



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn. I DAN Tn. S YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI ASMA DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN
2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh:

**Bagas Dwi Mawarna
NIM 142303101019**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn. I DAN Tn. S YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI ASMA DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN
2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun guna melengkap tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Diplomat III Keperawatan (D3) dan Mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh:

Bagas Dwi Mawarna

NIM 142303101019

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Ibunda Siti Fatimah dan ayahanda Suwarno yang tercinta yang telah memberi dukungan, baik dukungan berupa doa, motivasi, serta dukungan moral dan non moral yang luar biasa bagi penulis selama menjalankan program studi
2. Seluruh staff, dosen pembimbing, dan civitas akademik yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motivasi selama menjalani proses pendidikan.
3. Almamater D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memfasilitasi saya selama menjalani proses pendidikan.
4. Teman – teman seperjuangan dan sahabat-sahabat tercinta yang memberi dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan tugas program studi dengan baik.

MOTO

“proses sama pentingnya dibanding hasil. Hasilnya nihil tak apa, yang penting sebuah proses telah dicanangkan dan dilaksanakan”

(sujiwo tejo)

“Barangsiapa bertakwa kepada Allah, maka Allah memberikan jalan keluar kepadanya dan memberi rezeki dari arah yang tidak disangka-sangka. Barangsiapa bertawakkal pada Allah, maka Allah jadikan urusannya menjadi mudah”

(terjemahan QS. At-Talaq ayat 2 dan 3)**)

<https://jagakata.com/kata-bijak/dari-sujiwo-tejo.html>

***)Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit Diponegoro

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Bagas Dwi Mawarna

NIM : 142303101019

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Laporan Tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. I dan Tn. S Yang Anggota Kelurganya Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrnan Lumajang 2019” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 12 Juli 2019

Yang menyatakan

Bagas Dwi Mawarna
NIM 142303101019

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn. I DAN Tn. S YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI ASMA DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
POLA NAFAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN
2019**

Oleh

**Bagas Dwi Mawarna
NIM 142303101019**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep.

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir Yang Berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. I dan Tn. S Yang Anggota Kelurganya Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang 2019” Telah Disetujui Pada:

hari, tanggal : Jumat, 12 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing

R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP 760017249

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. I dan Tn. S Yang Anggota Kelarganya Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang 2019” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 17 Juli 2019

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,

Dr. Suhari, A.Per.Pen., M.M.
NRP 196303021986031023

Penguji I,

Penguji II,

Syaifuddin K., S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP 760017253

R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP 760017249

Mengesahkan
Koordinator Program Studi D3 Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang,

Nurul Hayati, S.Kep., Ners., M.M.
NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. I dan Tn. S Yang Anggota Keluarganya Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang 2019, Bagas Dwi Mawarna, 142303101019, 2019, 81 halaman, Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Asma merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia, baik di negara maju maupun di negara-negara sedang berkembang. Asma biasanya dikenal sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan adanya *wheezing* (mengi) yang timbul sebagai respon akibat paparan terhadap suatu zat iritan dan atau allergen. Asma juga berhubungan faktor genetik, Jika orang tua merupakan penderita asma, maka dapat dipastikan akan melahirkan anak-anak yang asma. Akan tetapi, tidak menutup kemungkinan kedua orang tua yang fenotipenya normal juga bisa melahirkan anak yang asma (Clark, 2013). Salah satu masalah yang terjadi ketika asma kambuh karena asma merupakan penyakit yang menahun adalah pola nafas yang Inefektif. Dalam pelayanan keperawatan, perawat mempunyai peranan sebagai tenaga profesional yaitu bertindak memberikan asuhan keperawatan, penyuluhan kesehatan kepada penderita dan keluarga, memberikan informasi tentang pengertian, tanda dan gejala, serta mencegah secara mandiri maupun secara kolaboratif dengan berbagai pihak (Sundaru & Heru, 2008). Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Keluarga juga harus mampu melakukan tugas kesehatan keluarga (Harmoko, 2012).

Penulisan laporan tugas akhir ini menggunakan desain laporan kasus yang menggunakan teknik pengumpulan data yang dilakukan pada kedua keluarga pasien asma dengan diagnosa keperawatan gangguan pola nafas inefektif. Tujuan laporan kasus ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga pada Ny. I dan Ny. S dengan masalah keperawatan gangguan pola nafas inefektif di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman tahun 2019, pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara, observasi, terhadap keluarga pasien asma, pemeriksaan fisik dan dokumentasi

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien asma didapatkan batasan karakteristik wheezing, sesak nafas, bernafas dengan cepat, gelisah, lemas. Intervensi yang diberikan kepada kedua keluarga pasien yaitu, memberikan pendidikan kesehatan mengenai asma, kolaborasi dengan pelayanan kesehatan setempat, menganjurkan kepada keluarga untuk

menjauhkan pasien dari hal-hal yang bisa memicu kambuhnya asma, serta menganjurkan kepada keluarga pasien untuk selalu rutin control ke pelayanan kesehatan.

Rekomendasi untuk penulis selanjutnya mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga mengenai asma , kolaborasi dengan pelayanan setempat . yaitu dengan mendiskusikan dengan keluarga penyebab asma , melatih secara mandiri cara mengatasi asma dengan cara nafas dalam dan mengatur posisi, serta menganjurkan untuk selalu rutin control ke pelayanan kesehatan setempat.



SUMMARY

Family Nursing Care for Mr. I and Mr. S Which Member of the Family Experienced Asthma With a Nursing Problems Ineffectiveness of Breath Pattern in the Work Area of Rogotrunan Lumajang Health Center 2019,

Bagas Dwi Mawarna, 142303101019, 2019, 81 pages, Faculty of Nursing, University of Jember Lumajang Campus.

Asthma is a health problem throughout the world, both in developed countries and in developing countries. Asthma is commonly known as a disease characterized by wheezing that arises in response to exposure to an irritant or allergen. Asthma is also related to genetic factors, if parents are asthma sufferers, it can be sure to give birth to children who have asthma. However, it is possible that both parents with normal phenotypes can give birth to asthmatic children (Clark, 2013). One of the problems that occurs when asthma relapsed because asthma is a chronic disease is an ineffective breathing pattern. In nursing services, nurses have a role as professional personnel, namely acting to provide nursing care, health education to sufferers and families, provide information about understanding, signs and symptoms, and prevent independently or collaboratively with various parties (Sundaru & Heru, 2008). The family's ability to provide nursing care will influence family behavior in resolving family health problems. Families must also be able to do family health tasks (Harmoko, 2012).

Writing this final project report uses a case report design that uses data collection techniques performed on both families of asthmatic patients with nursing diagnoses of ineffective breathing patterns. The purpose of this case report is to explore family nursing care for Mrs. I and Ny. S with ineffective nursing problems in the working area of Rogotrunan Health Center in 2019, data collection was done by conducting interviews, observations, on the families of patients with asthma, physical examination and documentation

Based on the results of the assessment carried out on both asthma patients, they got the limitation of the characteristics of wheezing, shortness of breath, breathing fast, restlessness, weakness. the intervention given by the two families of patients, providing health education regarding asthma, collaboration with local health

services, advocating for families to keep patients away from things that can trigger recurrence of asthma, and recommending the patient's family to always routinely control health services.

Recommendations for writers are then able to provide health education to families regarding asthma, collaboration with local services. that is by discussing with the family that causes asthma, training independently how to overcome asthma by breathing in and regulating the position, and recommending routine control to local health services.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. I dan Tn. S Yang Anggota Kelurganya Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang 2019” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan tugas akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember;
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ibu Nurul Hayati., S.Kep., Ners., M.M., selaku Koordinator Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
4. Bapak Dr. Suhari., A.Per.Pen., M.M., selaku ketua penguji;
5. Bapak Syaifuddin Kurnianto, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku anggota penguji 1;
6. Bapak R. Endro Sulistyono S.Kep., Ners., M.Kep., selaku anggota penguji 2 dan dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan laporan tugas akhir ini;
7. Dan pihak lainnya yang turut membantu untuk terselesaikannya laporan tugas akhir ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan laporan tugas akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang. Penulis juga berharap semoga laporan tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Lumajang, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---------------------------------------|-------|
| PERSEMBAHAN | iii |
| MOTO | iv |
| SURAT PERNYATAAN | v |
| PERSETUJUAN PEMBIMBING | vii |
| PENGESAHAN | viii |
| RINGKASAN | ix |
| SUMMARY | x |
| PRAKATA | xi |
| DAFTAR ISI | xii |
| DAFTAR TABEL | xvi |
| DAFTAR GAMBAR | xviii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xix |
| DAFTAR SINGKATAN | xx |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 3 |
| 1.3 Tujuan Penulisan | 4 |
| 1.4 Manfaat Penulisan | 4 |
| 1.1.1 Bagi Penulis | 4 |
| 1.1.2 Bagi puskesmas | 4 |
| 1.1.3 Bagi Klien | 4 |
| 1.1.4 Bagi Institusi Pendidikan | 4 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| 2.1 Konsep Dasar ASMA | 5 |
| 2.1.1 Pengertian | 5 |
| 2.1.2 Etiologi | 5 |
| 2.1.3 Patofisiologi | 5 |
| 2.1.4 Gambaran klinis | 6 |
| 2.1.5 Sel Inflamsi | 10 |
| 2.1.6 Komplikasi | 12 |
| 2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik | 12 |
| 2.1.8 Penatalaksanaan Medis | 14 |

| | |
|---|----|
| 2.2 Konsep Keluarga | 18 |
| 2.2.1 Definisi Keluarga | 18 |
| 2.2.2 Ciri-Ciri Keluarga | 19 |
| 2.2.3 Tahap Perkembangan Keluarga | 22 |
| 2.2.4 Tugas Kesehatan Keluarga | 24 |
| 2.2.5 Fungsi Keluarga | 25 |
| 2.3 Kosep Keperawatan Keluarga | 27 |
| 2.3.1 Pengkajian | 27 |
| 2.3.2 Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga | 27 |
| 2.3.3 Pengkajian lingkungan | 27 |
| 2.3.4 Pemeriksaan Fisik | 30 |
| 2.3.5 Sistem pernafasan | 30 |
| 2.3.6 Sistem pencernaan | 30 |
| 2.3.7 Metode Penilaian Status Gizi | 30 |
| 2.3.8 Diagnosa..... | 31 |
| 2.4 Rencana Keperawatan | 31 |
| 2.5 Implementasi | 36 |
| 2.6 Evaluasi | 37 |
| BAB 3. METODE PENELITIAN | 38 |
| 3.1 Desain Penelitian | 38 |
| 3.2 Batasn Istilah | 38 |
| 3.3 Partisipan | 38 |
| 3.4 Lokasi dan Waktu | 39 |
| 3.5 Pengumpulan Data | 39 |
| 3.5.1 Wawancara | 39 |
| 3.5.2 Observasi | 40 |
| 3.5.3 Studi Dokumentasi | 40 |
| 3.5.4 Pemeriksaan fisik | 40 |
| 3.6 Uji Keabsahan Data | 40 |
| 3.7 Analisa Data | 42 |
| 3.7.1 Pengumpulan Data | 42 |
| 3.7.2 Mereduksi Data | 42 |
| 3.7.3 Penyajian Data | 42 |
| 3.7.4 Kesimpulan | 42 |

| | |
|---|----|
| 3.8 Etika Penulisan | 42 |
| 3.8.1 Informed Consent (lembar persetujuan) | 42 |
| 3.8.2 Anonymity (tanpa nama) | 43 |
| 3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan) | 43 |
| BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN | 48 |
| 4.1 Gambaran lokasi pengambilan data | 48 |
| 4.2 Pengkajian | 48 |
| 4.2.1 Identitas Umum Keluarga | 48 |
| 4.2.2 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga | 52 |
| 4.2.3 Pengkajian lingkungan | 58 |
| 4.2.4 Struktur keluarga | 59 |
| 4.2.5 Fungsi keluarga | 60 |
| 4.2.6 Keadaan gizi keluarga | 61 |
| 4.2.7 Pemeriksaan fisik | 63 |
| 4.2.8 Harapan keluarga | 65 |
| 4.3 Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas | 66 |
| 4.3.1 Diagnosa keperawatan sesuai prioritas (klien 1) | 68 |
| 4.3.2 Diagnosa keperawatan sesuai prioritas (klien 2) | 69 |
| 4.4 Intervensi keperawatan keluarga | 75 |
| 4.5 Implementasi dan Evaluasi | 78 |
| BAB 5 PENUTUP | 84 |
| 5.1 Kesimpulan | 84 |
| 5.1.1 Pengkajian Keperawatan | 84 |
| 5.1.2 Diagnosa Keperawatan | 84 |
| 5.1.3 Intervensi Keperawatan | 84 |
| 5.1.4 Implementasi Keperawatan | 84 |
| 5.1.5 Evaluasi Keperawatan | 85 |
| 5.2 Saran | 85 |
| 5.2.1 Bagi penulis | 85 |
| 5.2.2 Bagi Perawat | 85 |
| 5.2.3 Bagi Keluarga | 85 |
| 5.2.4 Bagi Puskesmas | 85 |
| DAFTAR PUSTAKA | 86 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 4.1 Identitas Kepala Keluarga | 46 |
| Tabel 4.2 Komposisi keluarga | 46 |
| Tabel 4.3 Type keluarga | 49 |
| Tabel 4.4 Suku bangsa | 49 |
| Tabel 4.5 Agama dan kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan | 50 |
| Tabel 4.6 Status social ekonomi keluarga | 51 |
| Tabel 4.7 Aktivitas rekreasi | 52 |
| Tabel 4.8 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga | 52 |
| Tabel 4.9 Riwayat kesehatan masing-masing keluarga | 53 |
| Tabel 4.10 Karakteristik rumah | 56 |
| Tabel 4.11 Struktur keluarga | 57 |
| Tabel 4.12 Fungsi keluarga | 58 |
| Tabel 4.13 Stres dan koping keluarga | 60 |
| Tabel 4.14 Keadaan gizi keluarga | 61 |
| Tabel 4.15 Pemeriksaan fisik | 62 |
| Tabel 4.16 Harapan keluarga | 63 |
| Tabel 4.17 Pemeriksaan fisik keluarga klien 1 dan klien 2 | 64 |
| Tabel 4.18 Batasan Karakteristik | 68 |
| Tabel 4.19 Analisa data lain yang muncul | 68 |
| Tabel 4.20 Skoring klien 1..... | 68 |
| Tabel 4.21 Skoring klien 2..... | 69 |
| Tabel 4.23 Skoring klien 1..... | 69 |
| Tabel 4.24 Skoring klien 2 | 70 |
| Tabel 4.27 Intervensi keperawatan | 72 |
| Tabel 4.28 Implementasi dan Evaluasi (kunjungan pertama klien 1) | 75 |
| Tabel 4.29 Implementasi dan Evaluasi (kunjungan kedua klien 1) | 76 |
| Tabel 4.30 Implementasi dan Evaluasi (kunjunga ketiga klien 1) | 76 |
| Tabel 4.31 Implementasi dan Evaluasi (kunjungan pertama klien 2) | 77 |
| Tabel 4.32 Implementasi dan Evaluasi (kunjungan kedua klien 2) | 77 |
| Tabel 4.33 Implementasi dan Evaluasi (kunjungan ketiga klien 2) | 78 |

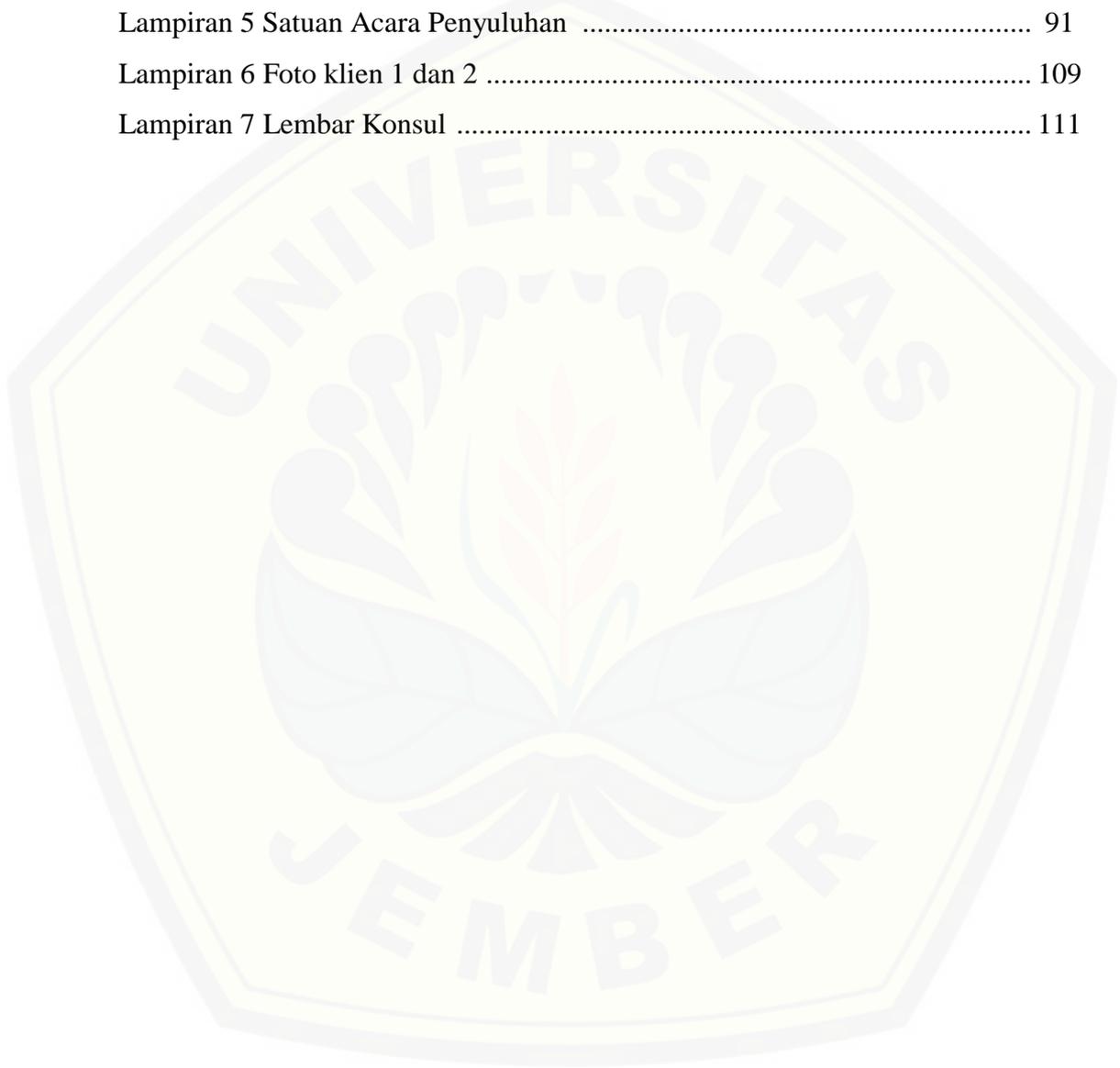
DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 4.2. Genogram keluarga klien 1 | 48 |
| Gambar 4.3 Genogram keluarga klien 2 | 48 |
| Gambar 4.4 Denah Rumah klien 1 dan klien 2 | 55 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|-----|
| Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan KTI | 84 |
| Lampiran 2 Informed Consent | 87 |
| Lampiran 3 Surat Izin Penyusunan Tugas Akhir | 89 |
| Lampiran 4 Surat Pemberitahuan Melakukan Penelitian | 90 |
| Lampiran 5 Satuan Acara Penyuluhan | 91 |
| Lampiran 6 Foto klien 1 dan 2 | 109 |
| Lampiran 7 Lembar Konsul | 111 |



DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-------|---|
| BB | : berat badan |
| CMI | : <i>cell mediated immunity</i> |
| GDA | : gula darah acak |
| HB | : hemoglobin |
| ICS | : <i>intercostal space</i> |
| IMT | : indeks masa tubuh |
| LL | : lingkaran lengan |
| N | : nadi |
| PHBS | : perilaku hidup bersih dan sehat |
| RR | : <i>respiration rate</i> |
| S | : suhu |
| TD | : tekanan darah |
| TUM | : tujuan umum |
| TUK | : tujuan khusus |
| WOD | : wawancara, observasi, dokumentasi |
| IgE | : Imunoglobulin E |
| APC | : antigen presenting cell |
| SRS-A | : slow releasing substance of anaphylaxis |
| ECP | : eosinophil cationic protein |
| UGD | : unit gawat darurat |
| AAAAI | : American academy of allergy asthma and immunology |
| DO | : data objektif |
| DS | : data subjektif |

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Paru-paru merupakan organ vital yang dimiliki manusia dalam proses bernafas apabila organ tersebut bermasalah, maka proses pernapasan juga akan mengalami gangguan. Asma ialah salah satu permasalahan yang terjadi pada sistem pernapasan. (schayck;2011). Asma merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia, baik di negara maju maupun di negara-negara sedang berkembang. Asma adalah penyakit inflamasi kronik saluran napas yang melibatkan berbagai sel imun terutama sel mast, eosinofil, limfosit T, makrofag, neutrofil dan sel epitel, serta meningkatnya respon saluran napas (hipereaktivitas bronkus) terhadap berbagai stimulant. Inflamasi kronik ini akan menyebabkan penyempitan (obstruksi) saluran napas yang *reversible*, membaik secara spontan dengan atau tanpa pengobatan. Gejala yang timbul dapat berupa batuk, sesak nafas.

Asma atau sesak nafas merupakan suatu penyakit penyumbatan saluran pernafasan yang disebabkan oleh alergi bulu, debu atau tekanan psikologis dan asma bersifat menurun. Pada penderita asma yang cukup berat dengan serangan mengi (*wheezing*) yang dicetuskan oleh stimulus khusus secara relatif mudah dikenali, tetapi mungkin terdapat kesulitan untuk penyakit yang lebih berat bila fungsi paru-paru tidak pernah kembali normal di antara serangan-serangan. Asma biasanya dikenal sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan adanya *wheezing* (mengi) intermitten yang timbul sebagai respon akibat paparan terhadap suatu zat iritan dan atau allergen. Asma juga berhubungan faktor genetik, Jika orang tua merupakan penderita asma, maka dapat dipastikan akan melahirkan anak-anak yang asma. Akan tetapi, tidak menutup kemungkinan kedua orang tua yang fenotipnya normal juga bisa melahirkan anak yang asma (Clark, 2013).

Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Keluarga juga harus mampu melakukan tugas kesehatan keluarga (Harmoko, 2012).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*, WHO) pada tahun 2010 ada sekitar 235 juta orang di dunia menderita asma, dan jumlah ini terus meningkat (Irawati, silvy & Presley Bobby, 2010). Di Indonesia tahun 2009 diperkirakan ada 12,5 juta orang dengan asma. Survey Kesehatan Rumah tangga tahun 2005 mencatat 225.000 orang meninggal karena asma. Meningkatnya tingkat kejadian asma di Indonesia dan hampir seluruh dunia ini diduga berhubungan dengan meningkatnya industri yang mengakibatkan tingkat polusi semakin tinggi, serta makin banyaknya kendaraan bermotor (Pratyahara, 2011). Sedangkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Rogotrungan pada bulan agustus 2018, terdapat pasien asma brokhiyal sekitar 28% anak-anak dan 45% orang dewasa di Puskesmas Rogotrungan dalam 6 bulan terakhir.

Seperti telah dikemukakan di atas bahwa asma merupakan suatu penyakit dengan penyebab yang kompleks dan heterogen sehingga mempunyai bermacam-macam bentuk. Karena itu dapat dipahami bila timbul bermacam-macam klasifikasi/pembagian asma yang didasari pada titik pandang yang berbeda atau tergantung dari segi mana asma ditinjau. Berbagai faktor yang dapat menimbulkan serangan asma antara lain olah raga (*exercise*), infeksi, allergen, perubahan suhu, pajanan iritan asap rokok, dan lain-lain. Selain itu terdapat faktor lain yang mempengaruhi prevelensi penyakit asma antara lain usia, jenis kelamin, ras, sosio-ekonomi, dan faktor lingkungan. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi terjadinya serangan asma, derajat asma dan juga kematian akibat penyakit asma (Rahajoe, et. al, 2008).

Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarganya yang sakit dan keluarga juga melakukan praktek asuhan keperawatan untuk mencegah terjadinya gangguan, sehingga peran keluarga sangat penting dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan akan mempengaruhi tingkat kesehatan keluarga dan individu. Dengan 5 tugas keluarga yaitu : merawat anggota keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang mengalami penyakit asma baik dengan modifikasi lingkungan agar tidak terjadi

kekambuhan atau cerdas dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan (Rahajoe, et. al, 2008).

Melakukan tindakan cepat dengan memberikan pengobatan adekuat pada waktu serangan merupakan tujuan utama. Namun mencegah serangan asma tetap merupakan dasar dari pengobatan. Karena itu setiap penderita asma harus di anamnesa dengan cermat, agar semua kemungkinan yang dianggap sebagai penyebab dapat diketahui. Selain itu anamnesa yang baik dapat membantu menemukan faktor-faktor pendukung lain. Hal ini penting karena pengelolaan asma dalam waktu lama, sangat dipengaruhi oleh cara eliminasi penyebab serta pengawasan yang baik, terhadap pengobatan. Penderita yang mengalami serangan asma akut, membutuhkan obat-obat yang khas dan adekuat bahkan tindakan yang perlu dilakukan untuk pasien asma yaitu melakukan Auskultasi bunyi napas. (Muttaqin, 2008).

Dalam pelayanan keperawatan, perawat mempunyai peranan sebagai tenaga professional yaitu bertindak memberikan asuhan keperawatan, penyuluhan kesehatan kepada penderita dan keluarga, memberikan informasi tentang pengertian, tanda dan gejala, serta mencegah secara mandiri maupun secara kolaboratif dengan berbagai pihak (Sundaru & Heru, 2008).

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka peneliti tertarik untuk menyusun Laporan tugas akhir dengan judul “asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di puskesmas rogotrunan lumajang Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan keluarga pada Tn. I dan Tn. S yang anggota keluarga mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang tahun 2019 ?

1.3 Tujuan Penulisan

Mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga pada Tn . I dan Tn. S yang anggota keluarga mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di wilayah kerja puskesmas rogotrunan Lumajang tahun 2019.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi penulis

Dapat menambah pengalaman nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada keluarga yang mengalami asma dengan berbagai pendekatan.

1.4.2 Bagi institusi keperawatan

Sebagai kerangka berfikir dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien asma secara *holistic* mencakup perbedaan demografi, sosioekonomi, dan status nutrisi.

1.4.3 Bagi penulis selanjutnya

Sebagai data dan bahan pemikiran untuk penelitian lebih lanjut dan memperluas pengetahuan tentang asuhan keperawatan keluarga dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas .

1.4.4 Bagi keluarga

Menambah wawasan dan informasi tentang pentingnya tugas keluarga dalam pencegahan dan pengobatan anggota keluarga yang terkena asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas agar tidak terjadi masalah lebih lanjut.

1.4.5 Bagi institusi (Wilker Puskesmas Kota Lumajang)

Memberikan kerjasama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas serta dapat mengevaluasi informasi yang didapat dari keluarga.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab ini penulis akan menyajikan landasan teori, yang meliputi kosep dasar keluarga, konsep penyakit dan konsep asuhan keperawatan keluarga.

2.1 Konsep Asma

2.1.1 Pengertian

Asma adalah peningkatan responsivitas bronkus terhadap berbagai stimulus, bermanifestasi sebagai penyempitan jalan nafas yang meluas yang keparahannya berubah secara spontan maupun sebagai akibat pengobatan (Jeremy,2010). Gejala asma di sebabkan oleh benda-benda sekitar, tetapi penyebab umumnya adalah udara dingin, kegiatan fisik berlebihan, allergen,

2.1.2. Etiologi

Asma adalah suatu sindrom yang ditandai dengan obstruksi aliaran udara yang sangat bervariasi, baik secara spontan maupun pengobatan. Para pengidap asma mengalami suatu peradangan khusus disaluran napas yang menyebabkan mereka lebih peka terhadap pemicu di bandingkan bukan pengidap asma, yang menyebabkan penyempitan berlebihan saluran napas diikuti berkurangnya aliran udara serta mengi dan dispneu. Penyempitan saluran napas biasanya leversibel, tetapi pada bagian pasien dengan asma kronis mungkin terdapat obstruksi saluran napas yang ireversibel. Peningkatan prevalensi global asma, beban besarnya yang dirasakan oleh pasien saat ini, serta tingginya penanganan sehatnya mendorong dilakukannya riset besar-besaran mengenai mekanisme dan pengobatannya. (Loscalzo, 2014)

2.1.3. Patofisiologi

Suatu serangan asma timbul karena seseorang yang atopi terpapar dengan alergen yang ada di lingkungan sehari sehari dan membentuk imunoglobulin E (IgE), faktor atopi itu di turunkan alergen yang masuk kedalam tubuh melalui saluran nafas ,kulit, dan lain lain akan di tangkap makrofag yang bekerja sebagai antigen presenting cell(APC). Setelah alergen diproses dalam sel APC, alergen tersebut dipresentasikan ke sel Th. Sel Th memberikan signal kepada sel B dengan

melepasnya interleukin 2 (IL 2) untuk berpoliferasi menjadi sel plasma yang membentuk imunoglobulin E (IgE)

IgE yang terbentuk akan di ikat oleh mastrosit yang ada dalam jaringan dan basofil yang ada dalam sirkulasi , bila proses ini sudah terjadi pada seseorang , maka orang itu sudah di sensitifasi atau baru menjadi rentan.

Penurunan pada kadar camp menimbulkan degranulasi sel. Degranulasi sel ini akan menyebabkan dilepaskannya mesiator mediator kimia yang meliputi : histamin , SRS-A (slow releasing suptance of anaphylaksis) , eosinophilic chomotetik faktor of anaphylacsis (ECF-A) dan lain lain.(Babara C.L.1991 karnen B. 1994 , Wiliam R,S.1995)

Berdasarkan etiologinya asma dapat diklompokan menjadi dua jenis yaitu asma intrinsik dan asma entrinsik (atopi) . asma entrinsik (atopi) di tandai dengan reaksi alergen , sedangkan intrinsik di tandai dengan mekanisme non alergik yang bereaksi terhadap pencetus yang tidak spesifik seperti : udara dingin , zat kimia ,aktifitas berlebih ketegangan mental (Antoni C,1997 dan Tjen Daniel, 1991)

2.1.4 Gambaran klinis

Asma dikarakteristikan dengan penyebab yang bervariasi dan tidak dapat diperkirakan. Gejala yang umum terjadi adalah wheezing (mengi), sulit bernafas, dada sesak dan batuk, biasanya terjadi pada malam hari dan menjelang pagi, yang merupakan tipe dari asma. Serangan asma bisa terjadi hanya dalam beberapa menit sampai beberapa jam. Pada saat tidak terjadi serangan, fungsi paru paien tampak normal (lewis, et al.2007)

2.1.4.1 Manifestasi klinis (Wahid.Abd, 2013)

Pada penderita saat mengalami serangan biasanya ditemukan gejala klinis yaitu :

- a. Penderita bernafas cepat dan dalam
- b. Gelisah
- c. Duduk dengan menyangga kepala, serta tampak otot bantu bekerja keras
- d. Sesak napas
- e. Adanya wheezing
- f. Batuk

- g. Ada sebagian mengeluh nyeri dada
- h. Silent chest (tidak terlihat pergerakan dada)
- i. Sianosis

2.1.4.2 Gejala-gejala umum

2.1.4.2.1 Wheezing

Wheezing merupakan tanda yang tidak dapat di percaya untuk mengukur tingkat keparahan serangan beberapa pasien dengan serangan ringan, wheezing terdengar keras sedangkan pada pasien yang mengalami seranga berat, tidak ada tanda wheezing. Pasien dengan serangan asma yang berat tidak terdengar wheezing karena terjadi penurunan aliran udara. Bila wheezing terjadi, pasien dapat memindahkan cukup udara untuk memproduksi suara. Wheezing biasanya terjadi pada saat pertama ekshalasi. Pada peningkatan gejala asma, pasien dapat mengalami wheezing selama inspirasi dan ekspirasi

2.1.4.2.2 Batuk

Pada pasien dengan asma, batuk hanya merupakan gejala yang sering disebut *cough variant asthma*. Bronkospasme tidak dapat menjadi cukup parah yang menyebabkan gangguan aliran udara tetapi tidak meningkatkan tonus bronkial dan menyebabkan irtasi dengan menstimulasi reseptor batuk. Batuk yang terjadi bisa tidak produktif. Sekresi yang dikeluarkan bisa kental, lengket, putih mucus seperti agar-agar sehingga sulit untuk di keluarkan. Frekuensi gejala asma sangat bervariasi. Beberapa pasien mungkin hanya memiliki batuk kering kronis dan yang lain mengalami batuk yang produktif. Beberapa pasien memiliki batuk yang tidak sering, serangan asma mendadak dan lainnya dapat menderita gejala itu hampir secara terus menerus. Gejala asma dapat terjadi secara spontan atau mungkin dipercepat atau diperberat dengan banyak pemicu atau pencetus yang berbeda seperti yang sudah dijelaskan diatas. Frekuensi gejala asma mungkin semakin buruk di malam hari, variasi sirkadian pada tonus bronkomotor dan reaktivitas bronkus mencapai titik terendah antara jam 3-4 pagi, meningkatkan gejala-gejala dari bronkokontristik

2.1.4.2.3 Lemas

lemas terjadi Karen pasien mengalami kesulitan memindahkan udara masuk dan keluar paru-paru, walaupun demikian, selama serangan asma akut, pasien dengan asma biasanya duduk tegak atau menggunakan otot-otok aksesori untuk bernafas dalam upaya mendapatkan cukup udara

2.1.4.2.4 Cemas

Cemas terjadi pada saat pasien merasa semakin sulit untuk bernafas yaitu selama serangan asma akut biasanya menunjukkan tanda hipoksemia yang di tandai gelisah, perilaku yang tidak tepat,

2.1.4.3 Klasifikasi Asma

Berkaitan dengan gangguan saluran pernapasan yang berupa peradangan dan bronkokonstriksi, beberapa ahli membagi asma dalam 2 golongan besar, seperti yang dianut banyak dokter ahli pulmonologi (penyakit paru-paru) dari Inggris, yakni:

2.1.4.3.1 Asma Ekstrinsik

Asma ekstrinsik adalah bentuk asma yang paling umum, dan disebabkan karena reaksi alergi penderitanya terhadap hal-hal tertentu (alergen), yang tidak membawa pengaruh apa-apa terhadap mereka yang sehat. Kecenderungan alergi ini adalah “kelemahan keturunan”. Setiap orang dari lahir memiliki sistem imunitas alami yang melindungi tubuhnya terhadap serangan dari luar. Sistem ini bekerja dengan memproduksi antibodi.

Pada saat datang serangan, misalnya dari virus yang memasuki tubuh, sistem ini akan menghimpun antibodi untuk menghadapi dan berusaha menumpas sang penyerang. Dalam proses mempertahankan diri ini, gejala-gejala permukaan yang mudah tampak adalah naiknya temperatur tubuh, demam, perubahan warna kulit hingga timbul bercak-bercak, jaringan-jaringan tertentu memproduksi lendir, dan sebagainya (Hadibroto & Alam, 2006).

2.1.4.3.2 Asma Intrinsik

Asma intrinsik tidak responsif terhadap pemicu yang berasal dari alergen. Asma jenis ini disebabkan oleh stres, infeksi, dan kondisi lingkungan seperti cuaca, kelembapan dan suhu tubuh. Asma intrinsik biasanya berhubungan dengan

menurunnya kondisi ketahanan tubuh, terutama pada mereka yang memiliki riwayat kesehatan paru-paru yang kurang baik, misalnya karena bronkitis dan radang paru-paru (pneumonia). Penderita diabetes mellitus golongan lansia juga mudah terkena asma intrinsik. Penderita asma jenis ini kebanyakan berusia di atas 30 tahun (Hadibroto & Alam, 2006). Namun penting dicatat, bahwa dalam prakteknya, asma adalah penyakit yang kompleks, sehingga tidak selalu dimungkinkan untuk menentukan secara tegas, golongan asma yang diderita seseorang. Sering indikasi asma ekstrinsik dan intrinsik bersama-sama dideteksi ada pada satu orang.

Sebagai contoh, dalam kasus asma bronkial (termasuk jenis ekstrinsik) yang kronis, pada saat menangani terjadinya serangan, dokter akan sering mendiagnosa hadirnya faktor-faktor kecemasan dan rasa panik. Keduanya adalah emosi yang sifatnya naluriah pada saat seseorang harus berjuang agar bisa bernapas. Selanjutnya rasa cemas dan panik ini meneruskan lingkaran setan dan memperparah gejala serangan. Juga akan tercatat, bahwa bahan-bahan iritan (pengganggu) dari luar seperti asap rokok dan *hairspray* akan memperparah kondisi penderita. Kesimpulannya adalah, dari asal asma bronkial (termasuk asma ekstrinsik) akan terlihat juga hadirnya faktor asma intrinsik.

Demikian pula, seseorang yang punya sejarah bronkitis di masa kanak-kanak sering tumbuh menjadi orang dewasa yang cenderung menderita asma yang alergik, sebagai akibat kelemahan bawaan dari masa kanak-kanaknya (Hadibroto & Alam, 2006).

2.1.4.4 Klasifikasi tingkat penyakit asma dapat dibagi berdasarkan frekuensi kemunculan gejala

(Hadibroto & Alam, 2006).

2.1.4.4.1 *Intermitten*, yaitu sering tanpa gejala atau munculnya kurang dari 1 kali dalam seminggu dan gejala asma malam kurang dari 2 kali dalam sebulan. Jika seperti itu yang terjadi, berarti faal (fungsi) paru masih baik.

2.1.4.4.2 *Persisten ringan*, yaitu gejala asma lebih dari 1 kali dalam seminggu dan serangannya sampai mengganggu aktivitas, termasuk tidur. Gejala asma

malam lebih dari 2 kali dalam sebulan. Semua ini membuat faal paru relatif menurun.

2.1.4.4.3 *Persisten sedang*, yaitu asma terjadi setiap hari dan serangan sudah mengganggu aktivitas, serta terjadinya 1-2 kali seminggu. Gejala asma malam lebih dari 1-2 kali seminggu. Gejala asma malam lebih dari 1 kali dalam seminggu. Faal paru menurun.

2.1.4.4.4 *Persisten berat*, gejala asma terjadi terus-menerus dan serangan sering terjadi. Gejala asma malam terjadi hampir setiap malam. Akibatnya faal paru sangat menurun.

2.1.4.5. Klasifikasi tingkat penyakit asma berdasarkan berat ringannya gejala (Hadibroto & Alam, 2006):

2.1.4.5.1 Asma akut ringan, dengan gejala: rasa berat di dada, batuk kering ataupun berdahak, gangguan tidur malam karena batuk atau sesak napas, mengi tidak ada atau mengi ringan, APE (*Arus Puncak Aspirasi*) kurang dari 80%.

2.1.4.5.2 Serangan asma akut sedang, dengan gejala: sesak dengan mengi agak nyaring, batuk kering/berdahak, aktivitas terganggu, APE antara 50-80%.

2.1.4.5.3 Serangan asma akut berat, dengan gejala: sesak sekali, sukar berbicara dan kalimat terputus-putus, tidak bisa barabaring, posisi harus setengah duduk agar dapat bernapas, APE kurang dari 50%.

2.1.5 Sel Inflamasi

Sel-sel inflamasi yang terlibat dalam patofisiologi asma terutama adalah sel mast, limfosit, dan eosinofil.

2.1.5.1 Sel mastoid

Sel ini sudah lama dikaitkan dengan penyakit asma dan alergi, karena ia dapat melepaskan berbagai mediator inflamasi, baik yang sudah tersimpan atau baru disintesis, yang bertanggung-jawab terhadap beberapa tanda asma dan alergi. Berbagai mediator tersebut antara lain adalah histamine (yang disintesis dan disimpan di dalam granul sel dan dilepas secara cepat ketika sel mast teraktivasi), prostaglandin PGD₂ dan leukotrien LTC₄ (yang baru disintesis setelah ada

aktivasi), dan sitokin (yang disintesis dalam waktu yang lebih lambat dan berperan dalam reaksi fase lambat). Sel mast diaktivasi oleh alergen melalui ikatan suatu alergen dengan IgE yang telah melekat pada reseptornya (FcεR) di permukaan sel mast. Adanya ikatan cross-linking antara alergen dengan IgE tersebut memicu serangkaian biokimia didalam Sel yang kemudian menyebabkan terjadinya degranulasi sel mast. Degranulasi adalah peristiwa pecahnya sel mast yang menyebabkan pelepasan berbagai mediator inflamasi.

Sel mast terdapat pada lapisan epithelial saluran nafas, dan karenanya dapat berespon terhadap allergen yang terhirup. Terdapatnya peningkatan jumlah sel mast pada cairan bronkoalveolar pasien asma mengindasikan bahwa sel ini terlibat dalam patofisiologi asma. Selain itu, pada pasien asma yang dijumpai peningkatan kadar histamine dan triptase pada cairan bronkoalveolarnya, yang diduga kuat berasal dari sel mast yang terdegranulasi. Beberapa obat telah dikembangkan untuk menstabilkan sel mast agar tidak mudah terdegranulasi. Peran sel mast pada reaksi alergi fase lambat masih belum diketahui secara pasti. Namun, sel mast juga mengandung faktor kemotatik yang dapat menarik eosinofil dan neutrofil ke saluran nafas.

2.1.5.2 Limfosit

Peran limfosit dalam asma semakin banyak mendapat dukungan fakta, antara lain dengan terdapatnya produk-produk limfosit yaitu sitokin pada biopsi bronchial pasien asma. Selain itu, sel-sel limfosit juga dijumpai pada cairan bronkoalveolar pasien asma pada reaksi fase lambat. Limfosit sendiri terdiri dari dua tipe yaitu limfosit T dan limfosit B. Limfosit T masih terbagi lagi menjadi dua sub tipe yaitu Th1 dan Th2 (T helper 1 dan T helper 2). Sel Th2 memproduksi berbagai sitokin yang berperan dalam reaksi inflamasi sehingga disebut sitokin prainflamasi, seperti IL-3, IL-4, IL-6, IL-9, dan IL-13. Sitokin-sitokin ini nampaknya berfungsi dalam pertahanan tubuh terhadap pathogen ekstrasel. IL-4 dan IL-13 misalnya, dia bekerja mengaktivasi sel limfosit B untuk memproduksi IgE, yang nantinya akan menempel pada sel-sel inflamasi sehingga terjadi pelepasan berbagai mediator inflamasi.

2.1.5.3 Eosinofil

Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa eosinofil berkontribusi terhadap patofisiologi penyakit alergi pada saluran nafas. Dijumpai adanya kaitan yang erat antara keparahan asma dengan keberadaan eosinofil di saluran nafas yang terinflamasi, sehingga inflamasi pada asma atau alergi sering disebut juga inflamasi eosinofilia. Eosinofil mengandung berbagai protein granul seperti: major inflamasi eosinifilia (MBP), eosinophil peroxidase(EPO), dan eosinophil cationic protein (ECP), yang dapat menyebabkan kerusakan epitelium saluran nafas, menyebabkan hiperresponsivitas bronkus, sekresi mediator dari sel mast dan basofil, serta secara langsung menyebabkan kontraksi otot polos saluran nafas (Bussed an Reed, 1993). Selain itu, beberapa produk eosinofil seperti LCT4, PAF, dan metabolit oksigen toksik dapat menambah keparahn asma.

2.1.6 Komplikasi Asma

Penyakit asma yang tidak ditangani dengan baik lambat-laun akan berakibat pada terjadinya komplikasi (Mansjoer, 2008) dimana dapat menyebabkan beberapa penyakit sebagai berikut yaitu, terjadinya pneumotorak, pneumomediastinum, emfisema subkutis, aspergilosis, atelektasis, gagal napas, bronkitis, fraktur iga, dan bronkopulmonar alergik.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

2.1.7.1 Pemeriksaan Laboratorium

2.1.7.1.1 Pemeriksaan Sputum

Adanya badan kreola adalah karakteristik untuk serangan asma yang berat, karena hanya reaksi yang hebat saja yang menyebabkan transudasi dari edema mukosa, sehingga terlepaslah sekelompok sel-sel epitel dari perlekatannya. Pewarnaan gram penting untuk melihat adanya bakteri, cara tersebut kemudian diikuti kultur dan uji resistensi terhadap beberapa antibiotik (Muttaqin, 2008).

2.1.7.1.2 Pemeriksaan Darah (Analisa Gas Darah/AGD/astrub)

Analisa gas darah pada umumnya normal akan tetapi dapat pula terjadi hipoksemia, hiperkapnia, atau asidosis. Kadang pada darah terdapat peningkatan

dari SGOT dan LDH. Hiponatremia dan kadar leukosit kadang-kadang di atas 15.000/mm³ dimana menandakan terdapatnya suatu infeksi.

2.1.7.1.3 Sel Eosinofil

Sel eosinofil pada klien dengan status asmatikus dapat mencapai 1000-1500/mm³ baik asma intrinsik ataupun ekstrinsik, sedangkan hitung sel eosinofil normal antara 100-200/mm³. Perbaikan fungsi paru disertai penurunan hitung jenis sel eosinofil menunjukkan pengobatan telah tepat (Muttaqin, 2008).

2.1.7.2 Pemeriksaan Penunjang

2.1.7.2.1 Pemeriksaan Radiologi

Gambaran radiologi pada asma pada umumnya normal. Pada waktu serangan menunjukkan gambaran hiperinflasi pada paru-paru yakni radiolusen yang bertambah dan peleburan rongga intercostalis, serta diafragma yang menurun.

2.1.7.2.2 Pemeriksaan Tes Kulit

Dilakukan untuk mencari faktor alergi dengan berbagai alergen yang dapat menimbulkan reaksi yang positif pada asma.

2.1.7.2.3 Scanning Paru

Dengan scanning paru melalui inhalasi dapat dipelajari bahwa redistribusi udara selama serangan asma tidak menyeluruh pada paru-paru.

2.1.7.2.4 Spirometer

Alat pengukur faal paru, selain penting untuk menegakkan diagnosis juga untuk menilai beratnya obstruksi dan efek pengobatan.

2.1.7.2.5 *Peak Flow Meter*/PFM

Peak flow meter merupakan alat pengukur faal paru sederhana, alat tersebut digunakan untuk mengukur jumlah udara yang berasal dari paru. Oleh karena pemeriksaan jasmani dapat normal, dalam menegakkan diagnosis asma diperlukan pemeriksaan obyektif (spirometer/FEV1 atau PFM). Spirometer lebih diutamakan dibanding PFM karena PFM tidak begitu sensitif dibanding FEV. Untuk diagnosis obstruksi saluran napas, PFM mengukur terutama saluran napas besar, PFM dibuat untuk pemantauan dan bukan alat diagnostik, APE dapat

digunakan dalam diagnosis untuk penderita yang tidak dapat melakukan pemeriksaan FEV1.

2.1.7.2.6 X-ray Dada/Thorax

Dilakukan untuk menyingkirkan penyakit yang tidak disebabkan asma.

2.1.7.2.7 Pemeriksaan IgE

Uji tusuk kulit (*skin prick test*) untuk menunjukkan adanya antibodi IgE spesifik pada kulit. Uji tersebut untuk menyokong anamnesis dan mencari faktor pencetus. Uji alergen yang positif tidak selalu merupakan penyebab asma. Pemeriksaan darah IgE Atopi dilakukan dengan cara *radioallergosorbent test* (RAST) bila hasil uji tusuk kulit tidak dapat dilakukan (pada dermographism).

2.1.7.2.8 Petanda Inflamasi

Derajat berat asma dan pengobatannya dalam klinik sebenarnya tidak berdasarkan atas penilaian obyektif inflamasi saluran napas. Gejala klinis dan spirometri bukan merupakan petanda ideal inflamasi. Penilaian semi-kuantitatif inflamasi saluran napas dapat dilakukan melalui biopsi paru, pemeriksaan sel eosinofil dalam sputum, dan kadar oksida nitrit udara yang dikeluarkan dengan napas. Analisis sputum yang diinduksi menunjukkan hubungan antara jumlah eosinofil dan *Eosinophyl Cationic Protein* (ECP) dengan inflamasi dan derajat berat asma. Biopsi endobronkial dan transbronkial dapat menunjukkan gambaran inflamasi, tetapi jarang atau sulit dilakukan di luar riset.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

2.1.8.1 Terapi Obat

Penatalaksanaan medis pada penderita asma bisa dilakukan dengan penggunaan obat-obatan asma dengan tujuan penyakit asma dapat dikontrol dan dikendalikan. Karena belum terlalu lama ini, yakni baru sejak pertengahan tahun 1990-an mulai mengental keyakinan di kalangan kedokteran bahwa asma yang tidak terkontrol dalam jangka panjang bisa menyebabkan kerusakan pada saluran pernapasan dan paru-paru.

Cara menangani asma yang reaktif, yakni hanya pada saat datangnya serangan sudah ketinggalan zaman. Hasil penelitian medis menunjukkan bahwa para penderita asma yang terutama menggantungkan diri pada obat-obatan pelega (*reliever*/bronkodilator) secara umum memiliki kondisi yang buruk dibandingkan penderita asma umumnya. Selanjutnya prosentase keharusan kunjungan ke unit gawat darurat (UGD), keharusan mengalami rawat inap, dan risiko kematiannya karena asma juga lebih tinggi.

Hal ini membuktikan bahwa pusa asma ekstrinsik, penyebab asma yang mereka derita adalah karena peradangan (inflamasi), dan bukan karena bronkokonstriksi. Dengan demikian, dokter masa kini *menggunakan obat peradangan sebagai senjata utama, sedang obat-obatan pelega sebagai pendukung*. Keyakinan ini sangat disokong oleh penemuan obat-obatan pencegah peradangan saluran pernapasan, yang aman untuk digunakan dalam jangka panjang.

Menurut AAAI (Amerika Academy of Allergy, Asthma & Immunology) penggolongan obat asma (Hadibroto & Alam, 2006) adalah sebagai berikut:

2.1.8.1.1 Obat-obat anti peradangan (*preventer*)

2.1.8.1.2 Usaha pengendalian asma dalam jangka panjang

2.1.8.1.3 Golongan obat ini mencegah dan mengurangi peradangan, pembengkakan saluran napas, dan produksi lendir

2.1.8.1.4 Cara kerjanya adalah dengan mengurangi sensitivitas saluran pernapasan terhadap pemicu asma yang berupa alergen.

2.1.8.1.5 Penggunaannya harus teratur dalam jangka panjang

2.1.8.1.6 Daya kerja lambat/gradual, biasanya mengambil waktu sekitar dua minggu baru terlihat efektivitasnya ayang terukur.

Contoh obat anti peradangan adalah beclometasone [Becotide®], budesonide [Pulmicort®], fluticasone [Flixotide®], mometasone [Asmanex®], dan montelukast [Singulair®] secara bertahap mengurangi peradangan saluran napas dan (jika digunakan secara teratur) akan mengontrol penyakit asma. Obat

pengecegah biasanya tersedia dalam bentuk inhaler berwarna coklat, putih, merah, atau oranye, meskipun beberapa (misalnya montelukast) tersedia dalam tablet.

2.1.8.1.7 Obat-obat pelega gejala berjangka panjang

Obat-obat pelega gejala berjangka panjang dalam nama generik yang ada di pasaran adalah salmeterol hidroksi naftoat (*salmeterol xinafoate*) dan teofilin (*theophylline*).

2.1.8.1.8 Salmeterol

Obat ini adalah bronkodilator yang bekerja perlahan dimana obat ini bekerja dengan mengendurkan otot-otot yang mengelilingi saluran pernapasan. Obat ini paling efektif bila dikombinasikan dengan suatu obat kortikosteroid hirup, dan tidak dapat berfungsi sebagai pelega seketika dalam hal terjadi serangan asma.

Obat ini umumnya bekerja setelah setengah jam dan daya kerjanya bertahan hingga 12 jam. Obat ini disajikan dalam bentuk obat hirup dosis terukur dan obat hirup bubuk kering. Obat ini tidak dapat digunakan untuk anak-anak di bawah 12 tahun.

2.1.8.1.9 Teofilin

Obat ini termasuk satu golongan dengan kafein (zat aktif yang terdapat dalam secangkir kopi) dan termasuk bronkodilator yang lama daya kerjanya. Efek samping obat ini sama seperti kafein sehingga tidak dianjurkan untuk pasien hiperaktif.

2.1.8.1.10 Albuterol Sulfat atau Salbutamol.

Bronkolidarot yang paling populer dan disajikan dalam bentuk obat hirup dosis terukur, obat hirup bubuk kering, larutan untuk alat nebulizer, sirup, tablet biasa, tablet lepas-tunda (*extended-release*). Bentuk hirup bekerja lebih karena langsung menuju saluran pernapasan yang bermasalah, ketimbang harus lewat lambung dulu. Efek samping obat ini dapat menyebabkan stimulasi, jantung berdebar, dan pusing.

Merek yang paling populer adalah Ventolin dan Proventil yang disajikan sebagai obat hirup dosis terukur. Proventil HFA sebagai obat hirup bubuk kering.

Ventolin terdaftar di Indonesia dalam bentuk sediaan tablet, sirup, nebulizer, dan *spray*. Merek lain adalah Ascolen.

2.1.8.1.11 Obat-obat pelega gejala asma (*reliever*/bronkodilator)

Misalnya salbutamol [Ventolin®], terbutaline [Bricanyl®], formoterol [Foradil®, Oxis®], dan salmeterol [Serevent®] secara cepat mengembalikan saluran napas yang menyempit yang terjadi selama serangan asma ke kondisi semula. Obat pereda/pelega biasanya tersedia dalam bentuk inhaler berwarna biru atau abu-abu.

2.1.8.1.12 Obat-obatan kortikosteroid oral

Kortikosteroid oral adalah obat yang ampuh untuk mengatasi pembengkakan dan peradangan yang mencetuskan serangan asma. Obat ini membutuhkan enam hingga delapan jam untuk bekerja, sehingga makin cepat digunakan makin cepat pula daya kerja yang dirasakan.

Malam hari termasuk waktu dimana serangan asma paling sering terjadi, karena fungsi paru-paru berada pada titik yang paling rendah di tangan malam. Dari hasil penelitian terbukti bahwa dosis kortikosteroid oral yang diberikan di siang hari bisa membantu mereka yang mengalami serangan asma untuk tidur pada malam harinya.

Di sisi lain, efek samping penggunaan kortikosteroid oral juga cukup nyata, seperti perubahan suasana hati (*mood changes*), meningkatnya selera makan, perubahan berat badan, dan gejala demam yang ditekan. Akan tetapi, efek samping dari penggunaan kortikosteroid ini tidak perlu dikhawatirkan jika penggunaannya hanya dalam jangka pendek dan kadangkala saja.

2.1.8.1.13 Prednison (Prednisone)

Prednison adalah preparat kortikosteroid oral yang paling umum digunakan. Obat ini disajikan dalam bentuk pil maupun sirup.

2.1.8.1.14 Prednisolon (Prednisolone)

Prednisolon adalah kortikosteroid oral yang sangat mirip prednisone, dengan kelebihan rasanya yang lebih bisa diterima anak-anak. Dengan merek

Prelone disajikan sebagai sirup 15 mg per 5 ml. Prediaped disajikan sebagai sirup 5 mg per 5 ml.

2.1.8.1.15 Metilprednisolon (Methylprednisolone)

Sangat mirip dengan prednisolon, tetapi harganya lebih mahal. Biasanya digunakan di rumah sakit dengan cara intravenuous.

2.1.8.1.16 Deksametason (Dexamethasone)

Dengan merek Decadron, satu dosis tunggalnya berdaya kerja dua hingga tiga kali lebih lama dibandingkan preparat kortikosteroid yang lain. Cocok untuk pasien anak-anak yang sulit minum obat.

2.1.8.1.17 Alat-alat hirup

Alat hirup dosis terukur atau Metered Dose Inhaler (MDI) disebut juga *inhaler* atau *puffer* adalah alat yang paling banyak digunakan untuk menghantar obat-obatan ke saluran pernapasan atau paru-paru pemakainnya. Alat ini menyandang sebutan dosis terukur (*metered-dose*) karena memang menghantar suatu jumlah obat yang konsisten/terukur dengan setiap semprotan.

Sebagai hasil teknologi mutakhir, alat hirup dosis terukur kini bisa digunakan oleh segala tingkatan usia, mulai dari balita hingga lansia. Alat hirup dosis terukur memuat obat-obatan dan cairan tekan (*pressurized liquid*), biasanya chlorofluorocerbous/CFC, yang mengembang menjadi gas ketika melewati moncongnya. Cairan yang sebutan populernya adalah *propelan* tersebut memecah obat-obatan yang dikandung menjadi butiran-butiran atau kabut halus, dan mendorongnya keluar dari moncong masuk ke saluran pernapasan atau paru-paru pemakainya.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki ikata perkawinan, adaptasi, atau kelahiran. Menurut depatermen RI (1988) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepela keluarga dan beberapa orang yang

berkumpul serta tinggal disuatu tempat dibawa satu atap dalam keadaan saling bergantung, (ali, 2010)

Menurut UU No 52 tahun 2009 keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, yang terdiri dari suami, istri, atau suami dan anak, atau ayah ibu dan anak. Dan beberapa pengertian, maka dapat disimpulkan sedara umum bahwa keluarga terjadi apabila ada :

1. Ikatan atau persekutuan (perkawinan/kesepakatan)
2. Hubungan (darah/adopsi/kesepakatan)
3. Tinggal bersama dalam satu rumah
4. Ada peran masing – masing anggota keluarga Ikutan emosional (Setiadi 2008)

2.2.2 Ciri ciri keluarga

1. Menurut robert maclver dan charles morton:

- a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan
- b. Keluarga berbetuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara,
- c. Keluarga mempunyai sistem tat nama(*nomenclatur*), termasuk perhitungan garis keturunan,
- d. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota anggotanya berkait dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak,
- e. Keluarga mempunyai tempat tinggal bersama, rumah, atau rumah tangga.

a. Ciri keluarga di indonesia

- 1) Mempunyai ikatan keluarga
- 2) Mempunyai nilai kesatuan dan kesatuan
- 3) Umumnya dipimpin oleh suami atau kepala rumah tangga
- 4) Sedikit bedah dengan keluarga diperkotaan dan diperdesaan,

b. Tipe keluarga

Tradisional

1. *Niclear family*(keluarga inti)

Terdiri dari orang tua dan anak yang masih menjadi tanggungannya dan tinggal didalam satu rumah, terpisah dari sanak keluarga lainnya.

2. *Extended family*(keluarga besar)

Satu keluarga terdiri dari satu atau dua keluarga intinya yang tinggal dalam satu rumah dan saling menjang satu sama lain.

3. *Singel parent family*,

Satu keluarga yang dikepalai satu keluarga dan hidup bersama dengan anak anaknya

4. *Nuclear dyed*,

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri tanpa ada anak,tinggal dalam satu rumah

5. *Blended family*

Suatu keluarga yang dibentuk dari perkawinan pasangan,yang masing masing pernah menikah dan membawa anak dari hasil pernikahan yang dulu,

6. *Three generation family*,

Keluarga yang terdiri dari 3 generasi, yaitu kakek, nenek, bapak, ibu, dan anak dalam satu rumah.

7. *Singel adult living alone*

Keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa yang hidup dalam rumahnya.

8. *Middle age atau elderly couple*

Keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri paruh baya (ali, 2010)

c. Non-Tradisional :

1. *The unmarried teenage mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2. *The stepparent family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

3. *Commune family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

4. *The nonmarital heterosexual cohabiting family*

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

5. *Gay and lesbian families*

Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana ”marital partners”.

6. *Cohabiting couple*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan pernikahan karena beberapa alasan tertentu.

7. *Group-marriage family*

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang saling merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak.

8. *Group network family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh set aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

9. *Foster family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara di dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

10. *Homeless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

11. *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya. (suhari & sulistiono, 2016)

2.2.3 Tahap Perkembangan Keluarga

Mc Goldrick dan Carter (1985) mengembangkan model tahap kehidupan keluarga yang didasari oleh ekspansi, kontraksi, dan penyusunan kembali (realignment) dari hubungan keluarga yang memberikan support terhadap masuk, keluar dan perkembangan anggota keluarga.

Model ini diberikan dengan menggunakan aspek emosional, transisi, perubahan dan tugas yang diperlukan untuk perkembangan keluarga.

Table 2. 1 Tahap lingkaran kehidupan keluarga

| Tahap kehidupan keluarga | lingkaran keluarga | Proses emosional transisi | Perubahan status keluarga yang dibutuhkan untuk perkembangan |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| Keluarga anak belum menikah | dengan dewasa yang belum menikah | Menerima pemisahan dengan orang tua | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengembangkan hubungan saudara yang intim 2. Pemisahan dengan keluarga 3. Mampu bekerja sendiri |
| Keluarga menikah | yang baru menikah | Komitmen dengan sistem baru | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membentuk sistem keluarga 2. Menyusun kembali hubungan dengan ekstended family dan teman-teman |
| Keluarga anak yang masih kecil | dengan muda/anak yang masih kecil | Menerima generasi baru dari anggota yang ada dalam sistem | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil peran orangtua 2. Menyusun kembali hubungan dengan ekstended family terhadap peran orangtua dan kakek nenek 3. Menyediakan tempat untuk anaknya |
| Keluarga anak remaja | dengan anak remaja | Meningkatkan fleksibilitas keluarga dari ketergantungan anak | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan hubungan orang tua-anak dari masuk remaja ke arah dewasa 2. Memfokuskan kembali pada masa mencari teman dekat dan karir 3. Memulai perubahan perhatian untuk generasi yang lebih tua |
| Keluar pindahannya anak | dan anak-anak | Menerima sistem yang keluar dan masuk dalam jumlah yang banyak ke dalam keluarga | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membicarakan kembali sistem perkawinan sebagai keluarga dyad 2. Mengembangkan hubungan orang dewasa ke orang dewasa diantara anak-anak yang sudah besar dengan orang tua 3. Menyesuaikan hubungan termasuk kepada menantu dan cucu 4. Menerima ketidakmampuan dan kematian dari orang tua (kakek/nenek) |

| | | |
|-----------------|--|--|
| Keluarga lansia | Menerima perubahan dari peran generasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan diri sendiri dan atau pasangan dalam fungsi dan minat dalam menghadapi penurunan fisiologis, eksplorasi terhadap keluarga baru dan pilihan peran sosial 2. Mendukung lebih banyak peran sentral untuk generasi pertengahan 3. Membuat ruang sistem untuk hal-hal yang bijaksana dan pengalaman pada saat dewasa akhir, mendukung generasi yang lebih tua tanpa memberikan fungsi yang berlebihan kepada mereka 4. Menerima kehilangan pasangan, sibling, dan teman sebaya dan mempersiapkan untuk kematian diri sendiri, menerima dengan pandangan dan keutuhan |
|-----------------|--|--|

Selain tahap lingkaran, didalam keluarga juga terdapat perkembangan dengan tahapan perkembangan (Spradley) :

- a. Pasangan baru (keluarga baru)
 1. Membina hubungan dan kepuasan bersama
 2. Menetapkan tujuan bersama
 3. Mengembangkan keakraban
 4. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial
 5. Diskusi tentang anak yang diharapkan
- b. Child bearing (menanti kelahiran)
 1. Persiapan untuk bayi
 2. Role masing-masing dan tanggung jawab
 3. Persiapan biaya
 4. Adaptasi dengan pola hubungan seksual
 5. Pengetahuan tentang kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua
- c. Keluarga dengan anak pra-remaja
 1. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan keluarga
 2. Merencanakan kelahiran anak kemudian
 3. Pembagian tanggung jawab dengan anggota keluarga
- d. Keluarga dengan anak sekolah
 1. Menyediakan aktivitas untuk anak
 2. Biaya yang diperlukan semakin meningkat
 3. Kerjasama dengan penyelenggara kerja

4. Memperhatikan kepuasan anggota keluarga dan pasangan
5. Sistem komunikasi keluarga
- e. Keluarga dengan anak remaja
 1. Menyediakan fasilitas dengan kebutuhan yang berbeda
 2. Menyertakan remaja untuk tanggung jawab dalam keluarga
 3. Mencegah adanya gap komunikasi
 4. Mempertahankan filosof hidup dalam keluarga
- f. Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)
 1. Penataan kembali fasilitas dan sumber-sumber
 2. Penataan kembali tanggung jawab antar anak
 3. Kembali suasana suami istri
 4. Mempertahankan komunikasi terbuka
 5. Meluasnya keluarga dengan pelepasan anak dan mendapatkan menantu
- g. Keluarga dengan usia pertengahan
 1. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
 2. Tanggung jawab semua tugas rumah tangga
 3. Keakraban pasangan
 4. Mempertahankan kontak dengan anak
 5. Partisipasi aktivitas sosial
- h. Keluarga dengan usia lanjut
 1. Persiapan dan menghadapi masa pensiun
 2. Kesadaran untuk saling merawat
 3. Persiapan suasana kesepian dan perpisahan
 4. Pertahankan kontak dengan anak cucu
 5. Menemukan arti hidup
 6. Mempertahankan kontak dengan masyarakat

2.2.4 Tugas Kesehatan Keluarga

a. Mengenal masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang perlu mendapatkan perhatian. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarganya terutama berkaitan dengan kesehatan. Alasannya adalah ketika terjadi perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga, maka secara tidak langsung akan

menjadi perhatian orang tua atau keluarga. Sehingga segala kekuatan sumber daya, pikiran, waktu, tenaga, dan bahkan harta keluarga akan digunakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.

b. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga. Suara sumber daya internal keluarga yang dianggap mampu memutuskan akan menentukan tindakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Jika secara internal keluarga memiliki keterbatasan sumber daya, maka keluarga akan mencari bantuan dari luar.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas merawat anggota keluarga yang sakit seringkali harus dilakukan keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Tidak menutup kemungkinan juga ketika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pertolongan pertama, maka anggota keluarga yang sakit dapat sepenuhnya dirawat oleh keluarga sendiri. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk memdayakan potensi internal yang ada di lingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit. Tindakan memodifikasi lingkungan memiliki cakupan yang luas sesuai dengan pengetahuan keluarga mengenai kesehatan.

d. Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.2.5 Fungsi Keluarga

Menurut Friedmann (1999) mengidentifikasi 5 fungsi dasar keluarga, yaitu :

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses pengembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan sandang, pangan, dan papan.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.(ali, 2010)

2.3.1 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga yang Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas Pengkajian

2.3.1.1 Biodata

Penyakit asma dapat menyerang semua umur, mulai dari anak-anak sampai dengan orang dewasa dengan komposisi antara laki-laki dan perempuan yang hampir sama.

2.3.1.2 Genogram/silsilah Keluarga

Penyakit asma ada hubungannya dengan keturunan keluarga karena pada penyakit asma dapat terjadi secara menurun.

2.3.1.3 Tipe keluarga

Data ini menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional dan non tradisional.

2.3.1.4 Suku Bangsa

Penyakit asma sering diderita di daerah tropis

2.3.1.5 Status Sosial Ekonomi

Pada penyakit asma tidak mengenal status ekonomi karena biasanya kalau yang terkena asma juga dapat diturunkan dari gen orang tertentu.

2.3.1.6 Riwayat dan tahap Perkembangan Keluarga

2.3.1.7 Tahap perkembangan keluarga saat ini

Keluarga tahap 1 dan 2 hendaknya melaksanakan tindakan pencegahan sehingga klien tidak kabuh lagi asmanya

2.3.1.8 Riwayat keluarga inti

Apakah ada keluarga yang terkena penyakit asma atau tidak jika ada yang terkena maka penyakit asma dapat menurunkan ke anggota keluarga yang lain.

2.3.1.9 Pengkajian lingkungan

Pada penyakit asma lingkungan sangat memungkinkan seperti ruangan yang berdebu serta allergen yang lain sehingga dapat menimbulkan penyakit asma kambuh lagi.

2.3.1.10 Fungsi Keluarga.

2.3.1.10.1 Fungsi afektif

Perasaan memiliki, dukungan, kehangatan kasih sayang, saling menghargai, dan lain sebagainya.

2.3.1.10.2 Fungsi sosialisasi

Interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku.

2.3.1.10.3 Fungsi Perawatan Kesehatan

2.3.1.10.3.1 Mengenal Masalah kesehatan

Sejauh mana keluarga mengetahui fakta kesehatan meliputi pengertian, tanda gejala, penyebab serta persepsi keluarga tentang masalah kesehatan yang dialami keluarga. Terkadang keluarga tidak mengenal tentang penyakit asma.

2.3.1.10.3.2 Mengambil Keputusan Tindakan Kesehatan Yang Tepat

Masih ditemukan asumsi masyarakat yang menganggap asma sebagai penyakit turunan, akibat didapat dari keluarga yang mewarisi gen asma sehingga

keluarga menjadi bingung dan terlambat serta malu untuk membawa anggota keluarganya yang sakit ke pelayanan kesehatan.

2.3.1.10.3.3 Merawat Anggota yang Sakit

Keluarga harus bisa memberikan perawatan yang tepat terhadap anggota keluarganya yang terkena penyakit asma karena penyakit ini dapat terjadi karena alergen.

2.3.1.10.3.4 Memelihara Lingkungan Yang Sehat

Alergen penyakit asma juga dapat ditemukan di dalam aktivitas sehari – hari seperti debu dan bulu halus.

2.3.1.10.3.5 Menggunakan Fasilitas Kesehatan di Masyarakat

Obat-obatan asma dapat diperoleh dari pelayanan kesehatan terdekat.

2.3.1.10.3.6 Fungsi Reproduksi

Bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri, masalah yang muncul jika ada.

2.3.1.10.3.7 Fungsi ekonomi.

Kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan.

2.3.1.10.3.8 Strees dan Koping Keluarga

Stees jangka pendek dan jangka panjang

Stresor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan pengobatan

Stressor jangka panjang yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan pengobatan saat klien kambuh lagi.

2.3.1.10.3.9 Kemampuan Keluarga Merespon Stresor

Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor yang ada saat ini.

2.3.1.10.3.10 Strategi Koping Yang digunakan

Hal yang perlu dikaji adalah strategi koping atau pemecahan masalah seperti apa yang digunakan keluarga dalam menghadapi stressor yang terjadi.

2.3.1.10.3.11 Strategi Koping Disfungsional

Data ini menjelaskan mengenai koping disfungsional yang digunakan ketika keluarga menghadapi masalah misalnya marah-marahan, merusak alat rumah tangga, pelarian dengan melakukan aktivitas yang tidak bermanfaat, dan lain sebagainya.

2.3.1.11 Riwayat kesehatan

Keluhan yang sering muncul antara lain sebagai berikut:

- 2.3.1.11.2 Demam: subfebris, febris (40-41 derajat Celsius)
- 2.3.1.11.3 Batuk terjadi karena adanya kompensasi tubuh untuk mengeluarkan lendir di dalam paru.
- 2.3.1.11.4 Sesak napas: timbul akibat penyempitan jalan nafas sehingga klien menjadi sesak nafas.
- 2.3.1.11.5 Nyeri Dada: jarang ditemukan, nyeri timbul bila terjadinya penyempitan rongga nafas yang terlalu ekstrim.
- 2.3.1.11.6 Malaise: ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan dan berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot.
- 2.3.1.11.7 Pada atelectasis terdapat gejala berupa:
 - sianosis, sesak napas, dan kolaps.Bagian dada klien tidak bergerak pada saat bernapas dan jantung terdorong ke sisi yang sakit. Pada foto torak tampak adanya penyempitan pada jalan nafas.
- 2.3.3.2.7 Perlu ditanyakan dengan siapa klien tinggal, karena biasanya penyakit ini muncul karena adanya keturunan.

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

Pada tahap dini klien sering kali tidak menunjukkan kondisi gangguan sesak nafas. Tanda dan gejala baru dapat terlihat pada tahap selanjutnya berupa:

2.3.3 Sistem pernapasan

- 2.3.3.10 *Ronchi* basah, kasar, dan nyaring terjadi akibat adanya peningkatan produksi secret pada saluran pernapasan.
 - 2.3.3.11 Hipersosnor/timpani bila terdapat kavitas yang cukup dan pada auskultasi memberikan suara sedikit bergemuruh (umforik).
 - 2.3.3.12 Pemeriksaan ekspansi penapasan ditemukan gerakan dada asimetris.
 - 2.3.3.13 Pada keadaan lanjut terjadi atropi, retraksi intercostal, dan fibrosis.
- #### 2.3.4 Sistem pencernaan

Menyempitnya rongga trakea pada saluran napas secara tidak langsung akan memengaruhi system persarafan khususnya saluran cerna. Klien mungkin akan mengeluh tidak nafsu makan dikarenakan menurunnya keinginan untuk makan, disertai dengan sesak nafas.

2.3.5 Metode Penilaian Status Gizi

2.3.5.1 Antropometri

Ditinjau dari sudut pandang gizi, Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi, yang terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

Ditinjau dari sudut pandang gizi, antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Pengukuran variasi dimensi fisik, proporsi dan komposisi kasar tubuh manusia pada umur dan status gizi berbeda. Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan beberapa parameter.

Parameter disini adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, seperti umur, berat badan, tinggi atau panjang tubuh, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggang, tebal lemak dibawah kulit. Antropometri gizi dapat diketahui untuk mengetahui status gizi masa lampau dan status gizi dan status gizi saat ini. Pertumbuhan linear dapat menunjukkan status gizi masa lampau, yaitu dengan menggunakan indeks TB atau PB, LIDA, LIKA, sedangkan pertumbuhan massa jaringan dapat menunjukkan status gizi saat ini diketahui dengan menggunakan, indeks BB, LILA, dan TLBK, Indeks Masa Tubuh (IMT) digunakan berdasarkan rekomendasi FAO/WHO/UNO tahun 1985 bahwa batasan berat badan normal orang dewasa ditentukan berdasarkan Body Masa Indeks (BMI/IMT).

IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa (usia 18 tahun ke atas), khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. IMT tidak dapat diterapkan pada keadaan remaja, ibu

hamil, dan olahragawan. Juga tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil, dan olahragawan. Juga tidak dapat diterapkan pada keadaan khusus (penyakit) seperti edema, asietas dan hepatomegali.

Batas ambang IMT menurut FAO membedakan antara laki – laki (normal 20,1-25,0) dan perempuan (18,7 – 23,8). Untuk menentukan kategori khusus tingkat berat pada laki – laki dan perempuan juga ditentukan ambang batas. Di indonesia di modifikasi berdasarkan pengalaman klinis dan hasil penelitian di beberapa negara berkembang.

2.3.6 Diagnosa

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian. Proses perumusan diagnosis diawali dengan melakukan analisis data, penentuan diagnosis, kemudian penentuan prioritas diagnosis. Analisa data dilakukan dengan mengelompokkan data hasil pengkajian menjadi data subjektif (DS) dan data objektif (DO). Pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam DS, sedangkan data yang diambil dengan obseervasi, data sekunder, atau data selain pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam DO.

Rumusan masalah berdasarkan NANDA dan etiologi berdasarkan hasil pengkajian dari tugas perawatan keluarga yang terdiri dari 5 (lima) tugas yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Tipologi diagnosis keperawatan keluarga dapat berupa kasus aktual, resiko dan potensial (sejahtera atau *wellness*).

2.4 Rencana keperawatan.

Rencana keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, yang meliputi tujuan panjang (tujuan umum), tujuan jangka pendek (tujuan khusus), kriteria dan standar serta intervensi. Kriteria dan standar merupakan pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan keperawatan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan keperawatan berdasarkan tujuan khusus

atau tujuan jangka pendek yang ditetapkan. Tujuan jangka panjang mengacu pada problem, sedangkan tujuan jangka pendek mengacu pada etiologi.

Diagnosa :ketidakefektifan Pola nafas berhubungan dengan gangguan suplai oksigen (bronkospasme).

Definisi : inspirasi atau ekpirasi yang tidak memberi ventilasi yang adekuat

1. Batasan karakteristik :

a. Subjektif:

1. Dispnea
2. Napas pendek

b. Objektif :

1. Perubahan ekskursi dada
2. Bradipnea
3. Ortopnea
4. Peningkatan diameter anterior posterior
5. Takipnea penggunaan otot bantu penafasan

c. Fator yang berhubungan

1. Ansietas
2. Posisi tubuh
3. Peurunan energi dan kelelahan
4. Kelelahan otot-otot pernafasan

2. Tujuan :

1. Contoh menggunakan bahasa noc

a. Menunjukkan pola pernafasan efektif , yang dibuktikan oleh status pernafasan : status ventilasi dan pernafasan yang tidak terganggu kepatenan jalan nafas :dan tidak ada penyimpangan tanda vital dari rentang normal

b. Menunjukkan status pernafasan : ventilasi tidak terganggu ,yang di buktikan oleh indicator gangguan sebagai berikut (sebutkan 1-5 gangguan ekstrem , berat, sedang, ringan, tidak ada gangguan):

1. Kedalaman inspirasi dan kemudahan bernafas
2. Ekspansi dada simetris

- c. Menunjukkan tidak adanya gangguan status pernafasan : ventilasi , yang dibuktikan oleh indicator berikut (sebutkan 1-5 : gangguan ekstrem, berat, sedang, ringan, tidak ada gangguan)
 1. Penggunaan otot aksesorius
 2. Suara nafas tambahan
 3. Nafas pendek
- d. Contoh lain ,Pasien akan
 1. Menunjukkan pernafasan optimal pada saat terpasang ventilator mekanis
 2. Mempunyai kecepatan dan irama pernafasan dalam batas normal
 3. Mempunyai fungsi paru dalam batas normal untuk pasien
 4. Meminta bantuan pernafasan saat di butuhkan
 5. Mampu memnggambarkan rencana untuk perawatan di rumah
 6. Mengidentifikasi faktor (mis ,allergen) yang memicu ketidakefektifan pola nafas , dan tindakan yang dapat dilakukan untuk menghindarinya
- b. Intervensi nic
 1. Menejemen jakan nafas : memfasilitasi kepatenan jalan nafas
 2. Persiapan jalan nafas mengeluarkan sektret jalan nafas dengan cara memasukkan kateter penghisap ke dalam jalan nafas oral atau trakea pasien
 3. Manajemen anafilaksia meningkatkan ventilasi dan perfusi jaringan yang adekuat untuk individu yang mengalami allergen berat , (antigen –antibodi)
 4. Manajemen jalan nafas buatan memelihara selang endotrakea dan selang trakeostomi serta mencegah komplikasi serta mencegah komplikasi yang berhubungan dengan penggunaannya
 5. Manajemen asma mengidentifikasi , mengobati, dan mencegah reaksi inflamasi/konstriksi di jalan nafas
 6. Ventilasi mekanis menggunakan alat buatan untuk membantu pasien bernafas
 7. Penyapihan ventilator mekanis mambantu pasien untuk bernafas tanpa bantuan ventilator mekanis
 8. Pemantauan pernafasan mengumpulkan dan menganalisa data pasien untuk memastikan kepatenan jalan napas dan pertukaran gas yang adekuat
 9. Bantuan ventilasi menngkatkan pola pernafasn spontan yang optimal sehingga memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbon dioksida di dalam paru

10. Pemantauan tanda vital mengumpulkan dan menganalisa data kardiovaskular , pernafasan , suhu tubuh untuk menentukan dan mencegah komplikasi

a. Aktivitas keperawatan

Pada umumnya ,tindakan keperawatan untuk diagnosa ini berfokus pada pengkajian penyebab ketidakefektifan pernafasan pemantauan sttus pernafasan penyuluhan mengenai penatalaksanaan mandiri terhadap alergi , membimbiing pasien untuk memperlambat pernafasan dan mengendalikan respon dirinya membantu pasien menjalni pengobatan pernafassan , dan menenangkan pasien selama periode dispnea dan nafas pendek

Pengkajian

1. Pantau adanya pucat dan sianosis
2. Pantau efek obat pada status pernafasan
3. Tentukan lokasi dan luasnya krepitasi di sangkar iga
4. Kaji kebutuhan insersi jalan nafas
5. Observasi dan dokumentasi ekspansi dada bilateral pada pasien yang terpasang ventilator
6. Pemantauan pernafasan (NIC)
 - a. Pantau kecepatan, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan
 - b. Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot-otot bantu, serta retraksi otot pernafasan supravaskuler dan interkosta
 - c. Pantau pernafasan yang berbunyi, seperti mendengkur
 - d. Perhatikan lokasi trakea
 - e. Auskultasi suara nafas, perhatikan area penurunan / tidak ada nya ventilasi dan ada nya suara nafas tambahan
 - f. Pantau peningkatan kegelisahan, ansietas,
 - g. Catat perubahan pada S_2O , S_vO , CO_2 akhir tidal dan nilai gas darah arteri (GDA), jika perlu
7. Penyuluhan untuk pasien dan keluarga
 - a. Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola pernafasan

- b. Diskusikan perencanaan untuk perawatan dirumah, meliputi pengobatan, peralatan pendukung, tanda dan gejala yang dapat dilaporkan, sumber-sumber pengobatan
- c. Diskusikan cara menghindar allergen, sebagaicontoh
 - a. Memeriksa rumah untuk ada nya jamur di dinding rumah
 - b. Tidak menggunakan karpet di lantai
 - c. Menggunakan filter elektronik alat perapiandan AC
 - d. Ajarkan tehnik batu keefektif
 - e. Informasikan kepada pasien dan keluarga bahwa tidakbolehmerokok di dalam ruangan
 - f. Intruksikan kepada pasien dan keluarga bahwa mereka harus memberitahukan perawat saat terjadi ketidakefektifan pola nafas
- 8. Aktifitas kolaboratif
 - a. Konsultasikan dengan ahli terapai pernafasan untuk memastikan keadekuatan fungsi ventilator mekanis
 - b. Laporkan perubahan sensori, bunyinafas, polapernafasan, nilai GDA, sputum, dan sebagainya, jika perlu atau sesuai dengan protocol
 - c. Berikan obat(misalnya bronkodilator) sesuai dengan program atau protocol
 - d. Berikan terapi nebulizer ultrasonic dengan udara atau oksigen yang dilembabkan sesuai program atau protocol institusi
 - e. Berikan obat nyeri untuk mengoptimalkan pola pernafasan
- 9. Aktifitas lain
 - a. Hubungkan dandokumentasi data hasilpengkajian (misalnya sensori, suara nafas, pola pernafasan, nilai GDA, sputum, danefek obat pada pasien
 - b. Bantu pasien untuk menggunakan spirometer intesif
 - c. Tenangkan pasien selama periode gawat nafas
 - d. Anjurkan nafas dalam melalui abdomen selama periode gawat
 - e. Untuk membantu memperlambat frekuensi nafas, bombing pasien menggunakan tehnik pernafasan bibir mencucu dan pernafasan terkontrol
 - f. Lakukan pengisapan sesuai dengan kebutuhan untuk membersihkan secret
 - g. Minta pasien untuk mengubah posisi, batuk dan nafas dalam

- h. Informasikan kepada pasien sebelum memulai prosedur untuk menurunkan ansietas dan meningkatkan perasaan kendali
 - i. Pertahankan oksigen aliran rendah dengan kanul nasal, masker atau slugkup.
 - j. Atur posisi untuk mengoptimalkan pernafasan
 - k. Singkronisasikan anantara pola pernafasan klien dan kecepatan ventilasi
10. Perawatan dirumah

Jika menggunakan ventilator atau alat bantu elektrik lainnya. Kaji kondisi rumah untuk keamanan listrik dan lingkungan dan beritahu jasa pelayanan yang bermanfaat sehingga mereka segera mendapat bantuan pada kondisi listrik padam

2.5 Implementasi

Pada kegiatan implementasi, terlebih dahulu perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya agar keluarga lebih siap baik fisik maupun psikologis dalam menerima asuhan keperawatan. Kontrak meliputi waktu pelaksanaan, materi, siapa yang melaksanakan, siapa anggota keluarga yang perlu mendapat pelayanan, serta peralatan yang dibutuhkan jika ada. Kegiatan selanjutnya adalah implementasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnosis yang diangkat. Implementasi keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini:

Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:

1. Memberikan informasi
 - a. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - b. Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a. Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - c. Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan

3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - c. Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan
4. Membantu keluarga untuk menentukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - a. Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

2.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan rumah ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga yang telah disepakati bersama.

Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

2.6.1 Evaluasi berjalan (formatif)

Evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk pengisian catatan perkembangan yang berorientasi pada masalah yang dialami klien. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP

2.6.2 Evaluasi akhir (sumatif)

Evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin dicapai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan.

BAB 3. METODE PENELITIAN

Bab ini membahas tentang pendekatan yang digunakan dalam menyelenggarakan laporan kasus

3.1 Desain Penelitian

Metode penelitian yang dipakai pada laporan Tugas Akhir ini adalah . untuk mengeksplorasi masalah “ keperawatan keluarga pada Tn. I dan Tn. S yang anggota keluarga mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang tahun 2019”.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus laporan kasus. Asuhan keperawatan keluarga adalah asuhan keperawatan yang ditujukan pada anggota keluarga yang mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang pada tahun 2019”.

Yang dimaksud dengan Asma adalah penyempitan jalan nafas yang terjadi karena berbagai stimulus tertentu ,yang dimaksud pasien asma di laporan tugas akhir ini adalah pasien yang pernah teregister di pukesmas mengalami asma di dalam keluarga , keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat ,yang terpenting adalah pasien terdaftar di Puskesmas Rogotrunan

3.3 Partisipan

Partisipan dalam laporan tugas akhir ini adalah 2 klien pada dua keluarga yang mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang pada tahun 2019.

Yang menjadi binaan penyakit asma adalah

- 3.3.1 terdaftar di Puskesmas Rogotruman Lumajang dengan di diagnosis asma
- 3.3.2 Tidak mengalami penyakit penyerta lain
- 3.3.3 Bersedia menjadi partisipan dan mendatangi lembar *informed consent*
- 3.3.4 Tinggal serumah dengan anggota keluarga yang lain (suami, istri, anak)
- 3.3.5 penderita sudah mengalami asma sebelumnya / kambuhan

3.4 Lokasi dan Waktu

Laporan kasus ini dilakukan pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman pada bulan agustus 2018 sampai april 2019 selama 3 (tiga) kali kunjungan dalam 2 (dua) minggu untuk masing-masing partisipan.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Ada beberapa metode yang diperlukan dalam pengumpulan data, yaitu (Nursalam, 2011):

3.5.1 Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang paling sering digunakan pada banyak penelitian kalitatif. Wawancara ditujukan untuk mendapatkan informasi dari individu dan keluarganya yang diwawancarai. Peneliti melakukan wawancara mengeksplorasi perasaan, persepsi, dan pemikiran partisipan. Hasil anamnesa berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit, dan lain-lain). Sumber data didapat dari klien, keluarga dan petugas medis lain.

Dengan melakukan wawancara secara langsung pada pasien maupun pada keluarga yang anggota keluarganya mengalami asma terkait pasien dengan masalah keperawatan gangguan pola nafas inefektif . Pada laporan kasus ini wawancara dengan pengkajian awal (identitas pasien, keluhan pasien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit keluarga, ,polafungsi) rencana dan tindakan yang akan dilakukan hingga sampai evaluasi.

3.5.2 Observasi

Untuk memperoleh hasil observasi yang akurat dan tepat, peneliti diwajibkan memiliki keterampilan dalam melakukan observasi dan mempunyai waktu yang cukup untuk melakukan pendalaman dalam situasi yang akan diteliti. Observasi ini pasien maupun keluarga jangan mengetahui jika mengamati keadaan sekitar lingkungan pasien dalam melakukan observasi kita lihat keadaan pasien, lingkungan kamar pasien, nutrisi pasien, ruangan tamu pasien, dapur, kamar mandi maupun sekitar lingkungan rumah pasien, agar kita tahu pola hidup pasien dan keluarga, dan agar kita tahu lingkungan pasien hal apa yang dapat memicu kambuhannya asma pasien.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Sumber dokumen bisa berasal dari yang informal sampai formal. Penelitian keperawatan bisa menggunakan jadwal, laporan, dan catatan kasus, standart asuhan lainnya sebagai sumber. Peneliti memperlakukan sumber tersebut seperti transkrip wawancara atau catatan hasil observasi yang nanti dapat dianalisis dengan memberi kode dan kategori.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dari asma dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama, uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan.

Menurut Polit & Beck (2014) terdapat empat kriteria untuk menjaga keabsahan data, yaitu :

3.5.1 Credibility/kredibilitas yang memiliki arti bahwa partisipan dan pembaca penelitian mengakui persamaan antara data penelitian dengan pengalaman hidup partisipan itu sendiri (Taylor, Kermode & Roberts, 2007). Keabsahan data / kebenaran temuan sebagaimana dinilai oleh partisipan dan orang lain dalam disiplin ilmu yang sama atau dalam penelitian kuantitatif dikenal sebagai validitas internal (Schneider, Whitehead, Elliott, et al, 2007).

3.5.2 *Dependability* /dependabilitas adalah kestabilan data/ konsistensi data yang diperoleh meskipun diukur dalam waktu dan peneliti yang berbeda dengan tetap memperhatikan keunikan dari partisipan. Dalam penelitian kualitatif dikenal dua teknik untuk mengukur dependabilitas yaitu '*stepwise replication*' dan *code and recode*. Metode '*stepwise replication*' membandingkan hasil analisa data dua peneliti yang berbeda terhadap data yang sama, sedangkan metode *code and recode* membandingkan hasil analisa diwaktu yang berbeda. Kedua metode ini digunakan untuk mendapatkan konsistensi secara internal dari data yang didapatkan. Dependabilitas dalam penelitian kuantitatif dikenal dengan sebutan reliabilitas (Stommel & Wills, 2004).

3.5.3 *Confirmability* / konfirmabilitas adalah penilaian keabsahan data yang didapatkan dari kesamaan penilaian oleh dua atau lebih peneliti terhadap pengambilan keputusan dalam proses penelitian tentang bagaimana metode pengumpulan data dan bagaimana melakukan interpretasi data. Dalam penelitian kualitatif untuk mendapatkan konfirmabilitas data dapat dilakukan dengan menggunakan '*audit trails*' (Stommel & Wills, 2004). Penilaian terhadap konfirmabilitas data dapat dilakukan apabila kredibilitas, dependabilitas dan transferabilitas sudah tercapai. Dalam penelitian kuantitatif lebih dikenal dengan objektivitas (Schneider, Whitehead, Elliott, et al, 2007; Taylor, Kermode & Roberts, 2007).

3.5.4 *Transferability* adalah penilaian keabsahan data berdasarkan dari hasil penelitian dapat digunakan dalam setting yang berbeda dari penelitian yang telah dilakukan atau sejauh mana data tersebut memiliki arti dan relevansi terhadap pengalaman para pembaca hasil penelitian (Taylor, Kermode & Roberts, 2007). Istilah transferabiliti dalam penelitian kuantitatif dikenal dengan istilah validitas eksternal (Schneider, Whitehead, Elliott, et al, 2007).

3.7 Analisis Data

3.5.5 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.5.6 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

Dari dokumentasi yang terkumpul dalam bentuk penunjang salah satunya foto keadaan lingkungan dan pasien

3.5.7 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

3.5.8 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika penulisan

3.5.9 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2009).

3.5.10 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Nama responden diganti dengan inisial, nomor atau kode pada lembar pengumpulan data (Hidayat, 2009).

3.5.11 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya pengelompokan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2009).



BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian yang diperoleh pada kedua pasien yaitu pasien 1 berusia 49 tahun dan pada pasien 2 berusia 53 tahun. Pada pasien 1 mengatakan Ny. I mengatakan dirinya periksa ke pelayanan kesehatan jika asma kambuh, minum obat saat sesak kambuh, lingkungan rumah yang seadanya dan masih ada yang merokok di dalam rumah. Dan pada pasien 2 mengatakan setiap hari mengonsumsi obat asma, obat herbal dan jarang meminum obat resep dari dokter, mengatakan suami Ny.S merokok didalam rumah, dan mengatakan periksa ke pelayanan kesehatan jika asma kambuh berat. Namun pada kedua pasien tidak semua sama dengan teori, karena ada perbedaan dari tingkat pengetahuan dan struktur keluarga.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian atau pengumpulan data di dapat diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 adalah Ketidakefektifan Pola Nafas

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dalam masalah keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas pada kedua pasien mengacu pada Wilkinson dengan melakukan tindakan pencegahan pada asma dengan tindakan pendidikan kesehatan. Kolaborasi dengan pusat kesehatan setempat, bekerjasama dengan keluarga dan masyarakat setempat.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 kali kunjungan rumah pada dasarnya mengacu pada intervensi, dan hampir semuanya sudah dilakukan pada pasien, tetapi implementasi tidak dilakukan sekaligus melainkan bertahap, melihat perkembangan kondisi pasien, dan evaluasi setiap harinya pada pasien. serta keperawatan utama pada kedua pasien meliputi pemberian pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga pasien

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada kedua pasien, evaluasi keperawatan dalam masalah keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas, setelah dilakukan 3 kali kunjungan diharapkan pasien mengetahui factor pencetus asma, dan mau memodifikasi lingkungan dan mau memanfaatkan pelayanan kesehatan dan mampu merawat keluarga yang menderita asma

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Puskesmas

Mutu pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga Tn. I dan Tn. S dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas pada penderita Asma lebih ditingkatkan lagi sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan dapat meningkatkan derajat kesehatan keluarga Tn. I dan Tn. S dan masyarakat sekitar Puskesmas.

5.2.2 Bagi Klien dan Keluarga

Klien dapat melakukan tindakan yang tepat untuk anggota keluarganya yang sakit asma dengan masalah gangguan pola nafas inefektif, seperti tindakan menciptakan lingkungan yang nyaman tanpa asap rokok atau pemicu lainnya.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian dapat dijadikan *literature evidence basec* dalam penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut berdasarkan factor lainnya, jumlah saple yang lebih banyak, di tempat yang berbeda, desain lebih tepat dan tetap berhubungan dengan keluarga yang anggota keluarganya memiliki atau menderita sakit asma dengan masalah gangguan pola nafas inefektif sehingga dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan keluarga secara maksimal dan memberi perawatan mandiri pada klien dan keluarganya. Bukan hanya berkaitan dengan gangguan pola nafas inefektif saja tetapi masalah yang muncul lainnya pada klien asma dengan menggunakan metode yang baru dan lebih efisien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alsagaff, Hood dan Mukty Abdul. 2005. *Dasar- dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Airlangga University Press
- Aditama, Yoga Tjandra. 2006. *Tuberculosis, Rokok dan Perempuan*. Jakarta: FKUI
- Achjar, K. A. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Sagung Seto
- Bilotta, Kimberly A J. 2014. *Kapita Selekta Penyakit dengan implikasi keperawatan edisi 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Clark, M. V. (2013). *Asma Panduan Penatalaksanaan Klinis*. Jakarta.
- Danusantoso, Halim. 2013. *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Departemen Kesehatan RI, 2002. *Buku Pedoman Ajar Nasional tentang penyakit paru,*
- Donges, Marilyn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan. Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasi perawatan pasien*. Jakarta: Buku kedokteran EGC
- Dwika, P. H. (2016). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Mengenai Asma Terhadap Tingkat Kontrol Asma Pada Pasien Asma Di Unit Pengobatan penyakit Paru Pau . *Naskah Publis* , 1-17.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2003. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
- Kemkes. 2014. *Pedoman nasional Pengendalian Penyakit paru*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam, 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam.dkk. (2009). Faktor Resiko Asma Dan Perilaku Pencegahan Berhubungan Dengan Tingkat Kontrol Penyakit asma. *Jurnal Ners Vol.4 No 1* , 1-10.
- Ni, S. P. (2013). Asma Hubungan Antara Faktor Resiko Perilaku Pencegahan Dan Tingkat Pengendalian Penyakit. *Jurnal Ners Lestari* , 1-12.

- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Somantri, Iman. 2012. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan, edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Suddarth. Breuner. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Buku kedokteran EGC
- Widayanto, Faisalado Candra. 2014. *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Wilkinson, Judith M. 2013. *Diagnosis keperawatan edisi 9*.
- Wahid.Abd. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: CV, Trans info Media.

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : N.Y. I

Umur : 49 tahun

Jeniskelamin : ♀

Alamat : Jogo Yudan

Pekerjaan :

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarag Yang Anggota Keluarga Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Nafas Inefektif Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2019 ”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 13 April 2019.

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Basas Dwi Mawarna
NPM. 142303101019

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

(Signature)
(.....)

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : N.Y. R.

Umur : 60 tahun

Jeniskelamin : P.

Alamat : Banjarbaru

Pekerjaan :

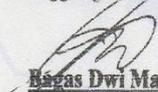
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarag Yang Anggota Keluarga Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Nafas Inefektif Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2019 ”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 13 April 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


Basas Dwi Mawarna
NPM. 142303101019

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


(..... N.Y. R.)



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/ 1778/ 1427.75/2018

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

Menimbang : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang Nomor: 554/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 15 Agustus 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama BAGAS DWI MAWARNA.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : BAGAS DWI MAWARNA
2. Alamat : Gondosuli Pakuniran Paiton Probolinggo
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/ 1423031010 19
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarga Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Nafas Inefektif Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota / Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 23 Agustus 2018 s/d 31 Desember 2018
7. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab.Lumajang, Puskesmas Rogotrunan Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 23 Agustus 2018

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL
Ub. Kasubid Lembaga Kemasyarakatan,

Tembusan Yth. :

1. Bupati Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab.Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotrunan Lumajang,
6. Sdr. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang,


Drs. TRIYADHRIANTO
Pembina
NIP. 19621209 198201 1 013



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email: d3keperawatan@unej.ac.id

**KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG**

Nomor: 553/UN25.1.14.2/LT/2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 15 Agustus 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : BAGAS DWI MAWARNA
Nomor Induk Mahasiswa : 142303101019
Tempat, Tanggal Lahir : PROBOLINGGO 26 JUNI 1996
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/VI
A l a m a t : Gondosuli Pakuniran Paiton Probolinggo

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan keperawatan keluarga pada pasien asma dengan masalah keperawatan gangguan pola nafas inifektif di wilayah Puskesmas Rogotrnan Lumajang 2018"

Dengan pembimbing :

1. R. Endro Sulistyono, S.KEP.,NERS

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Lumajang,
Pada Tanggal 15 Agustus 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang



NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM
NIP. 19650629198703 2 008

Lumajang, 15 Agustus 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat
permohonan ijin pengambilan
data

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di -

LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas
Jember Kampus Lumajang :

Nama : BAGAS DWI MAWARNA
NIM : 142303101019

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul "Asuhan keperawatan keluarga pada pasien asma dengan masalah
keperawatan gangguan pola nafas inefektif di wilayah Puskesmas Rogotruran Lumajang
2018"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator
Prodi D.3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Puskesmas Rogotruran Lumajang
Alamat : Jl. Citandui No.5, Lumajang
Waktu penelitian : Agustus – Desember 2018

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih.

Mengetahui :
Pembimbing KTI

Hormat kami,
Pemohon,


R. ENDRO SULISTYONO, S.KEP.,NERS
NIDN. 3427028801


BAGAS DWI MAWARNA
NIM. 142303101019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Penatalaksanaan dan pencegahan ASMA

Sasaran : keluarga

Tempat : Rumah Keluarga

Hari /tanggal :

Waktu : 25 menit

I. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan penyuluhan, keluarga mampu memahami tentang penyakit asma, baik penatalaksanaan maupun pencegahannya.

II. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah diberikan penyuluhan selama 25 menit diharapkan sasaran dapat :

1. Menyebutkan pengertian dari asma
2. Menyebutkan penyebab terjadinya asma
3. Menyebutkan tanda dan gejala asma
4. Menyebutkan komplikasi asma
5. Menjelaskan cara penatalaksanaan atau penanganan asma
6. Menyebutkan cara pencegahan dari asma

III. Materi Penyuluhan (terlampir)

1. Pengertian dari asma
2. Penyebab terjadinya penyakit asma
3. Perjalanan penyakit (patofisiologi) asma
4. Tanda dan gejala asma
5. Komplikasi dari asma
6. Penatalaksanaan atau penanganan dari asma
7. Pencegahan dari asma

IV. Metode

- Ceramah
- Tanya jawab

V. Media

- Leaflet

VI. Kegiatan Penyuluhan

| No | Tahapan | waktu | Kegiatan penyuluhan | Kegiatan peserta |
|----|-----------|---------|---|---|
| 1. | Pembukaan | 5 menit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. 2. Memperkenalkan diri. 3. Menjelaskan latar belakang dan tujuan dari penyuluhan. 4. Menanyakan kepada audiens mengenai pemahaman mereka seputar asma 5. Memberikan reinforcement positif dari jawaban peserta penyuluhan. 6. Membagikan leaflet | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam. 2. Memperhatikan dan mendengarkan. 3. Memperhatikan dan mendengarkan. 4. Menjawab pertanyaan. 5. Menerima reinforcement positif yang diberikan. 6. Menerima |

| | | | | |
|----|-----------------------|----------|--|--|
| 2. | Tahap pelaksanaan | 15 menit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan pengertian asma 2. Menyebutkan faktor penyebab dari asma 3. Menyebutkan tanda dan gejala asma 4. Menyebutkan komplikasi penyakit asma 5. Menjelaskan perjalanan penyakit asma 6. Menjelaskan penanganan asma 7. Menjelaskan cara pencegahan penyakit asma. 8. Peserta kesempatan untuk bertanya. 9. Memberikan reinforcement positif atas pertanyaan yang diajukan dan menjawab pertanyaan peserta. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan dan mendengarkan. 2. Memperhatikan dan mendengarkan 3. Memperhatikan dan mendengarkan 4. Memperhatikan dan mendengarkan 5. Memperhatikan dan mendengarkan 6. Memperhatikan dan mendengarkan 7. Memperhatikan dan mendengarkan 8. Peserta aktif untuk bertanya 9. Menerima reinforcement positif yang diberikan. |
| 3. | <i>Tahap evaluasi</i> | 10 menit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kembali pada peserta tentang materi yang telah diberikan, | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan. |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan reinforcement kepada peserta penyuluhan yang dapat menjawab pertanyaan. 3. Meminta salah satu peserta untuk menyimpulkan hasil penyuluhan yang telah disampaikan. 4. Mengucapkan terima kasih dan memberi salam. | <ol style="list-style-type: none"> 2. Menerima reinforcement positif yang diberikan. 3. Memberikan simpulan. 4. Menjawab salam. |
|--|--|--|---|--|

VII. Evaluasi

1 Evaluasi Struktur.

- 90% keluarga hadir di tempat penyuluhan.
- Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di rumah keluarga

2 Evaluasi Proses.

- Keluarga antusias terhadap materi penyuluhan.
- Keluarga mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar.

3 Evaluasi Hasil.

- Keluarga memahami tentang materi yang telah diberikan dan mengetahui tentang penyakit asma
- Keluarga mampu menyebutkan kembali pengertian asma dengan benar.

Keluarga mampu menyebutkan trias gejala dari asma dengan benar

- Keluarga mampu menjelaskan penatalaksanaan atau penanganan asma dengan benar
- Keluarga mampu menyebutkan cara pencegahan dari asma dengan benar.
-

VIII. Daftar Pustaka

- Mansjoer, Arif m. 2011. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius
- Smeltzer, Suzanne C dan Bare , Brenda. G.2010. *Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8*. Vol.2. Jakarta :EGC
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika

LAMPIRAN MATERI

Masalah kesehatan yang berpengaruh terhadap system pernapasan (respiratori) yang menuntut asuhan keperawatan dapat dialami oleh orang pada berbagai tingkat usia. Salah satu masalah kesehatan tersebut adalah asma.

Asma merupakan suatu masalah kesehatan terhadap system pernapasan, dimana factor yang berhubungan dengan hal tersebut, antara lain: lingkungan (misalnya merokok, menghirup asap rokok, dan infeksi), fisiologis (misalnya asma, alergi jalan napas), serta obstruksi jalan napas (misalnya sekresi tertahan ataupun spasme jalan napas). Masalah yang sering muncul pada klien yang mengalami asmatikus ini biasanya yaitu bersihan jalan napasnya yang tidak efektif, adanya gangguan pertukaran gas, dan terjadinya kebutuhan akan nutrisi yang kurang dari kebutuhan tubuh.

Kita ketahui bahwa peran perawat yang paling utama adalah melakukan promosi dan pencegahan terjadinya gangguan pada system pernapasan, sehingga dalam hal ini masyarakat perlu diberikan pendidikan kesehatan yang efektif guna meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, penyuluhan tentang asma ini merupakan cara yang tepat untuk mengubah perilaku hidup yang tidak sehat. Disamping sebagai upaya promotif dan preventif bagi masyarakat yang terkena maupun yang belum.

A. Pengertian

1. Pengertian

Asma adalah suatu inflamasi kronis saluran nafas yang melibatkan sel eosinofil, sel mast, sel netrofil, limfosit dan makrofag yang ditandai dengan wheezing, sesak nafas kumat-kumatan, batuk, dada terasa tertekan dapat pulih kembali dengan atau tanpa pengobatan. (Cris Sinclair, 1990 : 94)

Asma Bronchial adalah suatu gangguan pada saluran bronchial dengan ciri bronkospasme periodik (kontraksi spasme pada saluran

nafas). Asma merupakan penyakit kompleks yang diakibatkan oleh faktor biokimia, endokrin, infeksi, otonomik dan psikologi. (Irman Somantri, 2008 : 43)

Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas yaitu Asma Bronchial adalah gangguan atau kerusakan pada saluran bronkus yang merupakan inflamasi kronis saluran nafas dengan ciri bronkospasme periodik yang reversible (dapat kembali), adanya wheezing, sesak nafas dan batuk dengan atau tanpa adanya sekret.

2. Penyebab (Etiologi)

Sampai saat ini etiologi asma belum diketahui dengan pasti, suatu hal yang menonjol pada semua penderita asma adalah fenomena hiperaktivitas bronkus. Bronkus penderita asma sangat peka terhadap rangsangan imunologi maupun non imunologi. Karena sifat inilah maka serangan asma mudah terjadi akibat berbagai rangsangan baik fisis, metabolik, kimia, alergen, infeksi.

- a. Faktor Ekstrinsik (asma imunologik / asma alergi)
 - Reaksi antigen-antibodi
 - Inhalasi alergen (debu, serbuk-serbuk, bulu-bulu binatang)
- b. Faktor Intrinsik (asma non imunologi / asma non alergi)
 - Infeksi : parainfluenza virus, pneumonia, mycoplasmal
 - Fisik : cuaca dingin, perubahan temperatur
 - Iritan : kimia
 - Polusi udara : CO, asap rokok, parfum
 - Emosional : takut, cemas dan tegang
 - Aktivitas yang berlebihan juga dapat menjadi faktor pencetus.

Rangsangan atau pencetus yang sering menimbulkan asma perlu diketahui dan sedapat mungkin dihindarkan. Faktor-faktor tersebut adalah:

- a. Alergen utama debu rumah, spora jamur dan tepung sari rerumputan. Karena tubuh sangat responsive terhadap allergen

ini sehingga terjadi pembengkakan pada membran yang melapisi bronkus yang menyebabkan sesak nafas. Sama halnya dengan iritan seperti asap, bau-bauan, polutan yang mengiritasi membran bronkus sehingga terjadi produksi sekret yang berlebih oleh reaksi imunitas yang memfagosit bakteri-bakteri atau virus yang masuk kedalam saluran pernafasan (Cris Sinclair, 1990 : 94)

- b. Perubahan cuaca yang ekstrim seperti udara yang dingin, emosi dan olahraga yang berlebihan memicu terlepasnya histamine dan leukotrien sehingga terjadi kontraksi otot polos yang menyebabkan penyempitan saluran udara.
- c. Lingkungan kerja mempunyai hubungan langsung dengan sebab terjadinya serangan asma. Hal ini berkaitan dengan dimana dia bekerja. Misalnya orang yang bekerja dilaboratorium hewan, industri tekstil, pabrik asbes, polisi lalu lintas karena bulu binatang, serat kain, serbuk dan debu jalanan merupakan faktor pencetus serangan asma

3. Manifestasi Klinik

➤ TRIAS gejala asma terdiri atas :

- a. Dispnea (sesak nafas), terjadi karena pelepasan histamine dan leukotrien yang menyebabkan kontraksi otot polos sehingga saluran nafas menjadi sempit.
- b. Batuk, adalah reaksi tubuh untuk mengeluarkan hasil dari inflamasi atau benda asing yang masuk ke saluran nafas.
- c. Mengi (bengek), suara nafas tambahan yang terjadi akibat penyempitan bronkus.

➤ Gambaran klinis pasien yang menderita asma :

Gambaran objektif.

- a. Sesak nafas parah dengan ekspirasi memanjang disertai wheezing.
- b. Dapat disertai dengan sputum kental dan sulit dikeluarkan.
- c. Bernafas dengan menggunakan otot-otot nafas tambahan.

- d. Sianosis, takikardia, gelisah dan pulsus paradoksus.
- e. Fase ekspirasi memanjang dengan disertai wheezing (di afek dan hilus)

Gambaran subjektif adalah pasien mengeluhkan sukar bernafas, sesak dan anoreksia.

Gambaran psikososial adalah cemas, takut, mudah tersinggung dan kurang pengetahuan pasien terhadap situasi penyakitnya.

4. Patofisiologi

Proses perjalanan penyakit asma dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu alergi dan psikologis, kedua faktor tersebut dapat meningkatkan terjadinya kontraksi otot-otot polos, meningkatnya sekret abnormal mukus pada bronkiolus dan adanya kontraksi pada trakea serta meningkatnya produksi mukus jalan nafas, sehingga terjadi penyempitan pada jalan nafas dan penumpukan udara di terminal oleh berbagai macam sebab maka akan menimbulkan gangguan seperti gangguan ventilasi (hipoventilasi), distribusi ventilasi yang tidak merata dengan sirkulasi darah paru, gangguan difusi gas di tingkat alveoli.

Tiga kategori asma alergi (asma ekstrinsik) ditemukan pada klien dewasa yaitu yang disebabkan alergi tertentu, selain itu terdapat pula adanya riwayat penyakit atopik seperti eksim, dermatitis, demam tinggi dan klien dengan riwayat asma. Sebaliknya pada klien dengan asma intrinsik (idiopatik) sering ditemukan adanya faktor-faktor pencetus yang tidak jelas, faktor yang spesifik seperti flu, latihan fisik, dan emosi (stress) dapat memacu serangan asma.

5. Penatalaksanaan

Pengobatan asma secara garis besar dibagi dalam pengobatan non farmakologik dan pengobatan farmakologik.

- Pengobatan non farmakologik
 - a. Penyuluhan

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

b. Menghindari faktor pencetus

Klien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan asma yang ada pada lingkungannya, serta diajarkan cara menghindari dan mengurangi faktor pencetus, termasuk pemasukan cairan yang cukup bagi klien.

c. Fisioterapi

Fisioterapi dapat digunakan untuk mempermudah pengeluaran mukus. Ini dapat dilakukan dengan drainage postural, perkusi dan fibrasi dada.

➤ Pengobatan farmakologik

a. Agonis beta

Bentuk aerosol bekerja sangat cepat diberikan 3-4 kali semprot dan jarak antara semprotan pertama dan kedua adalah 10 menit. Yang termasuk obat ini adalah metaproterenol (Alupent, metrapel).

b. Metil Xantin

Golongan metil xantin adalah aminophilin dan teopilin, obat ini diberikan bila golongan beta agonis tidak memberikan hasil yang memuaskan. Pada orang dewasa diberikan 4 x 125-200 mg sehari.

c. Kortikosteroid

Jika agonis beta dan metil xantin tidak memberikan respon yang baik, harus diberikan kortikosteroid. Steroid dalam bentuk aerosol (beclometason dipropionate) dengan dosis 4 x 800 mg semprot tiap hari. Karena pemberian

steroid yang lama mempunyai efek samping maka yang mendapat steroid jangka lama harus diawasi dengan ketat.

d. Kromolin

Kromolin merupakan obat pencegah asma, khususnya anak-anak . Dosisnya berkisar 4 x 1-2 kapsul sehari.

e. Ketotifen

Efek kerja sama dengan kromolin dengan dosis 2 x 1 mg perhari. Keuntungannya dapat diberikan secara oral.

f. Ipratropium bromide (Atroven)

Atroven adalah antikolinergik, diberikan dalam bentuk aerosol dan bersifat bronkodilator. (Evelin dan joyce L. kee, 1994 ; Karnen baratawijaja, 1994).

6. Pencegahan

- a. Menghindari faktor pencetus atau allergen.
- b. Tidak beraktivitas terlalu berat
- c. Minum air hangat untuk melancarkan dahak atau mucus
- d. Latihan napsa dalam
- e. Kurangi konsumsi makanan berminyak yang dapat merangsang dahak
- f. Hindari stress berlebihan
- g. Menghindari makanan yang diketahui menjadi penyebab serangan (bersifat individual).
- h. Menghindari minum es atau makanan yang dicampur dengan es.
- i. Berhenti merokok dan penggunaan narkoba atau napza.
- j. Berusaha menghindari polusi udara (memakai masker, udara dingin dan lembab).
- k. Segera berobat bila sakit panas (infeksi), apabila disertai dengan batuk dan pilek.

1. Fisioterapi dapat digunakan untuk mempermudah pengeluaran mukus atau dahak.

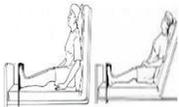
7. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan asma adalah pneumotoraks, atelektasis, gagal nafas, bronkhitis dan fraktur iga.

8. Pemeriksaan Penunjang

- a) Spirometri
- b) Uji provokasi bronkus
- c) Pemeriksaan sputum
- d) Pemeriksaan eosinofil total
- e) Uji kulit
- f) Pemeriksaan kadar IgE total dan IgE spesifik dalam sputum
- g) Foto dada
- h) Analisis gas darah

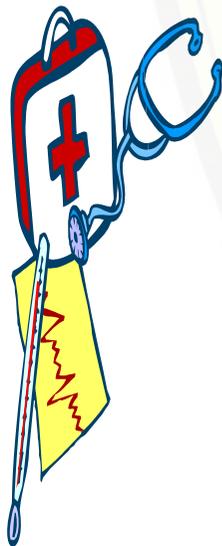
**Apa yang harus di lakukan
Saat anggota keluarga
terserang
Asma???**



1. Jangan panik
Beri posisi istirahat bersandar/
duduk tegak dengan punggung
lurus, longgarkan pakaian.
2. Berikan obat inheler (jika ada)
Atau inheler sederhana.
3. Dampingi pasien selama
bernapas masih sesak.

**WASPADA
TANDA BAHAYA
SERANGAN
ASMA.**

- Tanda bahaya bila:
1. Setelah di beri
obat dalam 10
menit tidak ada
perubahan
 2. Wajah pucat dan
bibir kebiruan
 3. Mulai tidak
sadarakan diri



bingong



ALAT DAN BAHAN :

1. Air panas 200 cc
2. Minyak kayu putih
3. Baskom sedang
4. Sendok
5. Kertas dengan tekstur keras
6. Gunting

CARA KERJA:

Tuang air panas ke dalam baskom
Teteskan minyak kayu putih 3 tetes
kedalam air panas,
bentuk kerucut kertas dengan alas seluas
permukaan baskom
(usahakan menutupi seuruh permukaan baskom)
Gunting ujung kerucut seluas kedua lubang hidung
Letakkan hidung pada lubang kerucut yang dibuat
sebelumnya,
Hirup uap dari ramuan yang dibuat selama 5-10
menit
Atau sampai pasien merasa lega.

Sumber: chest physioterapi (fisioterapi dada) oleh
Muldjono Wirjodiardjo

Memahami



Oleh:
Bagas Dwi Mawarna
NIM: 142303101019

**UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS 3
LUMAJANG**

2019

APA PENYEBAB ASMA?



1. Perubahan cuaca
2. Polusi udara
3. Asap rokok
4. Debu / Alergi
5. Infeksi saluran pernapasan
6. Gangguan emosi atau stress

APA AKIBAT LANJUT DARI ASMA?

Jika asma tidak ditangani bisa menyebabkan kerusakan paru sampai henti nafas

Tanda dan gejala

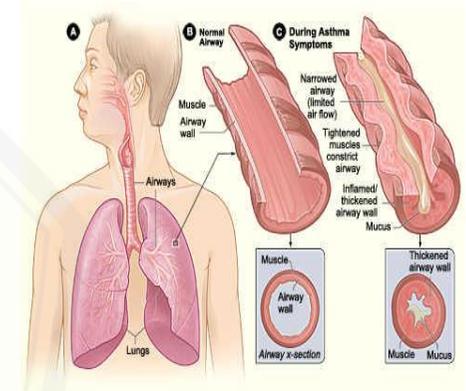
1. Sesak napas
2. Bersin-bersin
3. Batuk-batuk
4. Lemas
5. Cemas



Kenapa bisa begitu???

**Karena saluran napas menjadi sempit
Sehingga udara tidak bisa masuk dan keluar dengan baik
(udara terpaksa melewati sela (saluran pernapasan yang sempit))**

APAKAH ASMA



Asma adalah,,,,,
suatu kondisi paru-paru yang kronis dimana saluran pernapasan menyempit dan menghalangi udara yang masuk sehingga sulit untuk bernapas.

| | | |
|---|---|-----------------------------|
|  | FORMULIR | No. Dok. : |
| | LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA | Berlaku Sejak : Revisi : |

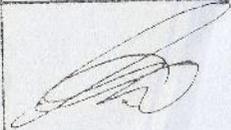
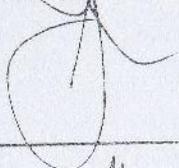
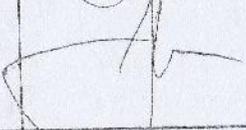
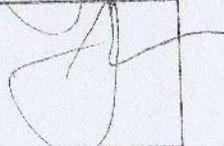
LOG BOOK PENYUSUNAN KTI MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG

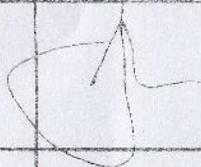
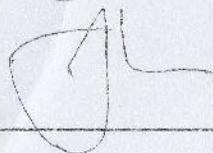
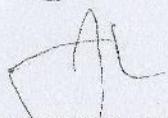
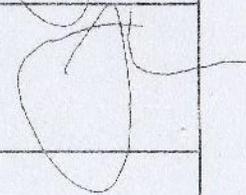
NAMA MAHASISWA
NIM
PROGRAM STUDI
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

: Bagas Dwi Maulana
: 141503101019
: D3 Keperawatan onej Kampus Lumajang
: Asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan gangguan pola napas tidak efektif

TAHAP PENULISAN KTI

| NO. | TANGGAL | KEGIATAN | HASIL KEGIATAN | TANDA TANGAN MAHASISWA | TANDA TANGAN DOSEN |
|-----|---------------|--------------|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | 22 / 3 / 2017 | Judul | |  |  |
| 2. | 17 / 4 / 2017 | Konsul BAB 1 | masalah bab 1 kurang mengerucut, kurang spesifik |  |  |

| NO. | TANGGAL | KEGIATAN | HASIL KEGIATAN | TANDA TANGAN MAHASISWA | TANDA TANGAN DOSEN |
|-----|---------------|-----------------------------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | 27/2017 /4 | Konsul Bab I dan BAB II | Bab I. Kurang data skala (cp) konus lebih di perhatikan pada masalah keperawatan |  |  |
| | | | BAB II. Perbaikan lebih diperbaiki lagi konsep penyakit kemudian konsep keluarga. | | |
| 4 | 11/2017 /4 | Konsul BAB III | Perbaikan tulisan dan penomoran di perbaiki dan semua paragraf di rata kiri |  |  |
| 4 | 20/2017 /7 | Konsul BAB I BAB II BAB III | Perbaikan tulisan, perataan kanan kiri |  |  |
| | 12/2019 /5 | Konsul B IV | konsep keluarga diperbaiki perataan tulisan | |  |
| | 14/2019 /5 | Konsul BAB IV | Perataan tulisan dan penomoran diperbaiki | |  |
| | 16/2019 /5 | Konsul BAB IV | Perataan tulisan penomoran diperbaiki | |  |

| NO. | TANGGAL | KEGIATAN | HASIL KEGIATAN | TANDA TANGAN MAHASISWA | TANDA TANGAN DOSEN |
|-----|---------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------|--|
| | 20 / 5 / 2019 | Kasus Bab IV | Acara belajar di perbaiki | |  |
| | 1 / 6 / 2019 | Kasus BAB IV IV V | Persewaan dan asuransi di perbaiki | |  |
| | 2 / 6 / 2019 | Kasus BAB IV II | Acara lebih di perbaiki | |  |
| | 3 / 6 / 2019 | Kasus BAB II III IV V | Acc major sedang | |  |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |