangan di rumah sebelum ke dokter. Dilakukan penilaian berat serangan berdasarkan riwayat serangan, gejala, pemeriksaan fisis dan bila memungkinkan pemeriksaan faal paru, agar dapat diberikan pengobatan yang tepat. Pada prinsipnya tidak diperkenankan dilakukan pemeriksaan faal paru dan laboratorium yang dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengobatan/tindakan. Klien asma kronik diupayakan untuk dapat memahami sistem penanganan asma secara mandiri sehingga dapat mengetahui kondisi kronik dan variasi dari keadaan asma. Anti inflamasi merupakan pengobatan rutin yang bertujuan untuk mengontrol penyakit serta mencegah serangan yang dikenal sebagai pengontrol,

Bronkodilator merupakan pengobatan saat serangan untuk mengatasi eksaserbasi/serangan atau dikenal sebagai pelega (Rengganis, 2008).

Dilakukannya penatalaksanaan asma memiliki tujuan, yaitu (Rengganis, 2008):

- a. Menghilangkan dan mengendalikan gejala asma, agar kualitas hidup meningkat;
- b. Mencegah eksaserbasi akut;
- c. Meningkatkan dan mempertahankan faal paru seoptimal mungkin;
- d. Mempertahankan aktivitas normal termasuk latihan jasmani dan aktivitas lainnya;
- e. Menghindari efek samping obat;
- f. Mencegah terjadinya keterbatasan aliran udara ireversibel;
- g. Meminimalkan kunjungan ke gawat darurat.

2.2 Kekambuhan asma

Risiko berkembangnya asma merupakan interaksi antara faktor pejamu (*host factor*) dan faktor lingkungan. Faktor pejamu disini termasuk predisposisi genetik yang mempengaruhi untuk berkembangnya asma, yaitu genetik asma, alergi (atopi), hipereaktiviti bronkus, jenis kelamin dan ras. Faktor lingkungan mempengaruhi klien dengan kecenderungan/predisposisi asma untuk berkembang menjadi asma, menyebabkan terjadinya eksaserbasi dan atau menyebabkan gejala-gejala asma menetap. Klien asma dapat mengalami serangan asma berulang dengan awitan mendadak dalam waktu beberapa menit atau bertahap dalam waktu

beberapa jam atau hari (Chang, 2009). Kekambuhan (*relapse*) dapat didefinisikan sebagai kondisi pemunculan kembali tanda dan gejala satu penyakit setelah mereda (Fadli dan Mitra, 2012). Penyakit asma tersebut dapat mengalami gejala episodik berulang berupa mengi, batuk, sesak napas dan rasa berat di dada terutama pada malam dan atau dini hari yang umumnya bersifat reversibel baik dengan atau tanpa pengobatan (Depkes RI, 2009).

Penyakit asma tidak dapat disembuhkan, akan tetapi bisa dikontrol dengan menghindari adanya faktor pemicu serta dengan mengkonsumsi obat-obatan yang sesuai (WHO, dalam Lauranita 2011). Menurut Davidson, Neale, dan Kring (dalam Utami, 2013) serangan asma yang dialami oleh klien dapat disebabkan oleh tiga faktor pemicu diantaranya yaitu alergen, infeksi dan psikologis. Kekambuhan asma yang disebabkan oleh alergen terjadi karena sel-sel pada saluran pernafasan sangat sensitif terhadap zat-zat tertentu seperti serbuk sari, bulu, kecoa, polusi dan asap rokok. Berbeda dengan alergen, kekambuhan yang diakibatkan oleh infeksi terjadi karena adanya infeksi pada saluran pernafasan seperti bronkitis akut. Sedangkan faktor pemicu kekambuhan asma yang disebabkan oleh faktor psikologis terjadi ketika individu yang mengalami asma merasa frustrasi, depresi, cemas yang berlebihan, dan tidak dapat menerima keadaan diri.

Dampak psikologis yang ditimbulkan oleh asma dapat memperburuk kondisi individu yang mengalami asma (Utami, 2013). Ketika individu mengalami stres, maka sistem imun mempengaruhi kerja sistem Hipotalamic-Pituitry-Adrenal (HPA). Apabila HPA terangsang, maka terjadi peningkatan

glukokortikoid. Glukokortikoid merupakan hormon yang penting dalam regulasi sistem imun. Terjadinya peningkatan glukokortikoid mengakibatkan terjadi ketidakseimbangan sistem neuroendokrin (hormon) sehingga akan terjadi pergeseran *T-helper cell* (Th) yaitu pergeseran Th-1 ke Th-2. Pergeseran Th-1 ke Th-2 akan menyebabkan hipersensitivitas respon imun terhadap alergen sehingga akan memicu kekambuhan serangan asma (Wardhana, dalam Utami, 2013).

2.3 Konsep Dukungan Keluarga

2.3.1 Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres (Taylor, dalam Yusra, 2011). Dukungan keluarga juga dapat diartikan sebagai adanya dukungan yang mengacu kepada dukungan-dukkungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga, baik dukungan tersebut dapat atau tidak digunakan. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap untuk memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung. Dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti yaitu dalam jaringan kerja sosial keluarga. Baik keluarga inti maupun keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota-anggotanya (Friedman, 1998).

2.3.2 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998), terdapat 4 jenis dukungan keluarga, yaitu diantaranya:

a. Dukungan instrumental

Dukungan ini berupa bantuan yang bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitas berkaitan dengan masalah-masalah yang dihadapinya yaitu seperti dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi anggota keluarga yang sakit dan menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan, dll (Setiadi, 2008). Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.

b. Dukungan informasional

Dukungan ini berupa bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapin yaitu meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin juga menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama (Setiadi, 2008). Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar informasi).

c. Dukungan penilaian (*appraisal*)

Dukungan ini berbentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain sesuai kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Kaitannya dengan dukungan sosial keluarga, maka penilaian yang positif

yang akan sangat membantu (Setiadi, 2008). Keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.

d. Dukungan emosional

Dukungan ini melibatkan ekspresi (salah satu bahasa non verbal yang digunakan sebagai suatu pengungkapan emosi), rasa empati (kemampuan untuk merasakan apa yang dirasakan oleh seseorang secara mendalam) dan perhatian (suatu sikap kepedulian yang ditunjukkan oleh seseorang) terhadap seseorang sehingga dapat membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya serta dapat merasa dimiliki dan dicintai pada saat stres (Sarafino, Hensarlin, dalam Yusra, 2011). Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri, akan tetapi ia merasa bahwa masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati (perasaan yang seolah-olah dapat merasakan keadaan orang lain), empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang ia hadapi (Setiadi, 2008). Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi (Sarafino, Hensarlin, dalam Yusra, 2011). Selain itu juga, dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga seperti rasa empati, selalu ada mendampingi individu ketika mengalami permasalahan, dan keluarga menyediakan suasana yang hangat di keluarga dapat membuat individu merasa diperhatikan, nyaman, diperdulikan dan dicintai oleh

keluarga sehingga individu akan lebih mampu menghadapi masalah dengan lebih baik (Johnson, dalam Ermayanti dan Abdullah, 2006).

2.3.3 Faktor hubungan sebab-akibat keluarga dan penyakit

Keluarga dapat menjadi sumber penyakit diantara anggota keluarganya. Hal tersebut dapat dikarenakan oleh adanya ketidakteraturan dalam keluarga yang sering kali dapat berakibat negatif pada kesehatan anggota keluarganya. Berbagai masalah kesehatan tersebut sering terjadi pada keluarga yang bermasalah. Diantaranya dapat disebabkan oleh faktor-faktor sebagai berikut (Friedman, 2010):

a. Hubungan pernikahan

Pernikahan dapat digambarkan dengan terbentuknya pasangan yang menandakan permulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai ke hubungan intim yang baru (Friedman, 2010). Adanya suatu hubungan dalam sebuah pernikahan akan melalui masa-masa sulit serta mengalami masalah dan konflik dalam hubungan antar pribadi yang dapat disebabkan oleh adanya perbedaan pendapat, kepribadian, tujuan masa depan, perubahan keadaan keluarga (misalnya bayi yang baru, anak-anak menjadi remaja, pemisahan/perceraian, keluarga pencampuran), perubahan dalam keadaan hidup (misalnya pensiun, penuaan, gangguan kesehatan, pengangguran, pindah rumah, tunawisma), masalah keuangan, kurangnya kepercayaan atau hormat dalam hubungan, kesehatan fisik (misalnya sakit, nyeri kronis) (Lifeline, 2010). Menurut

sebuah penelitian, California Health Project, jenis hubungan pernikahan pasangan dapat mempengaruhi status kesehatan keluarga (Fisher dan Ransom, dalam Friedman, 2010). Para peneliti ini menemukan bahwa suami istri yang berasal dari keluarga yang seimbang dan tradisional memiliki nilai kesehatan yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan pasangan menikah yang berasal dari keluarga yang bercerai dan mengalami ketegangan emosional.

b. Kedudukan sebagai orang tua

Tentunya dalam kedudukan sebagai orang tua memiliki peran yaitu pada ayah memiliki peran sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pendidik, pelindung atau pengayom, pemberi rasa aman, dan sebagai anggota masyarakat kelompok sosial. Sedangkan, ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak-anak, pelindung keluarga. Selain itu juga, dalam peran menjadi orang tua dapat merasakan adanya tekanan kuat dari komunitas luar yaitu melalui sistem sekolah dan asosiasi diluar keluarga lainnya untuk menyesuaikan diri dengan standar komunitas untuk anak (Friedman, 2010). Seringkali, dalam menjalankan peran sebagai orang tua tersebut sering ditemukan adanya ketidakseimbangan karena banyak perubahan yang dialami sehingga dapat menyebabkan krisis keluarga (Clark *et al*, dalam Friedman, 2010). Adanya krisis keluarga tersebut dapat menyebabkan perasaan tidak memadai menjadi orang tua dan menyebabkan gangguan dalam hubungan suatu pernikahan (Friedman, 2010).

c. Sistem dukungan sosial keluarga

Keluarga memiliki fungsi sebagai pendukung terhadap anggota keluarga lain yang selalu siap memberikan bantuan pada saat diperlukan. Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Sifat, jenis dan sumber dukungan berbeda-beda dalam berbagai tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, dalam Purnama, 2013). Keluarga akan saling memberikan dukungan, baik fisik, emosi dan ekonomi. Dukungan keluarga terdiri dari 4 jenis dukungan yaitu dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan penilaian (*appraisal*), dukungan emosional (Friedman, 1998). Keluarga yang harmonis akan memberikan dampak positif dalam keluarga tanpa konflik atau dinamika (Olson dan De Frain, dalam Hidayati, 2011). Dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga, yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan dan efek utama, yaitu dukungan keluarga yang secara langsung mempengaruhi peningkatan kesehatan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit (Friedman, dalam Purnama, 2013). Orang yang hidup dalam lingkungan yang bersikap supportif, kondisinya jauh lebih baik dari pada mereka yang tidak memilikinya (Friedman, dalam Wijayanto, 2008).

2.4 Konsep ekspresi emosi keluarga

2.4.1 Pengertian ekspresi emosi keluarga

Emosi merupakan suatu keadaan di mana terdapat perasaan yang khas melibatkan kombinasi antara gejala psikologis dan perilaku yang ditampakan oleh seseorang (Rahayu, 2012). Dasar perwujudan dari emosi tersebut yaitu dapat diwujudkan dalam bentuk fisiologis, perilaku ekspresif, dan pengalaman (Myers, dalam Saam dan Wahyuni, 2013). Emosi akan membentuk suatu perilaku sebagai wujud dari ekspresi pengungkapannya dalam berkomunikasi dengan lingkungan (Rahayu, 2012). Ekspresi merupakan salah satu bahasa non verbal yang digunakan sebagai suatu pengungkapan emosi dengan memperlihatkan maksud, gagasan dan perasaan (KBBI, 2015).

Ekspresi emosi keluarga dapat diartikan sebagai suatu ukuran jumlah emosi yang ditunjukkan, umumnya terkait dengan adanya aturan dalam keluarga, biasanya oleh seorang anggota keluarga atau pengasuh (Laghezza, L. *et al*, 2010). Hertinjung dan Partini (2010) menyebutkan bahwa ekspresi emosi berkaitan dengan bagaimana cara anggota keluarga berbicara mengenai individu atau seseorang. Ekspresi emosi dapat diukur dengan cara menilai adanya unsur yaitu kekerasan (*hostility*), kehangatan, dan komentar positif. Jadi, dapat diartikan bahwa keluarga yang mengungkapkan emosi dalam cara yang berlebihan dan tidak memadai relatif dapat menghasilkan stres pada klien dan ini tidak mendukung penyesuaian dan pemulihan kemampuan klien. Ekspresi emosi keluarga yang tinggi mengarah pada peluang munculnya kekambuhan (Laghezza, L. *et al*, 2010). Butzlaff dan Hooley serta Coiro dan Gottesman (dalam Hertinjung

dan Partini, 2010) mengatakan bahwa ekspresi emosi yang tinggi merupakan refleksi sikap negatif berperan sebagai *stressor* yang dapat meningkatkan kerentanan dan kekambuhan pada seseorang. Ekspresi yang tinggi tersebut berupa menunjukkan sikap yang penuh dengan kritik dan kebencian.

2.4.2 Bentuk ekspresi emosi

a. Bentuk nonverbal

Pengaruh dari sistem limbik khususnya pada area asosiasi limbik berkaitan erat dengan ekspresi yang akan dikeluarkan oleh individu dalam bentuk nonverbal. Interpretasi komunikasi nonverbal harus dalam konteks yang utuh sehingga interpretasi tidak boleh terpisah-pisah. Jika mampu menginterpretasikan tanda nonverbal maka akan menurunkan kemungkinan kesalahan pengertian. Kesalahan interpretasi mungkin saja terjadi, adanya hal tersebut dapat dikarenakan pengetahuan tentang variasi komunikasi nonverbal dan efeknya dalam interaksi sosial dapat mempengaruhi kemampuan dalam penyampaian maupun mengartikan komunikasi nonverbal (Niven, dalam Widyastuti, 2011).

Mulyana (2007) menemukan bahwa bahasa nonverbal terbagi dalam beberapa bagian yaitu sebagai berikut:

1) Bahasa tubuh

Setiap anggota tubuh seperti wajah termasuk senyuman dan pandangan mata, tangan, kepala, kaki dan bahkan tubuh secara keseluruhan bisa digunakan sebagai bahasa simbolik. Bentuk tersebut antara lain dapat berupa isyarat tangan, gerakan kepala, postur tubuh dan posisi kaki,

ekspresi wajah dan tatapan mata. Ekspresi wajah merupakan bagian dari perilaku nonverbal utama yang dapat mengekspresikan keadaan emosional seseorang. Beberapa keadaan emosional bisa dikomunikasikan melalui ekspresi wajah, dan bisa dipahami secara universal seperti misalnya kebahagiaan, keterkejutan, ketakutan, kemarahan, ke jijikan, kesedihan, dan minat. Namun, beberapa makna ekspresi wajah yang ada dipengaruhi oleh budaya, sebagai contohnya senyuman pada laki-laki merupakan perasaan positif, sedangkan senyuman pada wanita menunjukkan keramahan.

2) Sentuhan

Terdapat lima kategori sentuhan yang merupakan suatu rentang dari yang sangat impresional hingga yang sangat personal, antara lain:

a) Fungsional profesional

Merupakan sentuhan yang berorientasi bisnis dan bersifat dingin.

Misalnya: pelayan toko yang membantu pelanggan.

b) Sosial-sopan

Perilaku dalam situasi ini membangun dan memperteguh pengharapan, aturan, dan praktik sosial yang berlaku. Misalnya: jabatan tangan.

c) Persahabatan-kehangatan

Meliputi setiap sentuhan yang menandakan hubungan yang akrab.

Misalnya: dua orang yang saling merangkul setelah lama berpisah.

d) Cinta-keintiman

Merujuk pada sentuhan yang menyatakan keterikatan emosional atau ketertarikan. Misalnya: mencium pipi orang tua dengan lembut.

e) Rangsangan seksual

Berkaitan erat dengan kategori sebelumnya hanya saja motifnya bersifat seksual. Rangsangan seksual tidak otomatis bermakna cinta atau keintiman.

3) Ekspresi vokal

Ekspresi vokal adalah aspek-aspek suara selain ucapan yang dapat dipahami, misalnya kecepatan berbicara, nada tinggi atau rendah, intensitas volume suara, intonasi, kualitas vokal (kejelasan), warna suara, dialek, suara serak, suara sengau, suara terputus-putus, suara gemetar, siulan, tawa, erangan, tangis, gerutuan, gumaman, desahan, dan sebagainya. Setiap karakteristik suara mengkomunikasikan emosi dan pikiran. Misalnya: seseorang yang marah, maka nada suaranya akan meninggi, sedangkan suara sedih akan memiliki vokal yang terbata-bata.

4) Perubahan fisiologis

Setiap individu merasakan emosi dan dari adanya hal tersebut akan terdapat perubahan fisiologis yang mengiringi, baik yang bisa dirasakan ataupun tidak dirasakan. Perubahan fisiologis yang sebenarnya mudah untuk diketahui yaitu pada perubahan detak jantung, pergerakan tangan (gemetar), otot-otot yang menegang, keseimbangan cairan tubuh dan frekuensi nafas.

b. Bentuk verbal

Melalui bahasa, seseorang akan mengkomunikasikan dan menginterpretasikan kata secara verbal sehingga bahasa dapat didefinisikan

sebagai sebuah seperangkat kata yang telah disusun secara berstruktur sehingga menjadi himpunan kalimat yang mengandung arti (Cangara, dalam Nasir, A. *et al*, 2009). Sampai pada tahap untuk diinterpretasikan dalam sebuah kata, komunikasi verbal membutuhkan keterampilan kognitif dalam mengolah sebuah stimulus agar stimulus tersebut mampu dipersepsikan dan ditampilkan dalam bentuk sebuah perasaan, ide, keinginan untuk menguraikan sebuah stimulus, ataupun sampai pada tahap mengingat kembali yang diinterpretasikan dalam arti yang sesungguhnya. Hal ini karena kata-kata melambangkan sebuah simbol yang memiliki sebuah arti. Kata-kata adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan, membangkitkan respons emosional, menguraikan obyek, observasi, dan ingatan (Stuart, G.W, dalam Nasir, A. *et al*, 2009).

2.4.3 Unsur ekspresi emosi

Ekspresi emosi dapat diklasifikasikan berdasarkan kritik (*critical coments*), keterlibatan emosi berlebihan (*emotional over involvement*), kekerasan (*hostility*), kehangatan (*warmth*) dan komentar yang positif (*positive remarks*) (Kotrotsiou *et al*, 2001). Adanya hal tersebut terdapat skala ekspresi emosi meliputi (McDonagh, 2005 dan Nurtantri, 2005):

a. Kekerasan (*hostility*)

Digambarkan sebagai sikap bermusuhan yang diekspresikan keluarga terhadap klien. Kekerasan muncul apabila klien diserang dalam keadaan penyakitnya bukan karena apa yang klien lakukan. Menurut persepsi anggota keluarga,

klien sebagai orang yang mengendalikan penyakitnya. Keluarga menilai klien egois karena memilih tidak mau menjadi lebih baik karena penyakit adalah konflik internal klien. Klien bertanggung jawab atas apa pun peristiwa negatif yang terjadi di dalam keluarga dan terus disalahkan untuk masalah-masalah keluarga.

b. Kritik (*criticalness*)

Adanya kritik tersebut didasari oleh intonasi suara. Kata-kata yang menyatakan kritik apabila keluarga tidak menyukai, tidak menyetujui atau dapat ditunjukkan dengan sikap/perilaku yang menampakkan kemarahan (Nurtantri, 2005). Ekspresi emosi dari saudara kandung dan orang tua merupakan penyebab dari bertambahnya masalah klien. Orang tua yang kritis lebih mempengaruhi adanya gangguan pada anaknya. Salah satu contoh dari ungkapan mengkritik yang dilontarkan oleh keluarga adalah “Dia mengganggu saya” atau “Saya tidak menyukainya”. Aspek vokal untuk mengidentifikasi kritik dinilai dari nada bicara yang tinggi, cara bicara cepat, terdapat perubahan suara dan kekerasan suara (Nurtantri, 2005).

c. Keterlibatan emosi yang berlebihan (*Emotional over involvement*)

Kondisi dimana terdapat respons emosi yang berlebihan terhadap penyakit klien, ditandai dengan pengorbanan diri yang tidak biasa dan perilaku sayang/setia yang berlebihan atau memberikan perlindungan yang sangat berlebihan (Nurtantri, 2005). Anggota keluarga menyalahkan diri sendiri atas segala sesuatu dan bukan menyalahkan klien, keluarga berpendapat bahwa penyakit klien diluar kendalinya. Keluarga terlalu melibatkan diri secara

emosional karena rasa belas kasihan berlebihan. *Emotionally over-involvement* kelihatannya berbeda dengan sikap *hostile* dan *critical*, tapi mempunyai efek negatif yang sama. Klien merasa terjebak karena merasa tidak dapat melakukan apapun secara mandiri.

d. Komentar yang positif (*positive remarks*)

Anggota keluarga menunjukkan pujian, persetujuan atau apresiasi pada perilaku klien atau kepribadiannya.

e. Kehangatan (*warmth*)

Kehangatan diukur berdasarkan nada suara yang menunjukkan simpati, kepedulian, dan empati oleh anggota keluarga.

2.4.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi ekspresi emosi keluarga

a. Faktor biologis

Menurut Baihaqi *et al.* (dalam Widyastuti, 2011) faktor biologis adalah berbagai keadaan biologis atau jasmani yang dapat menghambat perkembangan maupun fungsi individu dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini meliputi cacat genetik atau kelainan gen (seperti sindroma down, sindroma turner, dan retardasi mental), fisik atau bangun tubuh baik yang diturunkan (genetik), maupun yang didapat (perwatakan, jenis kelamin, fungsi kelenjar, syaraf, dan jenis darah), kehilangan fisik baik yang dibawa sejak lahir maupun yang didapat, proses emosi yang berlebihan, serta patologi otak (trauma, lesi, infeksi, perdarahan, tumor, toksin, gangguan metabolisme dan atrofi otak).

b. Faktor psikologis

Ekspresi emosi keluarga bergantung pada status mental, emosional atau kejiwaan anggota keluarga yang bersangkutan. Hal ini bisa disebabkan karena kesalahan dalam pola pengasuhan, hubungan yang patologis antar anggota keluarga, dipengaruhi oleh jenis kelamin penderita, tingkat ketergantungan dan fungsi klien dalam keluarga. Adanya hal tersebut dapat menimbulkan kejadian yang menimbulkan stres dan kesulitan-kesulitan yang dihadapi keluarga sehingga yang dirasakan frustrasi, konflik dan tekanan krisis (Widyastuti, 2011).

c. Faktor sosial dan budaya

Faktor sosial meliputi keadaan objektif dalam masyarakat atau tuntutan dari masyarakat yang dapat berakibat timbulnya tekanan pada individu dan selanjutnya menimbulkan berbagai bentuk gangguan (Widyastuti, 2011). Pada dasarnya, ekspresi emosi berbentuk nonverbal ditunjukkan oleh keluarga dipengaruhi oleh kebudayaan. Budaya adalah semua perilaku, nilai, keyakinan, dan adat istiadat yang dipelajari secara sosial yang diturunkan kepada setiap generasi oleh individu. Hal ini dikarenakan aturan tentang cara komunikasi muncul dari pola sosial suatu budaya (videbeck, 2008). Ragam budaya berpengaruh pada 5 skala penilaian ekspresi emosi dalam keluarga (Nurtantri, 2005). Contohnya adalah reaksi emosional masyarakat di kawasan Asia menunjukkan prevalensi yang lebih rendah dibandingkan Denmark dan Inggris (Wig dalam Nurtantri, 2005). Terdapat hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2005) yaitu bahwa terdapat perbedaan ekspresi emosi marah pada orang Batak dan orang Jawa, dimana hasilnya menunjukkan bahwa orang Batak mempunyai kecenderungan

untuk lebih sering merasakan emosi marah tanpa ada stimulus tertentu dibandingkan dengan orang Jawa, dan sulit untuk memendam rasa marahnya tersebut. Stereotype (dugaan) bahwa orang Batak lebih ekspresif menunjukkan rasa marahnya terbukti benar (Dewi dalam Suciati, 2014). Hal tersebut disebabkan karena setiap budaya memiliki norma-norma yang berbeda maka makna dan pengekspresian emosi juga akan berbeda pula pada masing-masing budaya (Suciati, 2014).

