



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. M DAN Tn. I
YANG ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
KESEHATAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS JATIROTO
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Arum Retno Cahyani
NIM 152303101039**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. M DAN Tn. I
YANG ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
KESEHATAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS JATIROTO
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Arum Retno Cahyani
NIM 152303101039**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. M DAN Tn. I
YANG ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
KESEHATAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS JATIROTO
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

**Arum Retno Cahyani
NIM 152303101039**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tuaku (Sakri dan Hoslifah – Samsugi dan Endang Pujiastuti) yang selalu memberikan semangat, dukungan, doa dan motivasi serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kedua kakakku (Dian Ari Puspita dan Asri Kusuma Wardhani) dan Partnerku (M. Fianggara PS) yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk bisa terselesainya tugas akhir ini.
3. Sahabat tersayang (Esti Warih Prasetyaningrum, Regita Andes Setyorini MS, Indah Lailatul Fadlilah, Nurhayati Charisma dan Deryl Wijayanti), yang selalu membantu dan memberikan semangat dan dukungan di akhir penulisan tugas akhir ini.
4. Seluruh teman-teman Mahasiswa D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah bersama-sama saling mendukung selama 3 tahun dalam menyelesaikan semua tugas kuliah yang di berikan.
5. Serta seluruh dosen dan staff yang telah mendukung dan memberikan bantuan segala bentuk referensi dan segala fasilitas yang ada, serta kepada petugas perpustakaan yang telah menyediakan berbagai informasi untuk menyelesaikan tugas akhir.

MOTO

إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (٦) فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ (٧) وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَبْ (٨)

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.”

(QS. Al-Insyirah,6-8)

Jadilah orang yang rajin sebelum menyesali kemalasan yang membuat kita melewatkan kesempatan emas.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Arum Retno Cahyani

NIM : 152303101039

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M dan Tn. I yang Anggota Keluarganya Mengalami Asma dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Jatiroto Tahun 2018" 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, 02 Juli 2018

Yang menyatakan,



Arum Retno Cahyani
NIM 152303101039

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. M DAN Tn. I
YANG ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
KESEHATAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS JATIROTO
TAHUN 2018**

Oleh

Arum Retno Cahyani
NIM 152303101039

Pembimbing:

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

PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M dan Tn. I yang Anggota keluarganya Mengalami Asma dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Jatiroto Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang pada:

Hari : Senin
Tanggal : 16 Juli 2018
Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Tim Penguji:

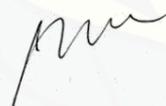
Ketua,



Ns. Laili Nur Azizah, S.Kep., M. Kep
NIP. 19751004 200801 2 016

Anggota I,

Anggota II,



Dr. H. Suhari, A.Per.Pen. MM
NIP 19630302 198603 1 023



R. Endro Suhistyono., S.Kep., Ns.,M.Kep
NIRP 760017249

Mengesahkan,

Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ

Kampus Lumajang



Ns. Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., MM.
NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

“Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M dan Tn. I yang anggota keluarganya mengalami Asma dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Jatiroto Tahun 2018”. Arum Retno Cahyani NIM 152303101039; 2018; 86 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Asma adalah sakit sesak nafas akibat adanya penyempitan saluran nafas. Penyakit ini tidak dapat disembuhkan melainkan hanya bisa dikontrol kekambuhannya sehingga menimbulkan dampak fisik maupun psikologis pada individu yang mengalaminya dan juga memerlukan perawatan di rumah untuk mencegah kekambuhannya. Dukungan sosial keluarga tentu sangat dibutuhkan untuk menghadapi situasi sulit yang dihadapi oleh individu yang mengalami asma.

Studi kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga Tn. M dan Tn. I yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di wilayah kerja puskesmas jatiroto menggunakan metode laporan kasus terhadap 2 keluarga yang tinggal di wilayah puskesmas jatiroto yaitu keluarga Tn. M dan Tn. I yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan. Intervensi ini dilakukan dalam 1 minggu dengan frekuensi tindakan 3 kali kunjungan rumah.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada kunjungan ketiga semua indikator kriteria hasil menunjukkan bahwa kedua keluarga tersebut tidak mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan sehingga muncul diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan. Berdasarkan hasil tersebut, bagi penulis selanjutnya diharapkan untuk melakukan asuhan keperawatan lebih dari 1 minggu dengan cara memperpanjang jarak antara kunjungan 1 dan 2 sehingga kedua keluarga tersebut mengetahui cara perawatan asma dirumah secara benar.

SUMMARY

"Family Nursing Care of Family Member of Participant M and Participant I Who Suffering from Asthma with Nursing Issues of Ineffective Health Management in Work Area of Puskesmas Jatiroto 2018 " Arum Retno Cahyani NIM 152303101039; 2018; 86 pages, Study Program of D3 Nursing Faculty of Nursing University of Jember

Asthma is a disease causes short of breath due to airways blockage. This disease cannot entirely be cured, but the recurrent can only be controlled which resulting in physical and psychological impact on the person who experiences it and also requires home care to prevent the recurrence. The family support is definitely needed to deal with difficult situations faced by people suffering from asthma.

This case study aims to explore the family nursing care of family member of Participant M and Participant I who suffering from asthma with nursing issues of ineffective health management in work area of Puskesmas Jatiroto uses a case report method on 2 families living in Puskesmas Jatiroto area who are the family members of Participant M and Participant I suffering from asthma with nursing issues of ineffective health management. This intervention is performed for 1 week with 3 times of home visit.

After performing nursing implementations on the third visit, all indicators of the results criteria indicate that the two families are not able to take a proper care for family members who have health problems so that there is appearance of nurse diagnoses on ineffective health management. Based on these results, for the researchers fellow are expected to conduct nursing care more than 1 week by extending the gap between the 1st and 2nd visit so that both families know how to deal with asthma at home properly.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Asma pada Keluarga Tn. M dan Ny. S dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Jatiroto Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ns. Laili Nur Azizah, S. Kep., M. Kep selaku Ketua Penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
5. Dr. H. Suhari, A.Per.Pen, MM selaku Anggota penguji I yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir
6. R. Endro Sulistyono., S.Kep., Ns.,M.Kep selaku Anggota Penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

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.

Lumajang, 02 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Persembahan	iv
Moto	v
Pernyataan	vi
Halaman Pengesahan	viii
Ringkasan	ix
Summary	x
Prakata	xi
Daftar Isi	xiii
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar	xvii
Daftar Lampiran	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN TEORI	5
2.1 Konsep Dasar Asma	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Klasifikasi	5
2.1.3 Etiologi	6
2.1.4 Patofisiologi	6
2.1.5 Manifestasi Klinik	8
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	8
2.1.7 Penatalaksanaan	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga	10
2.2.1 Konsep Keluarga	10
2.2.2 Pengkajian	15
2.2.3 Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada asma	17
2.2.4 Konsep Toksonomi diagnose keperawatan yang diangkat	17
2.2.5 Intervensi Keperawatan	19
2.2.6 Implementasi Keperawatan	22
2.2.7 Evaluasi Keperawatan	23

BAB 3 METODE KEPERAWATAN	24
3.1 Desain Penulisan	24
3.2 Batasan Istilah	24
3.3 Partisipan.....	25
3.4 Lokasi dan Waktu	25
3.5 Pengumpulan Data	25
3.6 Uji Keabsahan Data.....	26
3.7 Etika Penulisan.....	29
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	30
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan.....	30
4.2 Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan	31
4.2.1 Pengkajian	31
4.3.2 Diagnosa Keperawatan	54
4.3.3 Intervensi Keperawatan.....	60
4.3.4 Implementasi Keperawatan	62
4.3.6 Evaluasi Formatif Keperawatan	64
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	69
5.1 Kesimpulan	69
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	69
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	69
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	69
5.1.4 Implementasi Keperawatan	70
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	70
5.2 Saran	70
5.2.1 Bagi Keluarga.....	70
5.2.2 Bagi Puskesmas Jatiroto.....	71
5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya.....	71
DAFTAR PUSTAKA	72

DAFTAR TABEL

2.1 Batasan Karakteristik	18
2.2 Faktor yang berhubungan.....	18
4.1 Identitas Kepala Keluarga.....	31
4.2 Komposisi Keluarga.....	31
4.3 Tipe Keluarga.....	34
4.4 Suku Bangsa.....	35
4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan.....	35
4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	36
4.7 Aktivitas Rekreasi	36
4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	37
4.9 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga Lain	38
4.10 Karakteristik Rumah	39
4.11 Karakteristik tetangga dan Komunitas RW.....	40
4.12 Mobilitas Geografi Keluarga.....	41
4.13 Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat.....	41
4.14 Sistem Pendukung Keluarga	41
4.15 Struktur Keluarga	41
4.16 Fungsi Keluarga	42
4.17 Stres dan Koping Keluarga	46
4.18 Keadaan Gizi Keluarga	47
4.19 Pemeriksaan Status Kesehatan	48
4.20 Pemeriksaan Fisik	48
4.21 Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Lain.....	48
4.22 Harapan Keluarga.....	49
4.23 Analisa Data	52

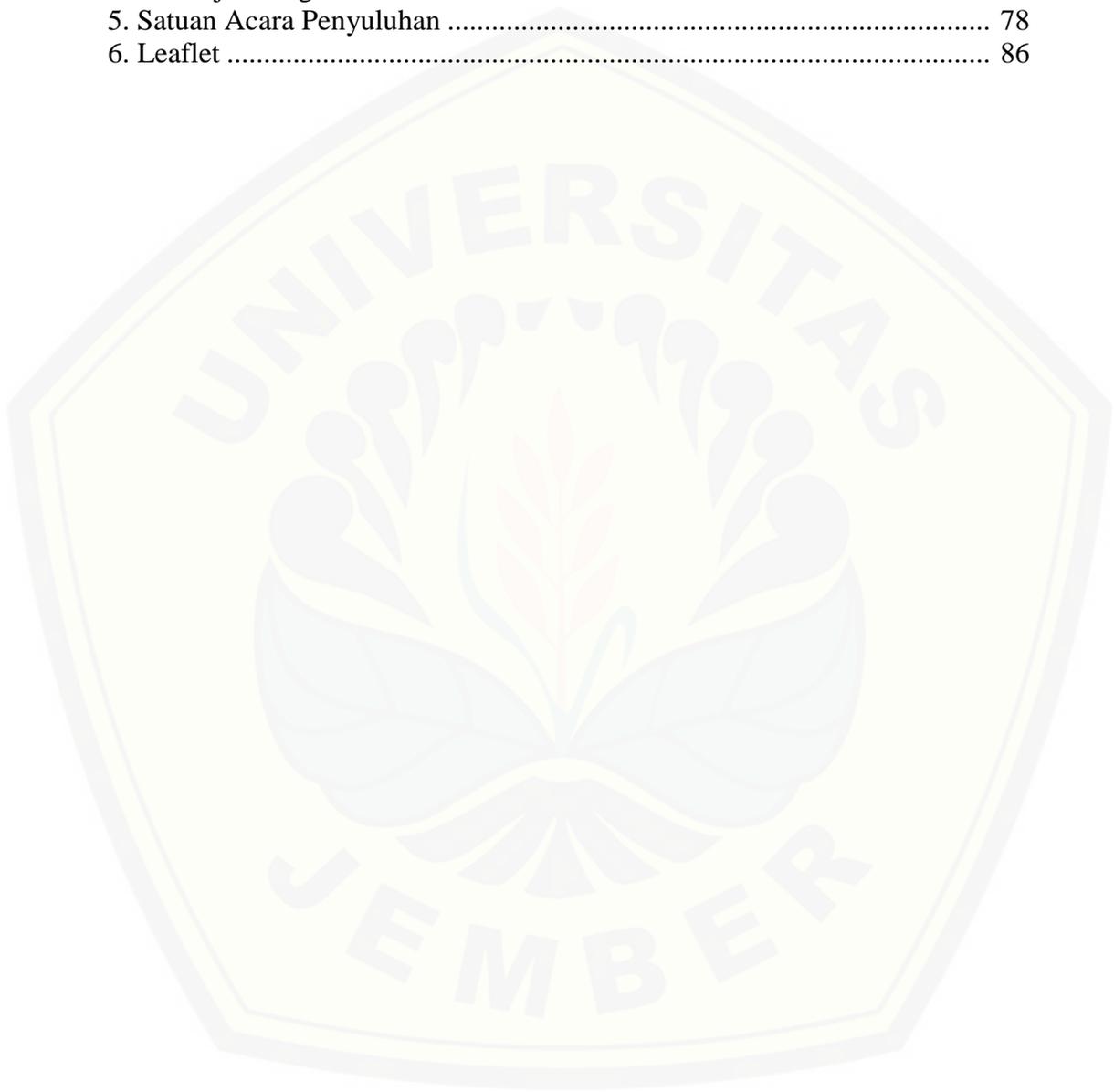
DAFTAR GAMBAR

4.1 Genogram.....	39
4.2 Denah Rumah Pasien	32



DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Penyelenggaraan KTI	74
2. Informed consent.....	75
4. Surat Ijin Pengambilan Pasien	77
5. Satuan Acara Penyuluhan	78
6. Leaflet	86



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asma adalah sakit sesak nafas akibat adanya penyempitan saluran nafas. Gejala asma dipicu oleh benda-benda yang ada disekitar, gejala ini bervariasi pada masing-masing individu, penyebab umumnya adalah udara dingin, kegiatan fisik dan virus. Apabila salah satu penyebab asma terhirup bersama udara, jaringan didalam bronkeolus meradang (mengalami inflamasi), pada saat yang sama, otot-otot bagian luar saluran pernafasan menegang, sehingga saluran pernafasan menyempit (bronkokonstriksi) (Pratyahara, 2011). Perbedaan pada sistem pelayanan kesehatan, standart gaya hidup dan akses terhadap pelayanan kesehatan menghalangi kemudahan untuk penanganan asma secara menyeluruh. Peningkatan prevalensi penderita asma juga disebabkan oleh gaya hidup masyarakat dan kurangnya pengetahuan keluarga mengenai kondisi penyakit dan pengobatan pasien asma tersebut (Margaret, 2013). Penyakit ini merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan pasien memerlukan perawatan baik di rumah maupun di rumah sakit dan asma menyerang segala usia dan semua laki-laki dan wanita (Firshein, 2006). Penyakit asma tidak dapat disembuhkan melainkan hanya bisa dikontrol kekambuhannya sehingga menimbulkan dampak fisik maupun psikologis pada individu yang mengalaminya. Individu cenderung sulit untuk menerima keadaan diri ketika didiagnosa mengalami suatu penyakit kronis. Dukungan sosial keluarga tentu sangat dibutuhkan untuk menghadapi situasi sulit yang dihadapi oleh individu yang mengalami asma (Utami, 2013).

Menurut Badan Kesehatan Dunia WHO, penderita asma pada 2025 diperkirakan mencapai 400 juta. Prevalensi asma di dunia sangat bervariasi dan penelitian epidemiologi menunjukkan peningkatan kejadian asma, terutama di negara-negara maju. Adapun di Indonesia, penyakit asma merupakan sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian. Selain mengganggu aktivitas, asma tidak dapat disembuhkan. Bahkan, dapat menimbulkan kematian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010). Data WHO memperkirakan, pada 2025 di seluruh dunia terdapat 255.000 jiwa meninggal karena asma. Jumlah ini dapat meningkat lebih besar mengingat asma merupakan penyakit yang un-

derdiagnosed. Sebagian besar atau 80 persen kematian justru terjadi di negara-negara berkembang. Tingginya angka kematian akibat asma banyak karena kontrol asma yang buruk. Hal ini juga karena sikap pasien dan dokter yang sering kali meremehkan tingkat keparahannya (Hardiarto, 2009). Setelah dilakukan studi pendahuluan dengan metode studi dokumentasi data rekam medik puskesmas Jatiroto didapatkan jumlah penderita asma pada tahun 2016 sebanyak 356 orang dengan rincian 105 orang terjadi pada laki-laki dan 251 terjadi pada perempuan dan pada tahun 2017 jumlah penderita asma sebanyak 362 orang dengan rincian 124 terjadi pada laki-laki sedangkan pada perempuan 238 orang dan jumlah tersebut mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya, dengan perbandingan presentase tahun 2016-2017 yaitu 51%-54%.

Ketika seseorang yang memiliki penyakit asma terpapar oleh faktor alergen maka saluran pernapasan akan meradang dan menyebabkan edema mukosa dan sekresi mukus sehingga akan menyebabkan klien kesulitan untuk bernapas, dada terasa sesak dan menimbulkan suara nafas mengi dan jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan gagal nafas atau berujung dengan kematian. Manifestasi klinis pada klien asma dapat bersifat cepat dan lambat. Manifestasi klinis awal disebut reaksi fase cepat (*early-phase*), berkembang dengan cepat dan bertambah sekitar satu jam. Manifestasi klinis yang bersifat lambat disebut reaksi fase lambat (*late-phase*), dimulai 4-8 jam setelah paparan yang dapat bertahan selama beberapa jam atau hari. Proses inflamasi terjadi terus-menerus sehingga menyebabkan saluran nafas menjadi hiperresponsif dan meningkatkan frekuensi secara keparahan gejala klinis yang ada (Yasmara, 2016). World Health Organization atau WHO melaporkan bahwa sebagian besar kematian akibat asma terjadi di negara dengan pendapatan rendah dan rendah menengah (Margaret, 2013). Penderita asma jika terkena faktor pemicu terjadinya asma seperti cuaca dingin, stress dan berbagai macam faktor alergen dapat menyebabkan terjadinya asma berulang (kambuh) mengingat ketidakpatuhan pasien asma sering menjadi masalah tersembunyi karena jarang dinilai saat kunjungan rutin asma. Pasien kadang enggan untuk mengakui ketidakpatuhan agar tidak mengecewakan dokternya dan dokter mungkin enggan untuk menanyakan tentang kepatuhan karena mereka tidak memiliki metode untuk memperbaikinya. Beberapa penelitian mengenai

intervensi formal untuk meningkatkan kepatuhan tidak mendapatkan hasil yang konsisten dengan kurang dari setengah penelitian yang menunjukkan manfaat. Hal ini mungkin disebabkan kurangnya pemahaman mengenai penyebab ketidakpatuhan sehingga dibutuhkan peran keluarga dalam mencegah kekambuhan berulang penyakit asma tersebut yaitu dengan cara perawatan penyakit asma dirumah (Ferliani, 2015).

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan (Harmoko, 2012). Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai 5 tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Pertama, mengenal masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dan dana kekeluargaan habis. Kedua, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarganya, tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan kekeluargaan. Ketiga, merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Keempat, memodifikasi atau memelihara lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Kelima, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi (Friedman, 2010). Dengan asuhan keperawatan keluarga yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosiologis, cultural dan spiritual yang komprehensif, diharapkan menurunkan frekuensi kekambuhan penyakit asma turun, guna meningkatkan mutu kesehatan keluarga dan derajat kesehatan masyarakat.

Dari latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam dengan tema “Asuhan Keperawatan keluarga yang anggotanya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan keluarga Tn. M dan Tn. I yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di wilayah kerja puskesmas jatiroto tahun 2018?

1.3 Tujuan Penulisan

Mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga Tn. M dan Tn. I yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di wilayah kerja puskesmas jatiroto tahun 2018.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Asuhan Keperawatan Keluarga dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dan upaya dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga khususnya pasien dengan asma.

1.4.2 Bagi Instansi Pendidikan

Asuhan keperawatan keluarga dapat menjadi bahan pertimbangan dalam proses pembelajaran dan perkembangan ilmu keperawatan khususnya keluarga pada pasien dengan asma.

1.4.3 Bagi Perawat

Hasil penulisan semoga dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan profesional dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan asma.

1.4.4 Bagi Keluarga

Menambah wawasan atau pengetahuan bagi keluarga tentang penyakit asma sehingga keluarga bisa ikut serta dalam perawatan dan pencegahan terjadinya kekambuhan penyakit asma di rumah.

1.4.5 Bagi Institusi Kesehatan

Dapat memberikan masukan untuk memperluas wawasan tentang asuhan keperawatan keluarga pada pasien asma dan cara perawatan asma di rumah.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab tinjauan pustaka ini, menguraikan tentang landasan teori yang meliputi konsep dasar asma, konsep dasar keluarga dan konsep asuhan keperawatan keluarga pada pasien asma.

2.1 Konsep Dasar Asma

2.1.1 Pengertian Asma

Asma adalah Suatu kelainan berupa inflamasi (peradangan) kronik saluran napas yang menyebabkan hiperaktifitas bronkus terhadap berbagai rangsangan yang ditandai dengan gejala episodik berulang berupa mengi, batuk, sesak napas dan rasa berat di dada terutama pada malam dan atau dini hari yang pada umumnya bersifat reversibel baik atau tanpa pengobatan(Kemenkes, 2009).

2.1.2 Klasifikasi

Asma dibedakan jadi dua jenis, yakni:

a. Asma bronkial

Penderita asma bronkial, hipersensitif dan hiperaktif terhadap rangsangan dari luar, seperti debu rumah, bulu binatang, asap, dan bahan lain penyebab alergi. Gejala kemunculannya sangat mendadak, sehingga gangguan asma bisa datang secara tiba-tiba. Jika tidak mendapatkan pertolongan secepatnya, risiko kematian bisa datang. Gangguan asma bronkial juga bisa muncul lantaran adanya radang yang mengakibatkan penyempitan saluran pernapasan bagian bawah. Penyempitan ini akibat berkerutnya otot polos saluran pernapasan, pembengkakan selaput lendir, dan pembentukan timbunan lendir yang berlebihan.

b. Asma kardiak

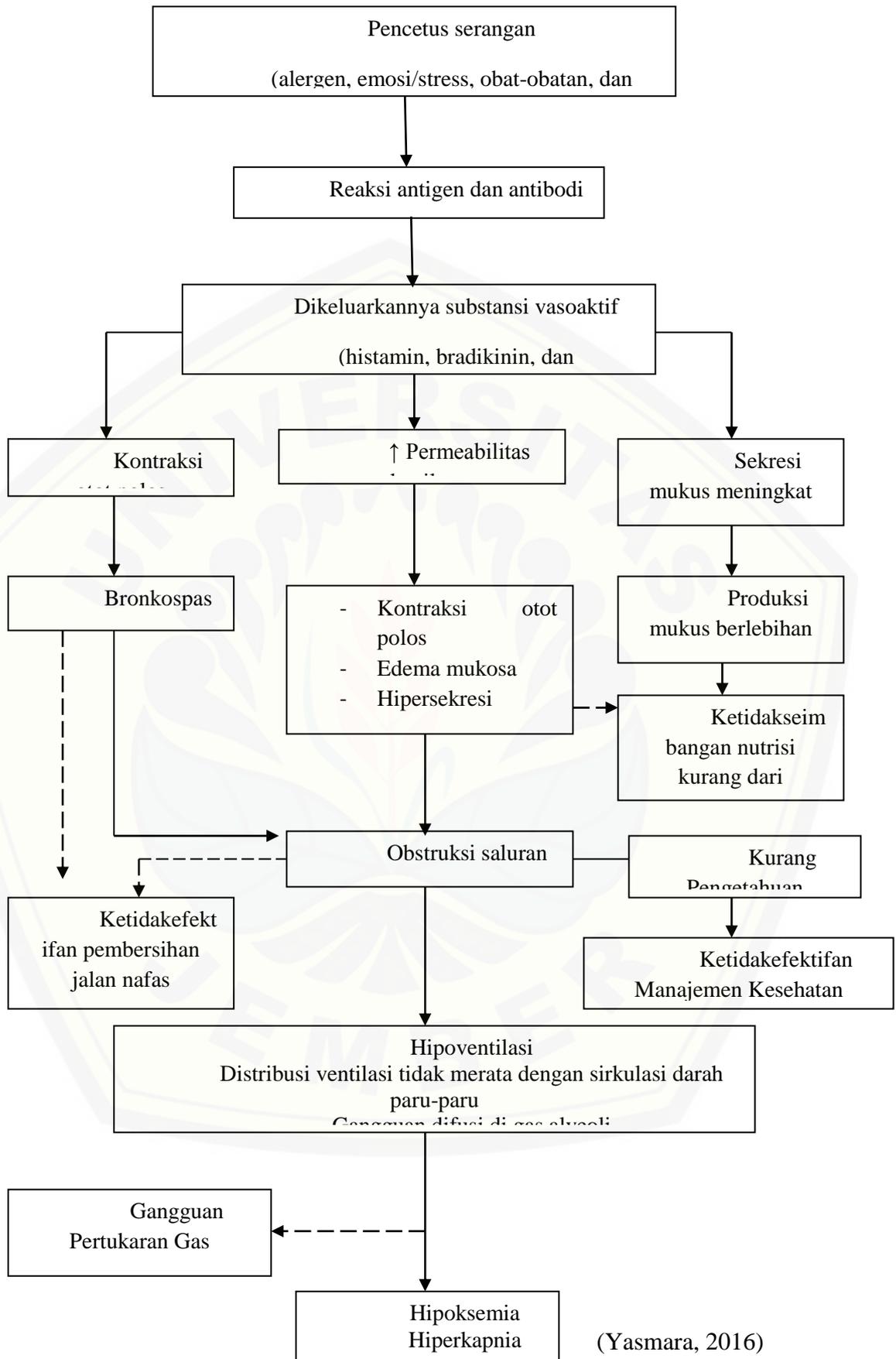
Asma yang timbul akibat adanya kelainan jantung. Gejala asma kardial biasanya terjadi pada malam hari, disertai sesak napas yang hebat. Kejadian ini disebut nocturnal paroxymul dyspnea. Biasanya terjadi pada saat penderita sedang tidur (Nurarif, 2015).

2.1.3 Etiologi

Menurut berbagai penelitian patologi dan etiologi asma belum diketahui dengan pasti penyebabnya, akan tetapi hanya menunjukkan dasar gejala asma yaitu inflamasi dan respons saluran napas yang berlebihan ditandai dengan adanya kalor (panas karena vasodilatasi), tumor (eksudasi plasma dan edema), dolor (rasa sakit karena rangsangan sensori), dan function lesa (fungsi yang terganggu). Dan rangsang harus disertai dengan infiltrasi sel-sel radang. (Sudoyo Aru dkk) Sebagai pemicu timbulnya serangandapat berupa infeksi (infeksi virus RSV), iklim (perubahan mendadak suhu, tekanan udara), inhalan (debu, kapuk, tungau, sisa-sisa serangga mati, bulu binatang, serbuk sari, bau asap, uap cat), makanan (putih telur, susu sapi, kacang tanah, coklat, biji-bijian, tomat), obat (aspirin), kegiatan fisik (olahraga berat, kelelahan, tertawa terbahak-bahak), dan emosi. (Nurarif, 2015)

2.1.4 Patofisiologi

Menurut Firshein (2006), ketika proses bernapas mengalami gangguan selama asma seringkali diawali dengan faktor pemicu, seperti allergen, ketika hal tersebut terjadi maka tubuh akan merespon dengan suatu reaksi sel peradangan yang kuat untuk melawan. Sel-sel tersebut seperti eosinofil, sel mast, getah bening, basofil, neutrofil, dan makrofag, sel-sel ini memberikan respon dengan mengeluarkan sejumlah zat kimia seperti protein-protein dan peroksida beracun yang dimaksudkan meyerang faktor pemicu, namun juga merusak beberapa jaringan yang melapisi paru. Lama kelamaan serangan asma seringkali sekalipun terbukti mampu menjadi penyebab atau menjadi rentan terhadap rangsangan. Sebagai respon kejadian tersebut, jaringan yang melapisi jalan pernapasan menjadi bengkak dan udara tidak dapat lagi bergerak cepat, produksi mukus meningkat untuk melindungi jaringan yang rusak, akan tetapi akan menutup jalan napas, dan mengurangi kemampuan paru menyerap oksigen. Saraf simpatik yang terdapat di bronkus, ketika terganggu atau terangsang maka terjadi bronkokonstriksi yang menyebabkan sulit bernapas, hasilnya adalah gejala khas dari asma, yaitu mengi, napas yang pendek, batuk, berdahak, dan dada terasa sesak (Firshein, 2006).



(Yasmara, 2016)

2.1.5 Manifestasi Klinik

Biasanya pada penderita yang sedang bebas serangan tidak ditemukan gejala klinis, tapi pada saat serangan penderita tampak bernafas cepat dan dalam, gelisah, duduk dengan menyangga ke depan, serta tanpa otot-otot bantu pernafasan bekerja dengan keras. Gejala klasik dari asma bronkial ini adalah sesak nafas, mengi (wheezing), batuk, dan pada sebagian penderita ada yang merasa nyeri di dada. Gejala-gejala tersebut tidak selalu dijumpai bersamaan. Pada serangan asma yang lebih berat, gejala-gejala yang timbul makin banyak, antara lain : silent chest, sianosis, gangguan kesadaran, hiperinflasi dada, takikardi dan pernafasan cepat dangkal. Serangan asma seringkali terjadi pada malam hari. (Nurarif, 2015)

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

- a. Spirometer: Dilakukan sebelum dan sesudah bronkodilator hirup (nebulizer/inhaler), positif jika peningkatan VEP/KVP > 20%
- b. Sputum : eosinofil meningkat
- c. Eosinofil darah meningkat
- d. Uji kulit alergi (*skin prick*) dapat dilakukan sebagai penunjang.

Pada skin prick, kulit lengan bawah bagian dalam ditandai dengan kode-kode alergen, lalu dibuat tusukan, kemudian diteteskan alergen sesuai kode. Dalam beberapa menit, akan muncul reaksi alergi (kemerahan dan bengkak) pada tusukan.

- e. Rontgen dada yaitu patologis paru/komplikasi asma
- f. Analisa Gas Darah: Terjadi pada asma berat pada fase awal terjadi hipoksemia dan hipokapnia (PCO₂ turun) kemudian fase lanjut normokapnia dan hiperkapnia (PCO₂ naik)
- g. Foto dada AP dan lateral. Hiperinflasi paru, diameter anteroposterior membesar pada foto lateral, dapat terlihat bercak konsolidasi yang tersebar. (Nurarif, 2015)

2.1.7 Penatalaksanaan

Pengobatan pada asma terbagi 2, yaitu:

1) Pengobatan non farmakologik:

- a) Memberikan penyuluhan
- b) Menghindari faktor pencetus
- c) Fisiotherapy

2) Pengobatan farmakologik :

Bronkodilator : obat yang melebarkan saluran nafas. Terbagi dalam 2 golongan :

- a) Simpatomimetik/ andrenergik (Adrenalin dan efedrin)

Nama obat :Orsiprenalin (Alupent), Fenoterol (berotec), Terbutalin (bricasma)

Obat-obat golongan simpatomimetik tersedia dalam bentuk tablet, sirup, suntikan dan semprotan. Yang berupa semprotan: MDI (Metered dose inhaler). Ada juga yang berbentuk bubuk halus yang dihirup (Ventolin Diskhaler dan Bricasma Turbuhaler) atau cairan broncodilator (Alupent, Berotec, brivasma serts Ventolin) yang oleh alat khusus diubah menjadi aerosol (partikel-partikel yang sangat halus) untuk selanjutnya dihirup.

- b) Santin (teofilin)

Nama obat : Aminofilin (Amicam supp), Aminofilin (Euphilin Retard), Teofilin (Amilex)

Efek dari teofilin sama dengan obat golongan simpatomimetik, tetapi cara kerjanya berbeda. Sehingga bila kedua obat ini dikombinasikan efeknya saling memperkuat.

Cara pemakaian : Bentuk suntikan teofillin / aminofilin dipakai pada serangan asma akut, dan disuntikan perlahan-lahan langsung ke pembuluh darah. Karena sering merangsang lambung bentuk tablet atau sirupnya sebaiknya diminum sesudah makan. Itulah sebabnya penderita yang mempunyai sakit lambung sebaiknya berhati-hati bila minum obat ini. Teofilin ada juga dalam bentuk supositoria yang cara pemakaiannya dimasukkan ke dalam anus. Supositoria ini digunakan jika penderita karena sesuatu hal tidak dapat minum teofilin (misalnya muntah ataulambungunya kering).

c) Kromalin

Kromalin bukan bronkodilator tetapi merupakan obat pencegah serangan asma. Manfaatnya adalah untuk penderita asma alergi terutama anakanak. Kromalin biasanya diberikan bersama-sama obat anti asma yang lain, dan efeknya baru terlihat setelah pemakaian satu bulan.

d) Ketolifen

Mempunyai efek pencegahan terhadap asma seperti kromalin. Biasanya diberikan dengan dosis dua kali 1mg / hari. Keuntungan obat ini adalah dapat diberika secara oral. (Margaret, 2013)

2.1 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.2.1 Konsep Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang di hubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 2010).

b. Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Menurut Friedman (2010) Tipe keluarga ada 2 yaitu :

a) Tipe keluarga tradisional

(1) Keluarga inti, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (kandung atau angkat)

(2) Keluarga besar, yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya : kakek, nenek, keponakan, paman, bibi.

(3) Keluarga “Dyad”, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

(4) “Single Parent”, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

(5) “Single Adult”, yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).

b) Tipe keluarga 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 hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama : sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

(4) The non marital heterosexual cohabiting family

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

(5) Gay and lesbian family

Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana suami-istri (marital partners).

(6) Cohabiting couple

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

(7) Group-marriage family

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya.

(8) Group network family

Keluarga inti yang dibatasi set aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

(9) Foster family

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam 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.

c. Struktur Keluarga

Menurut Friedman (2010) struktur keluarga terdiri atas :

a) Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi :

- (1) bersifat terbuka dan jujur,
- (2) selalu menyelesaikan konflik keluarga,
- (3) berpikiran positif, dan
- (4) tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri.

Karakteristik komunikasi keluarga berfungsi untuk :

- 1). Karakteristik pengirim :
 - a) Yakin dalam mengemukakan sesuatu atau pendapat.
 - b) Apa yang disampaikan jelas dan berkualitas.
 - c) Selalu meminta dan menerima umpan balik.
- 2). Karakteristik penerima :
 - a) Siap mendengarkan.
 - b) Memberi umpan balik.
 - c) Melakukan validasi.

d. Nilai-nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi, dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

e. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2010) :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri positif. Fungsi afektif merupakan “sumber energi” yang menentukan kebahagiaan keluarga. Keretakan keluarga, kenakalan anak atau masalah keluarga, timbul karena fungsi afektif didalam keluarga tidak dapat terpenuhi.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial. Sosialisasi dimulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya, dan perilaku melalui hubungan dan interaksi keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah untuk meneruskan keturunan.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian, dan tempat tinggal. Banyak pasangan sekarang kita lihat dengan penghasilan tidak seimbang antara suami dan istri hal ini menjadikan permasalahan yang berujung pada perceraian.

e. Fungsi Perawatan atau Pemeliharaan Kesehatan

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan.

f. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut : (Friedman, 2010)

- a. Mengenal masalah kesehatan
- b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- d. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
- e. Mempertahankan hubungan dengan (menggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat

g. Tugas Perkembangan Keluarga

Siklus kehidupan setiap keluarga mempunyai tahapan-tahapan. Seperti individu-individu yang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan yang berturut-turut, keluarga juga mengalami tahap perkembangan yang berturut-turut.

Adapun tahap-tahap perkembangan menurut Duvall dan Miller dalam (Friedman, 2010) adalah :

- a. Tahap I : keluarga pemula perkawinan dari sepasang insan menandai bermulanya sebuah keluarga baru dan perpindahan dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim.

- b. Tahap II : keluarga sedang mengasuh anak dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berusia 30 bulan .
- c. Tahap III : keluarga dengan anak usian pra sekolah dimulai ketika anak pertama berusia dua setengah tahun, dan berakhir ketika anak berusia lima tahun.
- d. Tahap IV : keluarga dengan anak usia sekolah dimulai ketika anak pertama telah berusia enam tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja.
- e. Tahap V : keluarga dengan anak remaja dimulai ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, berlangsung selama enam hingga tujuh tahun. Tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal dirumah hingga berumur 19 atau 20 tahun.
- f. Tahap VI : keluarga yang melepas anak usia dewasa muda, ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan “rumah kosong” ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal dirumah. Fase ini ditandai oleh tahun-tahun puncak persiapan dari dan oleh anakanak untuk kehidupan dewasa yang mandiri.
- g. Tahap VII : orang tua usia pertengahan dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan.
- h. Tahap VIII : keluarga dalam masa pensiun dan lansia dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, hingga salah satu pasangan meninggal dan berakhir dengan pasangan lainnya meninggal.

2.2.2 Pengkajian

Dalam pengkajian keluarga menurut Friedman (2010), terdiri dari :

a. Umur

Peningkatan prevalensi asma seiring bertambahnya usia dimana umur <1 tahun prevalensinya sebesar 1,1% dan umur 75+ prevalensinya sebesar 12,4% akan tetapi peningkatan prevalensi asma pada umur 75+ sebesar 12,4% ini bisa saja bukan murni penyakit asma, untuk mengidentifikasi atau mendiagnosa asma pada orang tua itu bisa saja menjadi sulit karena gejala asma hampir sama dengan

gejala penyempitan saluran nafas pada PPOK berupa sesak dan batuk sementara berdasarkan Riskesdas 2013 terlihat bahwa umur 25-34 tahun mempunyai prevalensi asma tertinggi yaitu sebesar 5,7% dan umur <1 tahun memiliki prevalensi asma terendah sebesar 1,5% (InfoDatin Asma).

b. Jenis kelamin

Penderita asma cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki karena merokok dan didalam penelitian tidak ada hubungan yang bermakna /jelas, asma bisa menyerang siapapun (Analisis Data Riskesdas 2013)

c. Status sosial ekonomi keluarga

Berdasarkan status ekonomi diketahui terdapat hubungan bermakna antara status ekonomi dan penyakit asma. Status ekonomi rendah kemungkinan mendapat penyakit asma 1,1 dibanding dengan status ekonomi tinggi.

Secara sosioekonomis, asma lebih sering ditemukan pada anggota keluarga dengan pendapatan rendah. Telah dibuat hipotesis bahwa keluarga yang berada pada atau dibawah garis kemiskinan lebih sering tinggal pada perumahan yang tidak layak dan memiliki paparan yang lebih tinggi terhadap alergen terkait pestisida dan pencetus asma.

d. Tahap perkembangan keluarga saat ini

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

e. Karakteristik rumah dan denah rumah

Pada penyakit asma lingkungan sangat memungkinkan seperti penuh debu, kotor dan asap. Jendela, kucing, sapi

f. Stress dan koping keluarga

Keadaan jiwa dan fisik seseorang terdapat hubungan yang erat dan saling mempengaruhi. Stres terbukti telah membawa kerugian bagi setiap penderitanya, misalnya, pada penderita asma (Indriana, 2014).

g. Keadaan gizi

Menurut (Prasetyo, 2010), menjaga kesehatan merupakan usaha yang tidak terpisahkan dari pengobatan penyakit asma. Bila penderita lemah dan kurang gizi, tidak saja mudah terserang penyakit asma beserta komplikasinya. Usaha menjaga kesehatan ini antara lain berupa makan makanan yang bernilai gizi baik, minum

banyak, istirahat yang cukup, rekreasi dan olahraga yang sesuai. Penderita dianjurkan banyak minum kecuali bila dilarang dokter. Karena, penderita penyakit lain seperti penyakit jantung atau ginjal yang berat. Banyak minum akan mengencerkan dahak yang ada disaluran pernapasan, sehingga dahak tadi mudah dikeluarkan. Sebaliknya, bila penderita kurang minum, dahak akan menjadi sangat kental dan sukar dikeluarkan. Pada serangan penyakit asma berat banyak penderita yang kekurangan cairan. Hal ini disebabkan oleh pengeluaran keringat yang berlebihan, kurang minum dan penguapan cairan yang berlebihan dari saluran napas akibat bernapas

2.2.3 Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada Asma

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- b. Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- d. Ketidakefektifan manajemen kesehatan yang berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. (Yasmara, 2016)

2.2.4 Konsep Toksonomi Diagnosa Keperawatan yang diangkat

Toksonomi NANDA-I, Diagnosa Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan

Domain 1 : Promosi Kesehatan

Kelas 1 : Manajemen Kesehatan

Kode Diagnosa : 00078

a. Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian kedalam kebiasaan terapeutik hidup sehari-hari untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan

untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik (Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan)(Wilkinson, 2015).

1) Batasan Karakteristik

Tabel 2.1 Batasan Karakteristik

Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegagalan melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko 2. Kegagalan memasukkan regimen pengobatan dalam kehidupan sehari-hari 3. Kesulitan dengan regimen yang di programkan 4. Pilihan yang tidak efektif dalam hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan. <p>Keluarga klien tidak bisa memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarganya. Contoh: Dukun vs pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas dll).</p>

2) Faktor yang berhubungan

Tabel 2.2 Faktor yang berhubungan

Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan ekonomi 2. Ketidakberdayaan 3. Ketidakcukupan petunjuk untuk bertindak 4. Kompleksitas regimen terapeutik 5. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan 6. Konflik keluarga 7. Konflik pengambilan keputusan 8. Kurang dukungan sosial 9. Kurang pengetahuan tentang program terapeutik 10. Persepsi hambatan 11. Persepsi kerentanan 12. Persepsi keseriusan kondisi 13. Persepsi keuntungan 14. Tuntutan berlebihan

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, dan etiologi dari diagnosis keperawatan keluarga berdasarkan hasil pengkajian dari 5 tugas kesehatan keluarga yaitu:

1. Menenal masalah kesehatan keluarga
2. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga
3. Merawat anggota keluarga yang sakit
4. Memodifikasi lingkungan
5. Memanfaatkan fasilitas kesehatan

(khusus untuk diagnosis keperawatan potensial (sejahtera atau wellness) bisa menggunakan atau tidak menggunakan etiologi).

Tipologi dari diagnosis keperawatan keluarga:

1. Aktual (terjadi defisit atau gangguan kesehatan)
Dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan.
2. Resiko (ancaman kesehatan)
Sudah ada data yang menunjang tetapi belum terjadi gangguan.
3. Potensial (keadaan sejahtera atau wellness)
Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. (Friedman, 2010)

2.2.5 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA : **Ketidakefektifan manajemen kesehatan**

Yang berhubungan dengan :

1. Defisiensi pengetahuan : kompleks regimen terapeutik
2. Kesulitan ekonomi
3. Persepsi keuntungan/keseriusan

Definisi :

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam kebiasaan terapeutik hidup sehari-hari untuk pengobatan penyakit dan sekeulunya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik. (Wilkinson, 2015)

Hasil yang Dicapai (NOC) :

Manajemen Diri: Manajemen Asma

- 1) Mengatakan pemahaman kondisi dan proses penyakit dan terapi
- 2) Mengidentifikasi hubungan tanda dan gejala terbaru dengan proses penyakit dan menghubungkan ini dengan faktor penyebab
- 3) Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan berpartisipasi dalam regimen terapi (Yasmara, 2016)

Intervensi (NIC) :

Penyuluhan: Proses Penyakit

Manajemen Asma

Independen

- 1) Jelaskan dan perkuat informasi tentang proses penyakit individual, termasuk faktor-faktor yang memicu eksaserbasi/perburukan.
- 2) Tinjau kemungkinan proses penyakit secara tepat.
- 3) Diskusikan medikasi pernapasan, efek samping, interaksi obat dan reaksi merugikan.
- 4) Rancang sistem untuk mencatat program pegguaan obat dan inhaler yang digunakan secara intermitten.
- 5) Diskusikan penggunaan herbal, terutama ketika klien mendapat beberapa medikasi pernapasan.
- 6) Rekomendasikan untuk menghindari agens sedatif anti-ansietas kecuali diprogramkan secara spesifik dan disetujui oleh dokter yang menangani kondisi pernapasan.
- 7) Intruksikan klien asma/orang tua mengenai penggunaanmeter aliran puncak dengan tepat.
- 8) Dorong klien untuk memantau status diri sendiri
- 9) Rekomendasikan klien/orang tua untuk membuat buku catatan harian atau buku catatan periodik mengenai gejala asma jika di indikasikan.

Diskusikan rencana manajemen diri:

- 10)Hindari pemicu dan cara mengendalikan faktor ini didalam dan disekitar rumah dan tatanan kerja/sekolah.
- 11)Tinjau latihan pernapasan, batuk efektif, dan latihan pengondisian secara umum.

- 12) Pentingnya perawatan oral dan hygiene dental secara regular/teratur.
- 13) Pentingnya menghindari orang-orang yang mengalami infeksi saluran pernapasan.
- 14) Diskusikan dan dorong keluarga untuk membuat rencana penyelamatan secara rinci untuk episode asma akut, termasuk cara mengidentifikasi tanda serangan akut, cara menggunakan dan memantau efek medikasi penyelamat, dan cara, kapan dan dimana mendapatkan asuhan emergency.
- 15) Tinjau efek merugikan dari merokok, dan beri saran kuat kepada klien dan orang terdekat klien untuk berhenti merokok.
- 16) Berikan informasi mengenai manfaat latihan yang teratur sambil mengatasi keterbatasan aktivitas individual.
- 17) Dorong terapi preventif untuk permainan atau olahraga yang berat.
- 18) Diskusikan pentingnya perawatan tindak lanjut medis secara teratur, kapan harus memberi tahu profesional asuhan kesehatan tentang perubahan kondisi, dan pemeriksaan spirometri periodik, foto ronsen dada, dan kultur sputum.
- 19) Tinjau kebutuhan oksien dan dosis untuk klien yang dipulangkan dengan masih menggunakan oksigen tambahan. Diskusikan penggunaan oksigen yang aman dan rujuk ke penyedia peralatan jika diindikasikan.
- 20) Instruksikan klien dan orang dekat mengenai penggunaan NIPPV secara tepat. Selesaikan masalah kemungkinan efek samping, dan identifikasi tanda dan gejala yang merugikan seperti peningkatan dispnea, kelelahan, mengantuk di siang hari, atau sakit kepala saat bangun.
- 21) Rujuk untuk mendapat evaluasi perawatan di rumah jika diindikasikan. Beri rencana asuhan terinci dan pengkajian fisik dasar kepada perawat pemberi asuhan di rumah sesuai kebutuhan saat klien pulang dari perawatan akut.
- 22) Bantu klien dan orang dekat dalam membuat pengaturan untuk mengakses bantuan emergensi, seperti sistem pertemanan untuk mendapat bantuan dengan cepat, nomor telepon khusus dan tombol panik.
- 23) Fasilitasi diskusi mengenai arahan asuhan kesehatan dan harapan di akhir kehidupan sesuai indikasi. (Yasmara, 2016)

2.2.6 Implementasi Keperawatan

Pada kegiatan implementasi. Terlebih dahulu perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya agar keluarga lebih siap baik fisik maupun psikologis dalam menerima asuhan keperawatan. Kontak 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 yaitu dengan menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:

- a. Memberikan informasi
- b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
- c. Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- d. 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
 - d) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - (1) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - (2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - (3) Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan
 - (4) Membantu keluarga untuk menentukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara: menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga; melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin dan memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara: mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga dan membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. (Padila, 2012)

2.2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk memulai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila 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 :

a. Evaluasi berjalan (formatif)

Evaluasi yang dilakukan pada setiap akhir pembahasan suatu pokok bahasan atau topik, dan dimaksudkan untuk mengetahui sejauh manakah suatu proses telah berjalan sebagaimana yang direncanakan dan berorientasi pada masalah yang dialami klien. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP.

b. 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. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAP (Padila, 2012).

Berdasarkan hasil evaluasi pada kedua klien yang memiliki masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan bahwa masalah keperawatan pada klien 1 hingga kunjungan ketiga, tujuan tercapai hanya sebagian dan pada klien 2 hingga kunjungan ketiga, tujuan tercapai.

Evaluasi ini juga menunjukkan bahwa selama 3 kali kunjungan rumah, keluarga klien 1 belum dapat menjalankan kelima tugas kesehatan keluarga tersebut dan untuk keluarga klien 2 sudah dapat menjalankan 5 tugasnya dalam mengatasi masalah kesehatan.

BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Laporan kasus adalah laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis dan keperawatan seseorang atau beberapa orang pasien secara rinci untuk tujuan peningkatan capaian pengobatan.

Pada penulisan ini, akan mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan

Adapun istilah – istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keperawatan keluarga, asma, dan manajemen kesehatan.

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses tindakan keperawatan yang dilakukan didalam lingkungan keluarga dengan menggunakan pendekatan kepada anggota keluarga klien.

3.2.2 Anggota keluarga yang mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan.

Anggota keluarga yang mengalami inflamasi kronik dengan ditandai gejala episodik berulang seperti mengi (wheezing), batuk dan sesak nafas serta keluarga mengalami ketidakmampuan mengatur kesehatan anggota keluarganya.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 keluarga yang memiliki masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatann yang memenuhi kriteria :

- 3.3.1 Keluarga yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas jatiroto
- 3.3.2 Keluarga yang mempunyai riwayat asmadan baru menderita penyakit asma
- 3.3.3 Klien yang setuju menjadi responden (menandatangani *inform consent*)

3.4 Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto Lumajang. Penelitian dilakukan selama 3 (tiga) kali kunjungan dalam 2 (dua) minggu terhadap 2 (dua) keluarga yang anggota keluarganya mengalami asma dimulai bulan Januari 2018 sampai Februari 2018.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara berinteraksi, bertanya dan mendengarkan apa yang disampaikan secara lisan oleh responden atau partisipan. Metode ini sering digunakan untuk mengetahui pendapat, pandangan, pengalaman atau persepsi responden atau partisipan tentang suatu permasalahan (Dharma, 2011). Anamnesa pada keluarga yang mengalami asma dengan keluhan riwayat sesak nafas (kesulitan untuk bernapas), dada terasa sesak dan menimbulkan suara nafas mengi serta kegagalan dalam melaksanakan program perawatan asma baik dalam hal pengurangan resiko maupun pelaksanaan terapi pencegahan kekambuhan.

3.5.2 Observasi

Observasi adalah kegiatan pengumpulan data melalui pengamatan langsung terhadap aktivitas responden atau partisipan yang terencana, dilakukan aktif dan sistematis (Dharma, 2011). Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan melakukan pengamatan secara langsung kepada

responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2009). Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan klien seperti melihat keadaan rumah dan menghitung pernafasannya / RR. Observasi dapat dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran dalam melakukan metode ini menggunakan alat tensi tekanan darah dan stetoskop. Dan bisa juga dilakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan fisik secara langsung data yang menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki atau dikenal head to toe. Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung pengkajian anamnesis. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan bahwa terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan dan terdapat suara nafas tambahan wheezing.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Peneliti menggunakan pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Media yang termasuk studi dokumentasi, antara lain yaitu buku harian pribadi, surat, otobiografi dan biografi serta dokumen dan berbagai laporan dinas. Sumber dokumen bisa dari yang informal sampai formal. Penelitian keperawatan bisa menggunakan jadwal, laporan, dan catatan kasus, standar asuhan dan lainnya sebagai sumber. Peneliti memperlakukan sumber tersebut layaknya transkrip wawancara atau hasil catatan hasil observasi, yang nanti dapat dianalisis dengan memberikan kode dan kategori (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Studi ini dilakukan dengan jalan menelusuri dokumen yang ada, misalnya kartu periksa.

3.6 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan, dan kebenaran terhadap data informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Terdapat empat istilah yang pada umumnya digunakan untuk menyatakan keabsahan data hasil temuan penelitian kualitatif,

yaitu kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas. Berikut di bawah ini penjelasan macam-macam keabsahan data pada penelitian kualitatif (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.6.1 Kredibilitas (Keterpercayaan) Data

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi atau baik ketika hasil-hasil temuan pada penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Beberapa cara yang dapat dilakukan oleh peneliti untuk memperoleh kredibilitas yang tinggi terhadap hasil temuannya, antara lain dengan melakukan cara yang pertama, yaitu memperbanyak waktu bersama partisipan, bila perlu hidup dan tinggal bersama partisipan selama mengambil data. Kedua, melibatkan diri dalam aktivitas sehari-hari bersama para partisipan dan berupaya selalu melakukan konfirmasi dan klarifikasi terhadap berbagai hal yang telah diceritakan oleh partisipan (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data

Seberapa mampu suatu hasil penelitian kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipan lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat keteralihan atau transferabilitas (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.6.3 Dependabilitas (Ketergantungan)

Dependabilitas mempertanyakan tentang konsistensi dan reliabilitas suatu instrumen yang digunakan lebih dari sekali penggunaan. Masalah yang ada pada studi kualitatif adalah instrumen penelitian dan peneliti sendiri sebagai manusia yang memiliki sifat-sifat tidak dapat konsisten dan dapat diulang. Antara peneliti satu dengan peneliti lain memiliki fokus penekanan yang berbeda dalam menginterpretasikan dan menyimpulkan hasil temuannya (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.6.4 Konfirmabilitas

Konfirmabilitas menggunakan aspek objektivitas pada penelitian kuantitatif, namun tidak persis sama arti keduanya, yaitu kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses dan elemen – elemen penelitiannya. Cara peneliti menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan konfirmabilitas temuannya dapat melalui audit trial dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.7 Analisis Data

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki empat tahapan, yaitu sebagai berikut (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.7.1 Pengumpulan data, dengan menggunakan hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Studi Dokumentasi). Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur.

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

3.7.3 Penyajian data, dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan, ataupun teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien.

3.7.4 Kesimpulan, dari data yang disajikan, kemudian 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, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.8 Etika Penulisan

3.8.1 Lembar Persetujuan

Informed consent atau lembar persetujuan 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 dan mengetahui dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut antara lain : inisial nama klien, umur klien, alamat rumah klien, tujuan dilakukannya tindakan, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

3.8.2 Tanpa Nama

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.8.3 Kerahasiaan

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti (Hidayat, 2009).

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang muncul pada pasien asma dari pemeriksaan fisik yaitu terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan dan terdapat suara nafas tambahan wheezing/mengi dan masalah keperawatan keluarga yang muncul adalah ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang mengalami asma yang mengarah kepada terjadinya ketidakefektifan manajemen kesehatan.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada kedua klien adalah ketidakefektifan manajemen kesehatan, dimana didapatkan perilaku keluarga klien yang tidak mampu merawat anggota keluarga yang mengalami asma sehingga manajemen kesehatannya tidak efektif.

Faktor resiko dari diagnosa keperawatan resiko cedera menurut NANDA tahun 2015 berjumlah 4 faktor resiko. Salah satu dari faktor resiko yang muncul pada pasien asma adalah Pilihan yang tidak efektif dalam hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan, dimana hal tersebut dapat menyebabkan klien kurang terkontrol ketika penyakit asmanya kambuh dalam kegiatan dan saat beraktivitas. Selain itu, faktor dari keluarga yang kurang mendukung dan lingkungan yang kurang efektif bagi pasien untuk menghindari faktor faktor pencetus serangan asma .

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada klien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan ada 23 intervensi, dimana pada 23 intervensi tersebut menekankan pada manajemen kesehatan dan pengaturan lingkungan, pendidikan kesehatan tentang faktor pencetus serangan asma dan perawatan pasien asma dirumah, dan manajemen kesehatan keluarga, dimana pada semua intervensi diharapkan keluarga dapat ikut serta dalam membantu merawat klien.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan adalah menjelaskan untuk menghindari pemicu dan cara mengendalikan faktor ini didalam dan disekitar rumah dan tatanan kerja/sekolah, mendiskusikan pentingnya perawatan tindak lanjut medis secara teratur, kapan harus memberi tahu profesional asuhan kesehatan tentang perubahan kondisi dan perawatan pasien asma dirumah yang benar, memberikan pendidikan kesehatan.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil yang dicapai dalam 3 kali kunjungan terhadap keluarga dengan asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan antara lain manajemen kesehatan menjadi efektif dibuktikan Keluarga dan pasien mengatakan pemahaman kondisi dan proses penyakit dan terapi serta keluarga dan pasien dapat memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan berpartisipasi dalam regimen terapi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Keluarga

Perawatan asma dirumah sangat penting untuk dilakukan karena dengan adanya perawatan yang sesuai dan tepat maka akan mengurangi resiko kekambuhan asma kembali meminimalkan terjadinya faktor pencetus dan penyebab serangan asma. Perawatan yang baik yang seharusnya dilakukan oleh petugas kesehatan di rumah sakit kini harus bisa dilaksanakan oleh keluarga di rumah. Keluarga sebagai fasilitator dan sumber yang mendukung klien seharusnya dapat membantu secara maksimal dalam perawatan klien. Lingkungan yang mendukung dan nyaman tentunya harus dapat dikontrol dan disiapkan dengan baik oleh keluarga, sehingga klien dapat meminimalisir terjadinya kekambuhan

penyakit asma dan mau pergi ke fasilitas kesehatan terdekat jika serangan asma tersebut tidak bisa dilakukan perawatan di rumah.

5.2.2 Bagi Puskesmas Jatiroto

Sebagai sumber pelayanan terdekat bagi kedua klien maka Puskesmas Jatiroto untuk bisa dijadikan sebagai fasilitator dan sumber informasi bagi keluarga pasien asma yang tidak mau berobat ke pelayanan kesehatan terdekat. Serta petugas kesehatan sebaiknya melakukan kunjungan di rumah dan memberikan penyuluhan.

5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya untuk dapat menyajikan dan memberikan perawatan secara berkesinambungan dengan menyusun catatan perkembangan berkelanjutan untuk mengevaluasi pasien sehingga pasien dapat lebih aktif pergi ke pelayanan kesehatan terdekat dan dapat menerapkan perawatan pada pasien asma di rumah yang benar dan tepat untuk selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Baratawidjaja, K. G. (2009). *Alergi Dasar. Edisi 1*. Jakarta: Interna Publishing.
- Bull, E. d. (2010). *Asma*. Jakarta: Erlangga.
- Cahyani. (2013, Februari 15). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Hypersensitivetas Pada Sistem Respirasi Asma*. Dipetik Mei 31, 2018, dari http://rifaaprillia-fkp11.web.unair.ac.id/artikel_detail-72729-Umum-ASUHAN%20KEPERAWATAN%20PADA%20KLIEN%20D
- Cutetomatto. (2012, November 22). *Pengaruh Psikologi Pada Penderita Asma*. Dipetik Mei 31, 2108, dari <http://artikelduniawanita.com/pengaruh-psikologi-pada-penderita-asma.html>
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Ferliani. (2015). Kepatuhan Berobat pada Pasien Asma. *Jurnal penyakit dalam indonesia* , 1-2.
- Firshein, R. N. (2006). *Memulihkan Asma: Cara Menghentikan Gangguan Asma Secara Menyeluru*. Yogyakarta: Indeks.
- Francis, C. (2008). *PERAWATAN RESPIRASI*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Friedman, M. M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5*. Jakarta: EGC.
- Halim. (2014). *BUKU SAKU ILMU PENYAKIT PARU*. Jakarta: EGC.
- Harmoko. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan definisi & klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indriana. (2014). **TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF UNTUK MENGURANGI STRES PADA PENDERITA ASMA**. *Jurnal Ilmiah Psikologi terapan* , 1.
- Kemenkes. (2009). *Pedoman Pengendalian Penyakit Asma*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

- Margaret. (2013). *Asma*. Jakarta: EGC.
- Martono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT Raya.
- Nurarif. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction.
- Padila. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Perry, P. &. (2009). *Fundamental Keperawatan. Edisi 7*. Jakarta :: Salemba.
- Prasetyo, B. (2010). *Seputar Masalah Asma: Mulai dari Sebab-sebabnya, Resikoresikonya, dan Cara-cara Terapinya Secara Medis dan Alternatif Plus Kisahkisah*. Jogjakarta: Diva Press.
- Pratyahara. (2011). *Asma pada Balita*. Jakarta: PT. Buku Kita.
- Puskesmas Jatiroto, R. M. (2017). *Laporan Penyakit*.
- Qomariah. (2009). *Pengaruh Faktor Lingkungan terhadap Penyakit Asma di Indonesia*.
- RI, D. (2009). *Standart Pelayanan Minimal* . Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural*. Jakarta: EGC.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Widjaya. (2010). *Asma*. Yogyakarta: Pinang Merah.
- Wilkinson, M. J. (2015). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Yasmara, Deni. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.

Lampiran 1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2017												TAHUN 2018											
	AGST-SEP			OKTO			NOV			DES			JAN			FEB-MEI			JUNI			JULI		
Penyusunan Proposal Laporan Kasus																								
Sidang Proposal																								
Revisi																								
Pengumpulan Data																								
Konsul Penyusunan Data																								
Ujian Sidang																								
Revisi																								
Pengumpulan Studi Kasus																								

Lampiran 2

**Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan
(Informed Consent)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. M

Umur : 58 th

Jenis Kelamin : L

Alamat : Kaliboto Lor.

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

“Asuhan Keperawatan keluarga yang anggotanya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto”.

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

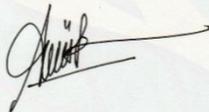
Lumajang, 27 Januari 2018

Mengetahui

Yang Menyetujui

Penanggung jawab Penelitian

Peserta Penelitian



Arum Retno Cahyani

NIM. 152303101039



(.....)
MIST-10

Lampiran 2

Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan
(Informed Consent)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi	: D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG
----------------	---------------------------------------

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : My. P

Umur : 58 th

Jenis Kelamin : P

Alamat : Kaliboto Lor

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

“Asuhan Keperawatan keluarga yang anggotanya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto”.

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

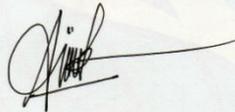
Lumajang, Januari 2018

Mengetahui

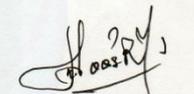
Penanggung jawab Penelitian

Yang Menyetujui

Peserta Penelitian

Arum Retno Cahyani

NIM. 152303101039


(.....SUPAR MLATI.....)



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 : 072/192/427.63/2017

- 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 Unicersitas Jember Nomor : 31/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 23 Januari 2018, perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama ARUM RETNO CAHYANI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : ARUM RETNO CAHYANI
2. Alamat : Kaliboto Lor, Jatiroto
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember / 152303101039
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota Keluarganya Mengalami Asma Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Jatiroto Tahun 2018
2. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
3. Penanggung jawab: Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
4. Anggota/Peserta : -
5. Waktu Penelitian : 30 Januari 2018 s.d 31 Mei 2018
6. Lokasi Penelitian : Puskesmas Jatiroto

- 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, 29 Januari 2018

Tembusan Yth. :

1. Bpk. 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 Jatiroto
6. Sdr. Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Lumajang
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang Hubungan Antar Lembaga



**SATUAN ACARA PENYULUHAN
PENYAKIT DAN PERAWATAN ASMA**



Oleh :

ARUM RETNO CAHYANI

NIM. 152303101039

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

UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG

2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Semester	: 5 (lima)
Pokok Bahasan	: Penyakit dan Perawatan Asma
Waktu	: 15 menit
Sasaran	: Keluarga
Tempat	: Rumah Keluarga
Penyuluh	: Arum Retno Cahyani

I. ANALISA SITUASI

1. Peserta Penyuluhan
Seluruh Anggota Keluarga
2. Penyuluh
Arum retno Cahyani
3. Ruangan
Rumah keluarga dan dengan pencahayaan ruangan terang

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit keluarga mengetahui tentang penyakit dan cara Perawatan Asma.

III. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga dapat :

- a. Menyebutkan kembali pengertian dan manfaat perawatan Asma dengan benar tanpa diberitahu
- b. Menyebutkan kembali gejala dari penyakit Asma dengan benar tanpa diberitahu
- d. Menyebutkan kembali penyebab dan pencetus penyakit Asma dengan benar tanpa diberitahu

IV. POKOK MATERI

Materi penyuluhan terlampir :

- a. Pengertian penyakit Asma
- b. Penyebab penyakit Asma
- c. Tanda dan gejala penyakit Asma
- d. Faktor pencetus penyakit Asma
- e. Cara perawatan penyakit Asma
- f. Cara pencegahan penyakit Asma

V. METODE PENYULUHAN

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

VI. MEDIA PENYULUHAN

1. Leaflet

VII. KEGIATAN BELAJAR MENGAJAR

Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	aktu
Pembukaan	<ul style="list-style-type: none"> - Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dari penyuluhan - Menyebutkan materi yang akan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam - Mendengarkan - Mendengarkan - Memperhatikan 	menit

	<p>diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggali pengetahuan sasaran tentang Pengertian penyakit Asma, Penyebab penyakit Asma, Tanda dan gejala penyakit Asma, Faktor pencetus penyakit Asma, Cara perawatan penyakit Asma dan Cara pencegahan penyakit Asma - Menjelaskan waktu pelaksanaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan pengetahuannya - Mendengarkan 	
<p>Pelaksanaan</p> <p>Penutup</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan Pengertian penyakit Asma, Penyebab penyakit Asma, Tanda dan gejala penyakit Asma, Faktor pencetus penyakit Asma, Cara perawatan penyakit Asma dan Cara pencegahan penyakit Asma - Memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya - Menjawab pertanyaan peserta - Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan sebagai evaluasi - Menyimpulkan hasil penyuluhan - Memberikan tindak lanjut - Mengucapkan terima kasih atas partisipasi peserta 	<ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan - Memperhatikan - Memperhatikan - Bertanya - Memperhatikan - Menjawab pertanyaan - Mendengarkan - Memperhatikan - Mendengarkan - Menjawab salam 	<p>0</p> <p>menit</p> <p>menit</p>

	- Mengucapkan salam penutup	
--	-----------------------------	--

VIII. MATERI

ASMA

A. DEFINISI

Asma adalah suatu penyakit dengan ciri peningkatan respon trachea terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi penyempitan jalan nafas dan derajatnya dapat berubah-ubah baik secara spontan maupun sebagai rangsangan dari hasil pengobatan.

B. PENYEBAB

- a. Alergi dari debu rumah
- b. Polusi udara
- c. Obat-obatan
- d. Lingkungan kerja yang normal
- e. Kegiatan jasmani yang berlebihan
- f. Perubahan cuaca yang ekstrim
- g. Ketegangan jiwa
- h. Emosi
- i. Infeksi saluran nafas

C. TANDA DAN GEJALA ASTHMA

- a. Sesak nafas
- b. Adanya suara mengi dan wheezing
- c. Nafas cepat dan dalam
- d. Kadang disertai nyeri dada

e. Gelisah

f. Batuk

D. FAKTOR PENCETUS ASTHMA

a. Faktor alergi : Debu rumah, bulu binatang, selimut wol, jamur

b. Faktor cemas dan emosi

c. Faktor infeksi : Infeksi saluran nafas dan virus dan bakteri

d. Faktor zat makanan : Udang, susu, telur, tape, kacang2an dsb

e. Faktor zat kimia : Obat nyamuk, asap rokok, asap lampu, asap kompor

f. Faktor zat fisik : Perubahan cuaca

g. Faktor kegiatan jasmani : Asma karena latihan yang berlebihan

h. Faktor obat-obatan : Aspirin, Ampicillin, Penisillin

E. CARA PERAWATAN ASTHMA

a. Ciptakan lingkungan yang tenang

b. Istirahat cukup

c. Hindari faktor pencetus

d. Nutrisi cukup

F. CARA PENCEGAHAN SERANGAN ASMA

a. Hindari faktor pencetus

b. Kontrol teratur

c. Minum obat secara teratur

d. Olah raga ringan

G. Latihan Inhalasi

Posisi Duduk

- Muka klien mendekat ke waskom yang sudah berisi air panas dan dicampur Menthol Oil
- Tutup rapat dengan handuk dari mulai kepala sampai ke leher supaya uap dari waskom tidak keluar.
- Menghisap dengan beraturan.
- Berikan air hangat untuk diminum

H. Latihan Batuk Efektif

Posisi Duduk

- tarik nafas dalam dari hidung buang secara relaks sebanyak tiga kali ,waktu menarik nafas yang ketiga tahan selang beberapa detik (1-2 detik) kemudian batukan secara kuat hingga dahak keluar.
- Berikan air hangat untuk diminum klien

I. Cara Pengeluaran Dahak

a. Pengertian

adalah suatu cara yang digunakan untuk mengeluarkan dahak di daerah pernafasan

b. Kegunaan

- Mengeluarkan dahak
- Mengurangi sesak nafas

c. Penepukan

Tepek-tepek daerah punggung selama 30-60 detik. Lakukan pernafasan dalam lalu batukkan. Dahak ditampung ditempat tertutup.

d. Penggetaran

Posisi kepala lebih rendah dengan perut di ganjal bantal. Kedua tangan melakukan tindakan diatas punggung yang ditolong. Getarkan tangan yang melakukan tindakan selama 30-60 detik.

e. Pengeluaran

Berikan air minum hangat lalu suruh nafas dalam dan batukkan. Dahak ditampung di tempat tertutup.

IX. EVALUASI

Prosedur :

1. Selama proses penyuluhan
2. Setelah proses penyuluhan

Jenis tes : Lisan

Bentuk tes : Subyektif

Macam-macam pertanyaan :

1. Apa pengertian asma ?
2. Apa Tanda dan gejala asma ?
3. Apa saja Faktor pencetus penyakit Asma ?
4. Bagaimana Cara perawatan penyakit Asma ?
5. Bagaimana Cara pencegahan penyakit Asma ?

PENYAKIT DAN PERAWATAN ASMA



OLEH :

Arum Retno Cahyani
NIM 152303101039

PROGRAM STUDI D3
KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018

PENGERTIAN ASMA

Asma adalah Suatu penyakit dengan ciri peningkatan respon trachea terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi penyempitan jalan nafas dan derajatnya dapat berubah-ubah baik secara spontan maupun sebagai rangsangan dari hasil pengobatan .

PENYEBAB ASMA

- Alergi dari debu rumah
- Polusi udara
- Obat-obatan
- Lingkungan kerja yang normal
- Kegiatan jasmani yang berlebihan
- Peubahan cuaca yang extrim
- Ketegangan jiwa
- Emosi
- Infeksi saluran nafas



TANDA DAN GEJALA

- Sesak nafas
- Adanya suara mengi dan wheezing
- Nafas cepat dan dalam
- Kadang disertai nyeri dada
- Gelisah
- Batuk

FAKTOR PENCETUS ASMA

- Faktor alergi : Debu rumah, bulu binatang, selimut wol, jamur
- Faktor cemas dan emosi
- Faktor infeksi : Infeksi saluran nafas dan virus dan bakteri
- Faktor zat makanan : Udang, susu, telur, tape, kacang2an dsb
- Faktor zat kimia : Obat nyamuk, asap rokok, asap lampu, asap kompor
- Faktor zat fisik : Perubahan cuaca
- Faktor kegiatan jasmani : Asma karena latihan yang berlebihan
- Faktor obat-obatan : Aspirin, Ampicillin, Penisillin

CARA PERAWATAN ASMA

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Istirahat cukup
- c. Hindari faktor pencetus
- d. Nutrisi cukup

CARA PENCEGAHAN SERANGAN ASMA

- a. Hindari faktor pencetus
- b. Kontrol teratur
- c. Minum obat secara teratur
- d. Olah raga ringan



Latihan Inhalasi

Posisi Duduk

- Muka klien mendekati ke waskom yang sudah berisi air panas dan dicampur Menthol Oil
- Tutup rapat dengan handuk dari mulai kepala sampai ke leher supaya uap dari waskom tidak keluar.
- Menghisap dengan beraturan.
- Berikan air hangat untuk diminum

Latihan Batuk Efektif

Posisi Duduk

- Tarik nafas dalam dari hidung buang secara relaks sebanyak tiga kali ,waktu menarik nafas yang ketiga tahan selang beberapa detik (1-2 detik) kemudian batukan secara kuat hingga dahak keluar.
- Berikan air hangat untuk diminum klien

**PERIKSAKAN
RUTIN
KESEHATAN
ANDA !!!**



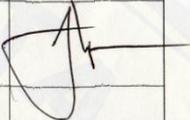
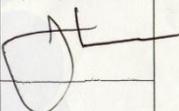
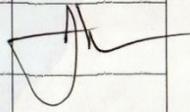
	FORMULIR	No. Dok. : Akp/F/K/29
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	Berlaku sejak : 2015 Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : *Arum Retno Cahyani*
 NIM : *15.041*
 PROGRAM STUDI :
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR

NO	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	04 Agustus 2017		<i>Judul</i> B Menentukan masalah keperawatan dan tempat, literatur, buku jurnal penelitian	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	07 Agustus 2017		bab 1 Susunan harus mses di kronologi harus ada dampaknya	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3.	10 Agustus 2017		Bab 1. masalahnya belum ada Tidak ada tentang keluarga.		
4.	15 Agustus 2017		DAPUS ACC, jarak dapus 1 cm.		
5.	19 Agustus 2017		Bab 2. Tentang pengkajian keluarga kurang lengkap		

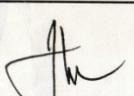
NO	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
6.	24 Agustus 2017		Penulisan proposal, baca buku panduan, literatur lain.		
7.	28 Agustus 2017		Bab 3. Laporan kasus, buatkan studi kasus, desain penelitian.		
8.	29 Agustus 2017		- Disamping kata Penyusunan, revisi		

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA MAHASISWA : ARUM RETNO CAHYANI
N I M : 152303101039
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto

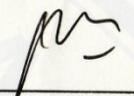
TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	05/18 /02	Bab 4 (pra)	<ul style="list-style-type: none"> • Kumpulan Tim 1 • persiapkan materi 		
2.	06/18 /02	Bab 4	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil tulisan tulis besok • P, T, O • membera one of the by 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	7/2 WP	- Hasil	- Hasil lagu su 2 pasikan dibandungkan. Fokus not maxiler - su → mawar - bagan bisa diteliti pogramen		
4	08/18 /02	- Hasil (pengkajian)	- Head to TOa - lampirkan arbitrasi → Biosk Langbeep		
5	13/18 /02	- Pembahasan	- TM → 2 → ... } F.T.O → TM → 2 → ... } pura ma ma 3 ...		
6.	01/18 /03	- Pembahasan	• Gambaran lobesij • Hecik → F T to → • buktias FTI → pialras panelki		
7		- Pembahasan	• FTO kurang tajam - Gambaran perbaikan		
8.		- Bab 5	- Pengkajian kurang lengkap		
9.		- Dapus	- Rata daftar pustaka		

ARUM RETNO. C

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	09/18 /07	- Bab 1 kronologis - Bab 2 → Hasil uji kuit - Bab 3 → Batasan - Bab 4 → rkr			
2.	11/18 /07	- Bab 1 kronologis - Ringkasan → diskusi - Patologi → Pathway + konsep keluarga - Dk p/4 5 tgs keluarga - Sumber referensi			
3.	12/18 /07	Bab 3 Batasan istilah			
4.	13/18 /07	Bab 3 Batasan istilah	ACC		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1	10/18 /07	- Motto → Arab - Manfaat bagi industri kesehatan - + Ak resiko tegasi frekuensi berulang	Ace - Cara Interview → Reality → T&T ang Pengisi I Dulu!		
2.	13/10 /07		Ace sugama Sugama peng 2		