2.5 Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga

Menurut Butzlaff *et al*, (dalam Hertinjung dan Partini, 2010) mengatakan bahwa ekspresi emosi yang tinggi merupakan refleksi sikap negatif berperan sebagai *stressor* yang dapat meningkatkan kerentanan dan kekambuhan pada seseorang. Sementara itu, Hasanat (dalam Hertinjung dan Partini, 2010) berpendapat bahwa ekspresi emosi merupakan indeks keseluruhan emosi, sikap dan perilaku yang diekspresikan dalam keluarga. Menurut Hertinjung dan Partini (2010) ekspresi emosi berkaitan dengan bagaimana cara anggota keluarga berbicara mengenai individu atau seseorang. Menurut Weisman *et al*, (dalam Hertinjung dan Partini, 2010), emosi pada pengekspresiannya dibedakan menjadi dua kategori yaitu *high* ekspresi emosi dan *low* ekspresi emosi. *High* ekspresi emosi diartikan bahwa merefleksikan ekspresi emosi dengan tinggi adalah ekspresi negatif. Ekspresi yang tinggi tersebut berupa menunjukkan sikap yang penuh dengan kritik dan kebencian. Ekspresi emosi tinggi seringkali mengakibatkan resiko kekambuhan karena kritik verbal agresif yang muncul

tersebut. *Low* ekspresi emosi berarti ekspresi emosi yang rendah yakni dengan menunjukkan sikap yang lebih menghindari sebuah kritikan dan mampu menerima anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan (Weisman, *et al*, dalam Hertinjung dan Partini, 2010).

2.6 Hubungan Dukungan Emosional Keluarga: Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga dengan Kekambuhan pada Klien Asma

Risiko berkembangnya asma merupakan interaksi antara faktor pejamu (*host factor*) dan faktor lingkungan. Faktor pejamu disini termasuk predisposisi genetik yang mempengaruhi untuk berkembangnya asma, yaitu genetik asma, alergi (atopi), hipereaktiviti bronkus, jenis kelamin dan ras. Faktor lingkungan mempengaruhi klien dengan kecenderungan/predisposisi asma untuk berkembang menjadi asma, menyebabkan terjadinya eksaserbasi dan atau menyebabkan gejala-gejala asma menetap. Klien asma dapat mengalami serangan asma berulang dengan awitan mendadak dalam waktu beberapa menit atau bertahap dalam waktu beberapa jam atau hari (Chang, 2009). Kekambuhan (*relapse*) dapat didefinisikan sebagai kondisi pemunculan kembali tanda dan gejala satu penyakit setelah mereda (Fadli dan Mitra, 2012). Terdapat derajat kekambuhan asma yaitu intermitten, persisten ringan, persisten sedang, persisten berat (Depkes RI, 2009).

Selama ini, serangan asma seringkali terjadi pada individu yang tidak dapat menghindari kontak dengan faktor pemicu asma. Salah satu faktor yang memicu timbulnya asma yaitu faktor psikologis (stres emosional) (Ekarini, 2012). Peran keluarga sangat penting untuk setiap aspek perawatan anggota keluarga,

terutama pada kuratif (pengobatan). Apabila ada anggota keluarga yang sakit, keluarga tentunya juga akan memperhatikan kondisi anggota keluarganya yang mengalami sakit secara total, menilai, dan memberikan perawatan yang dibutuhkan untuk mencapai suatu keadaan sehat hingga mencapai tingkat optimum (Moksin, 2008). Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit (Pratt, dalam Friedman, 1998). Kehadiran orang terdekat yaitu keluarga sangat dibutuhkan untuk memberikan dukungan (Irwanto dalam Pangastiti, 2011). Dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga dapat berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental atau alat, dan dukungan informatif (Adicondro dan Purnamasari, 2011). Individu yang mengalami penyakit kronis, dukungan emosional yang diterima yaitu melalui perhatian dapat membantu untuk membuat kondisi individu menjadi lebih baik dengan memulihkan kondisi individu tersebut. Selain itu juga, pada individu yang merasa senang maka akan dapat menurunkan tingkat stres individu (Komalasari, 2006). Dukungan emosional tersebut melibatkan ekspresi, rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya menjadi lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stres (Sarafino, Hensarling, dalam Yusra, 2011).

Beberapa kasus penyakit yang berkepanjangan, seringkali keluarga harus membuat pola fungsi yang baru. Dimana, hal tersebut merupakan suatu perubahan yang dapat menimbulkan stres emosional pula bagi keluarga (Potter, 2005). Menurut Barrowclough, (dalam Nurtantri, 2005) mengemukakan bahwa

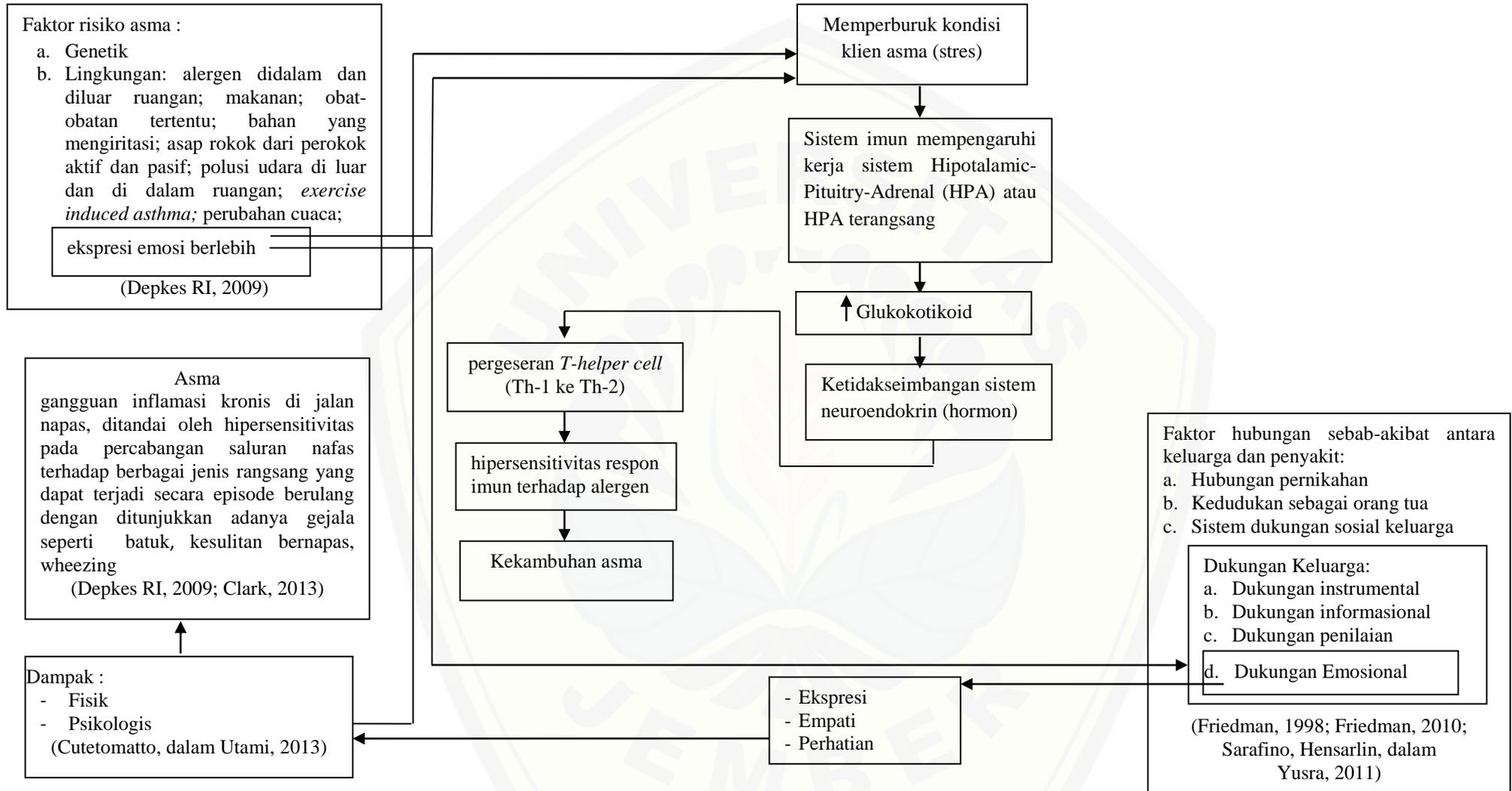
keterlibatan peran keluarga, pemahaman mereka tentang masalah yang dihadapi dan tingkat kemampuan klien menyadari perilakunya dapat berkaitan erat dengan tingkat ekspresi emosi maupun tingkat distress anggota keluarga tersebut.

Ekspresi emosi (EE) merupakan kesatuan dari emosi, sikap dan perilaku yang diekspresikan oleh keluarga terhadap klien (Nurtantri, 2005). Ekspresi emosi merupakan alat ukur situasi emosi dalam lingkungan keluarga (Vaughn, dalam Nurtantri, 2005). Klien dengan lingkungan keluarga yang memiliki ekspresi emosi tinggi mempunyai risiko kekambuhan lebih besar dibandingkan dengan lingkungan keluarga yang ekspresi emosinya rendah (Nurtantri, 2005). Salah satunya penyebab kekambuhan asma dari lingkungan yaitu ekspresi emosi berlebih (Rengganis, 2008). Ekspresi emosi keluarga dapat disebabkan karena adanya peran dan keterlibatan keluarga terkait kondisi klien. Selain itu, Ekspresi emosi keluarga juga dapat disebabkan oleh adanya pengaruh dari faktor-faktor seperti faktor biologis, psikologis dan sosial budaya (Widyastuti, 2011). Ekspresi yang tinggi tersebut berupa menunjukkan sikap yang penuh dengan kritik dan kebencian. Ekspresi emosi tinggi seringkali mengakibatkan resiko kekambuhan karena kritik verbal agresif yang muncul tersebut (Weisman, Nuechlerlein, Goldstein, dan Snyder, dalam McDonagh, 2005). Butzlaff dan Hooley serta Coiro dan Gottesman (dalam Hertinjung dan Partini, 2010) mengatakan bahwa ekspresi emosi yang tinggi merupakan refleksi sikap negatif berperan sebagai *stressor* yang dapat meningkatkan kerentanan dan kekambuhan pada seseorang (Hertinjung dan Partini, 2010). Dimana, kondisi stres tersebut merupakan suatu

reaksi tubuh dan psikis dari adanya tekanan yang dapat berasal dari lingkungan yang dialami oleh seseorang (Saam dan Wahyuni, 2013).

Saat individu mengalami stres, maka sistem imun mempengaruhi kerja sistem Hipotalamic-Pituitry-Adrenal (HPA). Apabila HPA terangsang, maka terjadi peningkatan glukokortikoid. Glukokortikoid merupakan hormon yang penting dalam regulasi sistem imun. Terjadinya peningkatan glukokortikoid mengakibatkan terjadi ketidakseimbangan sistem neuroendokrin (hormon) sehingga akan terjadi pergeseran *T-helper cell* (Th) yaitu pergeseran Th-1 ke Th-2. Pergeseran Th-1 ke Th-2 akan menyebabkan hipersensitivitas respon imun terhadap alergen sehingga akan memicu kekambuhan serangan asma (Wardhana, dalam Utami, 2013).

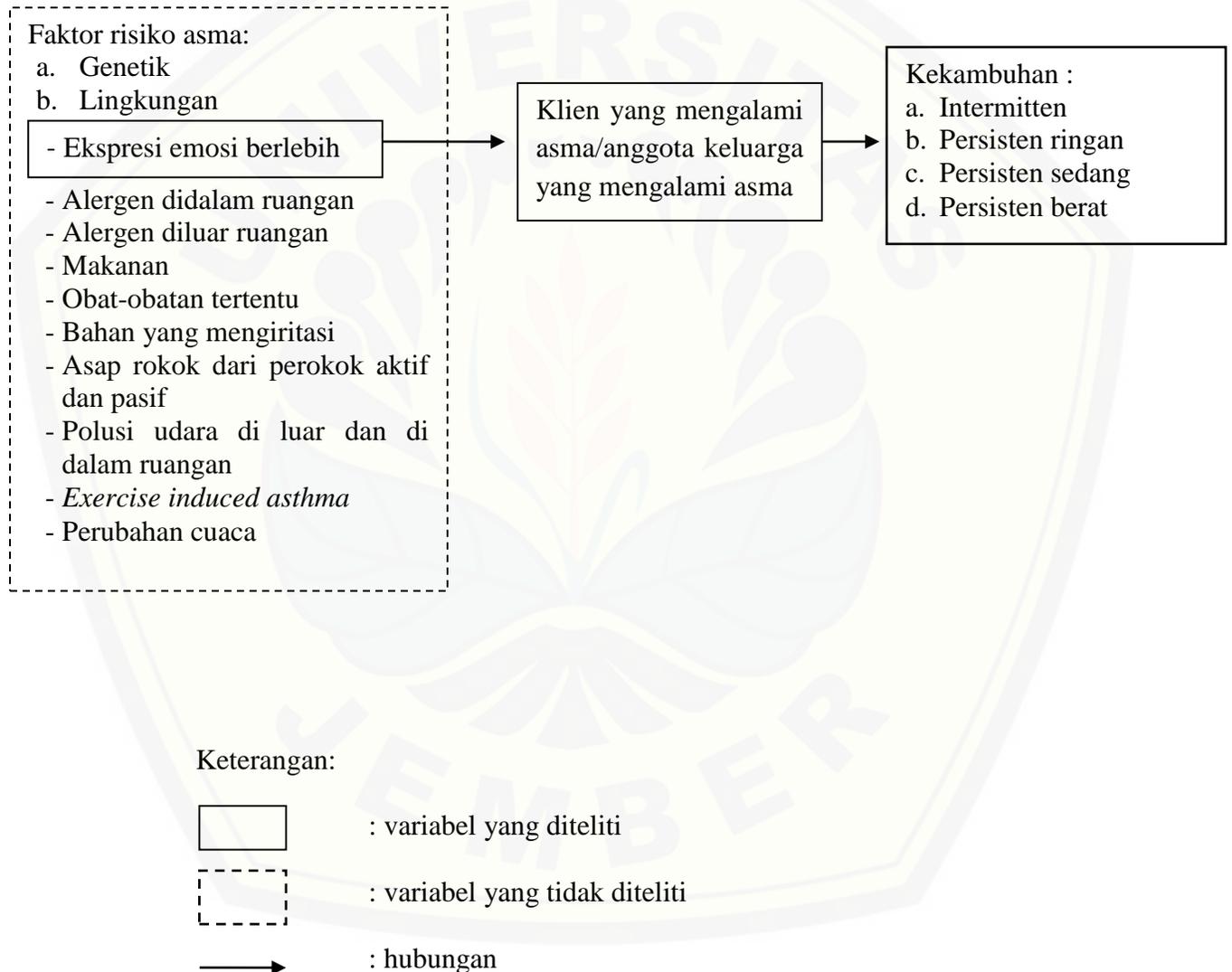
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian