



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. R DAN Tn. Y DENGAN PENYAKIT
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PENATALAKSANAAN PROGRAM TERAPEUTIK KELUARGA
DI WILAYAH KERJAPUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG TAHUN 2018
LUMAJANG TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

TITIS RAMADANI

NIM : 152303101140

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

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah berjudul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. R dan Tn. Y dengan penyakit asma dengan masalah Keperawatan Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018” telah disetujui pada:

Hari, tanggal : 16 Juli 2018

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing,

DWIOCHTA P. S.KM
NRP. 760017245



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. R DAN Tn. Y DENGAN PENYAKIT
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PENATALAKSANAAN PROGRAM TERAPEUTIK KELUARGA
DI WILAYAH KERJAPUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

TITIS RAMADANI

NIM : 152303101140

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. R DAN Tn. Y DENGAN PENYAKIT
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PENATALAKSANAAN PROGRAM TERAPEUTIK KELUARGA
DI WILAYAH KERJAPUSKESMAS ROGOTRUNAN
KABUPATEN LUMAJANG TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

Oleh

TITIS RAMADANI

NIM : 152303101140

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

PERSEMBAHAN

Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku (Suharijono dan Sunarmi) yang selalu memberikan semangat, dukungan, doa dan motivasi serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kakakku (Nila Erpina, Vivin Yuliani, Teddy Susanto) yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk bisa terselesainya tugas akhir ini.
3. Serta seluruh civitas akademika Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

MOTO

“ Lakukanlah semua hal dengan cinta dan kasih, maka semua akan berjalan dengan indah. Lakukanlah setiap hal dengan Ikhlas dan desabaran, niscaya akan berjalan dengan mudah”

(Ust. Yusuf Mansur)*

“ Kreatifitas, kegigihan, dan keuletan dalam melakukan percepatan diri adalah kunci suksesnya karya besar orang-orang biasa dalam meluarbiasakan dirinya”

(Solikhin Abu Izzudin)*

*Syukur, A. (2012). *Man Yazra' Yahshud*. Yogyakarta: Safirah

PERNYATAAN

Dengan ini saya, yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Mahasiswa : TITIS RAMADANI

NPM : 152303101140

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya berjudul:

“Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. R dan Tn. Y dengan penyakit asma dengan masalah Keperawatan Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri.
2. Tidak memuat karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diacu dalam karya tulis ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan saya buat dalam keadaan sadar tanpa ada tekanan dari siapa pun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 16 Juli 2018

Yang menyatakan,

TITIS RAMADANI

NIM. 152303101140

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. R DAN Tn. Y DENGAN PENYAKIT
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PENATALAKSANAAN PROGRAM TERAPEUTIK KELUARGA
DI WILAYAH KERJAPUSKESMAS ROGOTRUMAN
KABUPATEN LUMAJANG TAHUN 2018**

Oleh

TITIS RAMADANI
NPM : 152303101140

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Dwi Ochta P. S.KM

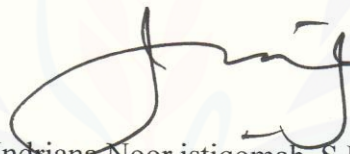
PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. R dan Tn. Y dengan penyakit asma dengan masalah Keperawatan Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik Keluarga Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018” karya TITIS RAMADANI telah diuji dan disahkan pada:

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

Tim Penguji:

Ketua,



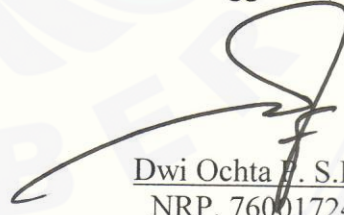
Ns. Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19720519 199703 2 003

Anggota I,



Dr. Suhari, A.Per .Pen., MM
NIP. 1930302 198603 1 026

Anggota II,



Dwi Ochta J. S.KM
NRP. 760017245

Mengesahkan,
Koordinator Prodi
D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang



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

RINGKASAN

“Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. R dan Tn. Y dengan penyakit asma dengan masalah Keperawatan Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018”TITIS RAMADANI, 152303101149; 2018; 103 halaman: Jurusan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Asma adalah salah satu penyakit kronis tersering dan saat ini mengenai sekitar 300 juta orang di seluruh dunia. Peran serta keluarga adalah satu usaha untuk mengurangi angka kekambuhan, hal ini karena keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan sehat sakit klien. Oleh karena itu diharapkan dengan pendekatan keperawatan keluarga yang tidak hanya merawat pasien saja melainkan juga bertindak lebih proaktif dalam upaya preventif dan promotif dapat mengurangi angka terjadinya serangan asma.

Tujuan penulisan tugas akhir ini adalah mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. R dan Tn. Y yang mengalami Asma dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga. Metode yang digunakan adalah laporan kasus. Pengumpulan data dilakukan terhadap 2 orang pasien dengan teknik wawancara, observasi, studi dokumentasi, dan pemeriksaan fisik. Intervensi yang direncanakan adalah memberikan informasi dan dukungan kepada pasien untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dan membantu pasien memahami informasi tentang proses penyakit tertentu.

Hasil yang didapatkan penulis setelah melakukan intervensi tersebut adalah masalah keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga dapat teratasi dan tujuan tercapai setelah dilakukan tiga kali kunjungan.

Dari hasil tersebut diharapkan keluarga Tn. R dan Tn. Y dapat mengetahui tentang proses penyakit asma, cara pencegahan dan mau memanfaatkan pelayanan kesehatan serta anggota keluarga diharapkan mampu memodifikasi lingkungan sehingga dapat mengurangi frekuensi kekambuhan penyakit asma.

SUMMARY

"Nursing Family Care Tn. R and Tn. Y with asthma with problems of Nursing Ineffectiveness of Family Therapeutic Program Management in Working Area of Rogotrunan Lumajang Public Health Center Year 2018

"TITIS RAMADANI, 152303101149; 2018; 103 pages: Department of Nursing D3 Program Universitas Jember Lumajang Campus.

Asthma is one of the most common chronic diseases and currently affects about 300 million people worldwide. Family participation is an effort to reduce recurrence rates, this is because the family is the main support system that provides direct care for every health condition of the client's pain. Therefore it is expected that with a family nursing approach that not only treats patients but also acts more proactively in preventive and promotive efforts can reduce the number of asthma attacks.

The purpose of this final project is to explore Family Nursing Care Mr. R and Mr. Y who experienced Asthma with Nursing Problems The Ineffectiveness of Family Health Management. The method used is a case report. Data collection was carried out on 2 patients with interview, observation, documentation study, and physical examination techniques. The planned intervention is to provide information and support to patients to utilize health facilities and help patients understand information about certain disease processes.

The results obtained by the author after doing the intervention is the nursing problem ineffectiveness of the management of family therapeutic programs can be resolved and the goal is achieved after three visits.

From these results, it is expected that Mr. R and Mr. Y can find out about the process of asthma, how to prevent it and want to use health services and family members are expected to be able to modify the environment so that it can reduce the frequency of recurrence of asthma.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. R dan Tn. Y dengan penyakit asma dengan masalah Keperawatan Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrnan Lumajang 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. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Ns. Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., M.Kep. dan bapak Bapak Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM. selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
5. Ibu Dwi Ochta P. S.KM selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
6. 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, 16 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PEMBIMBING.....	ii
PERSEMBAHAN.....	v
MOTO.....	vi
PERNYATAAN.....	vii
HALAMAN PENGESAHAN.....	ix
RINGKASAN.....	x
SUMMARY.....	xii
PRAKATA.....	xiv
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
BAB 1 : PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Penyakit Asma.....	6
2.1.1 Pengertian Asma.....	6
2.1.2 Klasifikasi Asma.....	6
2.1.3 Etiologi.....	7
2.1.4 Patofisiologi.....	9
2.1.5 Tata Laksana Asma.....	10
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	12

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	21
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	24
2.2.4. Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga	27
2.2.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga	27
BAB 3 : METODE PENELITIAN	29
3.1 Desain Penulisan	29
3.2 Batasan Istilah.....	29
3.3 Partisipan.....	30
3.4 Lokasi dan Waktu	30
3.5 Pengumpulan Data	30
3.6 Analisa Data	31
3.7 Etika penulisan.....	32
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	34
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan	34
4.2 Pengkajian	34
4.3 Pemeriksaan Fisik	50
4.4 Format scoring Diagnosa Keperawatan	57
4.5 Intervensi Keperawatan	60
4.6 Implementasi dan Evaluasi	73
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	68
5.1 Kesimpulan	68
5.1.1 Pengkajian	68
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	68
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	69
5.1.4 Implementasi Keperawatan	69
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	70
5.2 Saran	71
5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga	71
5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya	71
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR TABEL

2.1 Intervensi keperawatan	35
4.1 Identitas Kepala Keluarga	36
4.2 Komposisi Keluarga	37
4.3 Tipe Keluarga	40
4.4 Suku Bangsa	41
4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan	42
4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga	42
4.7 Aktivitas Rekreasi	43
4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	43
4.9 Karakteristik rumah	47
4.10 Tipe Keluarga	48
4.11 Struktur Keluarga	49
4.12 Fungsi Keluarga	50
4.13 Fungsi Sosial	51
4.14 Fungsi Perawatan kesehatan	52
4.15 Stres dan Koping Keluarga	53
4.16 Keadaan Gizi Keluarga	55
4.17 Pemeriksaan Fisik Klien	61
4.18 Harapan Keluarga	58
4.19 Pemeriksaan Fisik Keluarga	59
4.20 Analisa Data Klien pertama dan kedua	63
4.21 Batasan karakteristik	64
4.22 Analisa data lain yang muncul	65
4.23 Scoring Keluarga 1 diagnosa pertama	66
4.24 Scoring Keluarga 1 diagnosa kedua	67
4.25 Scoring Keluarga 2 Diagnosa pertama	68
4.26 Scoring Keluarga 2 Diagnosa kedua	69
4.27 Intervensi Pasien 1	70
4.28 Intervensi Pasien 2	72
4.29 Implementasi dan Evaluasi (Pasien 1)	73
4.30 Implementasi dan Evaluasi (Pasien 2)	75

DAFTAR GAMBAR

4.1 Genogram Keluarga 1 dan Keluarga 2	45
4.2 Denah Rumah klien 1 dan klien 2	54



DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Penyelenggaraan KTI	90
2. <i>Informed consent</i>	92
3. Surat Ijin Pengambilan Pasien	93
4. Satuan Acara Penyuluhan.....	94



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asma merupakan salah satu penyakit kronis tersering dan saat ini mengenai sekitar 300 juta orang di seluruh dunia. Terjadi peningkatan prevalensi yang berkaitan dengan bertambahnya urbanisasi. Prevalensi atopi dan penyakit alergi lainnya juga meningkat seiring waktu yang menandakan bahwa penyebab peningkatan ini kemungkinan bersifat sistemik dan tidak hanya terbatas di paru. Pengamatan epidemiologi ini menunjukkan jumlah terbanyak individu dalam masyarakat yang kemungkinan besar terkena asma, umumnya memiliki predisposisi genetik (Loscalzo, 2014).

Angka kejadian asma bervariasi di berbagai Negara, tetapi terlihat kecenderungan bahwa penderita penyakit ini meningkat jumlahnya. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam *World Health Report* (2000) menyebutkan lima penyakit paru utama merupakan 17,4% dari seluruh kematian di dunia, masing-masing terdiri dari infeksi paru 7,2%, PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronis) 4,6%, Tuberkulosis 3,0%, kanker paru/trakea/bronkus 2,1%, dan asma 0,3%. *National Health Interview Survey* di Amerika Serikat memperkirakan bahwa setidaknya 7,5 juta orang penduduk negeri itu mengidap bronchitis kronik, lebih dari 2 juta orang menderita emfisema dan setidaknya 6,5 juta orang menderita salah satu bentuk asma.

Di Indonesia prevalensi asma belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan 2-5 % penduduk Indonesia menderita asma. Hasil penelitian *International Study on Asthma and Allergies in Childhood* menunjukkan bahwa di Indonesia prevalensi penyakit asma meningkat dari 4,2% pada tahun 1995 menjadi 5,4% pada tahun 2003. Prevalensi asma di perkotaan umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan, karena pola hidup di kota besar meningkatkan risiko terjadinya asma. Udara di didaerah perkotaan telah tercemar oleh berbagai polutan udara, dimana 70-80% pencemaran udara berasal dari gas buangan kendaraan, sedangkan pencemaran udara yang disebabkan oleh industri berkisar 20-30%. Sumber polutan di dalam

ruangan yang dapat memicu kambuhnya asma antara lain sisa pembakaran, zat kimia seperti obat nyamuk semprol/bakar dan lainnya, bau cat yang tajam, bahan kimia lain seperti parfum, *hairspray*, debu. (Ratih, 2010).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013 prevalensi asma di Indonesia yaitu 4,5% dengan prevalensi asma di Jawa Timur 5,1% dan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Rogotruran pada data register rawat jalan penderita asma pada Januari sampai Mei 2017 sebanyak 23 orang.

Asma bersifat umum dan sering dipersulit oleh efek merokok pada paru, perjalanan alami asma pada orang dewasa sulit dipastikan. Asma dapat timbul pada semua usia, dengan usia puncak 3 tahun. Pada masa kanak-kanak, pengidap pria dua kali lebih banyak dari pada wanita, tetapi pada masa dewasa perbandingan kedua jenis kelamin ini lebih sama. Anggapan yang telah lama dipercaya bahwa anak akan “mengalami asma mereka” seiring waktu dapat dibenarkan hingga tingkat tertentu. Studi-studi jangka panjang yang memantau anak sampai mereka berusia 40 tahun menunjukkan bahwa banyak pengidap asma menjadi asimtomatis pada masa remaja, tetapi sebagian mengalami kekambuhan pada masa dewasa, terutama pada mereka dengan asma berat dan gejala menetap. Orang dewasa dengan asma, termasuk yang awalnya pola masa dewasa, jarang menjadi asimtomatis secara permanen. Keparahan asma tidak banyak bervariasi pada seorang pasien, mereka yang asmanya ringan jarang berkembang menjadi penyakit yang parah, sementara asma yang parah biasanya mengidap penyakit yang berat sejak awal (Loscalzo, 2014).

Pada awalnya lapisan trakea dan bronkial bereaksi berlebihan terhadap berbagai rangsangan yang menyebabkan spasme otot polos episodik yang menyempitkan (konstriksi) jalan napas secara akut. Edema mukosa dan penebalan sekretan lebih lanjut menyumbat jalan napas. Antibody immunoglobulin (Ig) E, berikatan dengan histamine berisi sel mast dan reseptor pada membran sel, memulai serangan intrinsic. Ketika terpajang ke antigen seperti serbuk, antibody IgE menyatu dengan antigen. Pada pajanan selanjutnya ke antigen, sel mast berdegranulasi dan melepaskan mediator. Mediator tersebut menyebabkan bronkokonstriksi dan edema akibat serangan asma. Selama serangan asma, aliran udara ekspirasi menurun, yang

menahan gas dalam jalan napas sehingga menyebabkan hiperinflamasi alveolar. Atelectasis dapat terjadi pada beberapa area paru, peningkatan resistensi jalan napas menyebabkan sesak napas (Bilotta, 2011). Pada serangan asma terjadi bronkokonstriksi, edema dan hipersekresi saluran nafas bawah sehingga terjadi gangguan ventilasi berupa kesulitan napas pada saat ekspirasi. Terperangkapnya udara saat ekspirasi mengakibatkan peningkatan CO₂ dan pada akhirnya tekanan O₂ dengan akibat penimbunan asam laktat atau asidosis metabolic. Adanya obstruksi juga mengakibatkan tahanan paru meningkat sehingga usaha napas meningkat (Tita, 2014).

Faktor resiko utama pada kematian akibat asma adalah kurang terkontrolnya penyakit disertai pemakaian bronkodilator inhalasi berulang, kurangnya terapi kortikosteroid, dan riwayat rawat inap akibat asma yang mengancam nyawa (Loscalzo, 2014). Ketua Dewan Asma Indonesia Prof Faisal Yunus mengatakan, berdasarkan hasil studi Asthma Insight and Reality in Asia Pasific (AIRIAP) tahun 2007, hanya 2 persen dari 4.805 penyandang asma peserta studi yang masuk dalam kategori asma terkontrol. Di Indonesia, 64 persen dari 400 penyandang asma peserta studi ternyata tidak terkontrol. Hal itu, antara lain, disebabkan kurangnya edukasi mengenai kontrol asma kepada panyandang asma dan masyarakat pada umumnya. Penderita sering kali berobat hanya kalau terjadi serangan, tetapi tidak mengontrol asmanya sendiri sehingga asma tak kunjung membaik. Hal ini dapat menimbulkan masalah keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga.

Peran serta keluarga adalah satu usaha untuk mengurangi angka kekambuhan, hal ini karena keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan sehat sakit klien. Oleh karena itu diharapkan dengan pendekatan keperawatan, keluarga tidak hanya merawat pasien saja melainkan juga bertindak lebih proaktif dalam upaya preventif dan promotif agar dapat mengurangi angka terjadinya serangan asma (Wahid Abd., 2013).

Intervensi keperawatan keluarga yang bisa dilakukan pada masalah keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga yaitu dengan melakukan 1) memberikan informasi dan dukungan kepada pasien yang

mengambil keputusan tentang layanan kesehatan, 2) promosi integritas keluarga: meningkatkan persatuan dan kesatuan keluarga, 3) memfasilitasi partisipan keluarga di dalam asuhan emosi dan asuhan fisik, 4) memfasilitasi lokasi tempat tinggal pasien dan penggunaan layanan kesehatan yang tepat, 5) membantu orang tua dan anggota keluarga yang lain mengalami penyakit atau ketunadayaan kronik dalam memberikan pengalaman hidup yang normal bagi anak dan keluarga mereka, 6) membantu pasien memahami informasi tentang proses penyakit tertentu, 7) mempersiapkan pasien untuk memahami dan secara mental bersiap untuk prosedur atau terapi yang diprogramkan (Wilkinson, 2011). Seorang penyandang asma dikatakan terkontrol jika memiliki enam kriteria, yaitu, pertama, tidak mengalami atau jarang mengalami gejala asma (maksimal 2 kali seminggu). Kedua, tidak pernah terbangun pada malam hari karena asma. Ketiga, tidak pernah atau jarang menggunakan obat pelega. Keempat, dapat melakukan aktivitas dan latihan secara normal. Kelima, hasil tes fungsi paru-paru (PEF-FEV) normal atau mendekati normal. Keenam, tidak pernah atau jarang mengalami serangan asma. Indikator tersebut dikembangkan oleh Global Initiative for Asthma (GINA). Dalam sebuah riset di RSUP Persahabatan, sekitar 73 persen penderita hanya menggunakan obat pelega sehingga asma tidak terkontrol dan hanya 7 persen menggunakan obat pengontrol asma. Tujuan pengobatan adalah agar asma terkontrol, sementara faktor pemicu perlu dihindari (Kompas, 2010).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan keluarga pada klien yang mengalami Asma dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik Keluarga di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang.

1.2 Rumusan Masalah

Dari permasalahan di atas diperoleh rumusan masalah yaitu “Bagaimana asuhan keperawatan keluarga Tn. R dan Tn. Y dengan penyakit asma dengan masalah keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga di wilayah kerja pukesmas Rogotruman Lumajang tahun 2018?”.

1.3 Tujuan Penelitian

Studi kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga Tn. R dan Tn. Y dengan penyakit asma yang mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga di wilayah kerja pukesmas Rogotrungan Lumajang tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Perawat

Diharapkan dapat menambah wawasan tentang asuhan keperawatan pada keluarga dengan asma dalam masalah keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga.

1.4.2 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan dapat menjadi informasi awal untuk karya ilmiah selanjutnya tentang asuhan keperawatan pada keluarga asma.

1.4.3 Bagi Keluarga dan Klien

Diharapkan dapat memperoleh pengetahuan dan informasi tentang cara mencegah pada asma dan dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan di sekitar dengan baik.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab tinjauan pustaka ini, menguraikan tentang landasan teori, yang meliputi konsep asma, dan konsep asuhan keperawatan manajemen kesehatan keluarga. Literatur yang digunakan dalam bab ini antara lain, yaitu *text book*.

2.1 Konsep Penyakit Asma

2.1.1 Pengertian

Asma adalah suatu penyakit dengan ciri meningkatnya respon trachea bronchus terhadap berbagai rangsangan dengan manifestasi adanya penyempitan jalan napas yang luas dan derajatnya dapat berubah ubah secara spontan maupun sebagai hasil pengobatan (The American Thoracic Society, 1962) dalam (Muttaqin, 2008)

Asma adalah suatu sindrom yang ditandai dengan obstruksi aliran 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 reversibel, 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)

2.1.2 Klasifikasi Asma

a. Asma Bronkhial Tipe Atopik (Ekstrinsik)

Asma timbul karena seseorang yang mengalami atopik akibat pernapasan allergen. Allergen tubuh melalui seluruh pernapasan, kulit, saluran pencernaan, dan lain-lain akan ditangkapp oleh makrofag yang bekerja sebagai *Antigen Presenting Cell* (APC). Setelah allergen diproses dalam sel APC selanjutnya oleh sel tersebut, allergen dipresentasikan ke sel Th. Sel APC melalui pelepasan

interleukin 1(II-1) mengaktifkan sel Th. Melalui pelepasan Interleukin 2 (II-2) oleh sel Th yang di aktifkan, kepada sel B di berikan sinyal untuk berproleferasi menjadi sel plasma dan membentuk IgE. (Muttaqin, 2008)

b. Asma bronkhial Tipe Non-atopik (intrinsic)

Asma nonalergik (asma intrinsic) terjadi bukan karena pernapasan allergen tetapi terjadi akibat beberapa faktor pencetus seperti infeksi saluran pernapasan bagian atas, olahraga atau kekgiatan jasmani yang berat, dan tekanan jiwa atau stress psikologis. Serangan asma terjadi akibat gangguan saraf otonom terutama gangguan saraf simpatis, yaitu blokade adrenergic beta dan hiperreaktivitas adrenergic alfa. Dalam keadaan normal aktifitas adrenergic alfa diduga meningkat sehingga mengakibatkan bronkhokontraksi dan menimbulkan sesak napas. (Muttaqin, 2008)

2.1.3 Etiologi

a. Asma adalah suatu penyakit heterogen dengan interaksi berbagai faktor genetic dan lingkungan. Beberapa faktor resiko diperkirakan memengaruhi penyakit ini.

Asma adalah faktor resiko utama untuk asma sering menderita penyakit topic lain, terutama rhinitis alergi yang mungkin ditemukan pada 80% pasien asma, dan dermatitis atopik. Atopi dapat ditemukan pada 40-50% populasi dinegara maju, dengan hanya sebagai pengidap atopik yang kemudian menjadi pengidap asma. Pengamatan ini menunjukkan beberpa faktor ginetik atau lingkungan lain yang menyebabkan predisposisi timbulnya asma pada pengidap atopik. Alergi yang menyebabkan sensitisasi biasanya dalah protein yang memiliki aktifitas protease, dan allergen-alergen tersering berasal dari tungau deu rumah, bulu kucing dan anjing, kecoa (di perkotaan), serbuk sari rumput dan tanaman, dan hewan pengerat (pada petugas laboratorium). Atopic disebabkan oleh ke cenderungan ginetik membentuk antibody IgE spesifik, dengan banyak pasien memperlihatkan riwayat penyakit alergi dalam keluarga. (Loscalzo, 2014)

Obstruksi jalan napas pada asma disebabkan oleh:

- 1) Kontruksi otot sekitar bronkus sehingga terjadi penyempitan nafas
- 2) Pembengkakan membran bronkus

3) Brocus tersi oleh mucus yang kental

b. Faktor predisposisi

1) Ginetik

Diturunkannya bakat alergen dari keluarga dekat, meski belum di ketahui bagaimana penurunannya dengan jelas. Karena adanya bakat alergi ini Pemenderita sangat mudah terkena asma apabila dia terpapar dengan faktor pencetus.

faktor pencetus :

2) Alergen

adalah suatu bahan penyebab alergi. Dimana ini dibagi menjadi 3, yaitu:

a) inhalan, yang masuk melalui saluran napas, (debu, bulu binatang, serbuk bunga, polusi)

b) ingestan : yang masuk melalui mulut (makanan dan obat - obatan)

c) kontakn : yang masuk melalui kontak dengan kulit (perhiasan, logam dan jam tangan)

3) Perubahan cuaca

Cuaca lembab hawa yang dingin sering mempengaruhi asma, perubahan cuaca menjadi pemicu serangan asma : musim hujan, musim bunga, musim kemarau. Hal ini berhubungan dengan angin, serbuk bunga dan debu

4) Lingkungan kerja

Mempunyai hubungan langsung dengan sebab terjadinya asma, hal ini berkaitan dengan dimana dia bekerja. Misalnya orang yang bekerja di pabrik kayu, polusi lalu lintas. Gejala ini membaik pada waktu libur.

5) Olahraga

Sebagian besar penderita akan mendapat serangan asma bila sedang bekerja dengan berat. Serangan asma karena aktivitas biasanya segera setelah aktivitas selesai.

6) Stress

Gangguan emosi dapat memicu terjadinya serangan asma, selain itu juga memperberat serangn asma yang sudah ada. Disamping gejala asma harus segera diobati penderita asma yang mengalami stress harus diberi nasehat untuk menyelesaikan masalah(Wahid.Abd, 2013)

2.1.4 Patofisiologi

- a. Lapisan trakea dan bronkial bereaksi berlebihan terhadap berbagai rangsangan yang menyebabkan spasme otot polos episodic yang menyempitkan (konstriksi) jalan napas secara akut.
- b. Edema mukosa dan penebalan sekretan lebih lanjut menyumbat jalan napas.
- c. Antibody immunoglobulin (Ig) E, berikatan dengan histamine berisi sel mast dan reseptor pada membran sel, memulai serangan intrinsic.
- d. Ketika terpajang ke antigen seperti serbuk, antibody IgE menyatu dengan antigen. Pada pajanan selanjutnya ke antigen, sel mast berdegranulasi dan melepaskan mediator.
- e. Mediator tersebut menyebabkan bronkokonstriksi dan edema akibat serangan asma.
- f. Selama serangan asma, aliran udara ekspirasi menurun, yang menahan gas dalam jalan napas sehingga menyebabkan hiperinflamasi alveolar.
- g. Atelectasis dapat terjadi pada beberapa area paru
- h. Peningkatan resistensi jalan napas menyebabkan sesak napas.

Asma ditandai dengan kontraksi spesifik dari otot polos bronkeolus yang menyebabkan sulit bernafas. Penyebab yang umum adalah hipersensitibilas bronkeolus terhadap benda asing di udara. Reaksi yang timbul pada asma tipe alergi diduga terjadi dengan cara berikut : seorang yang alergi diduga mempunyai kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibody Ig.E abnormal dalam jumlah yang besar dan antibody ini terutama melekat pada sel mast yang melekat pada interstisial paru yang berhubungan erat dengan bronkeolus dan bronchus kecil. Bila seorang menghirup allergen maka antibody Ig.E orang tersebut meningkat, allergen bereaksi dengan antibody yang adalah yang terletak pada sel mast dan menyebabkan sel ini akan mengeluarkan berbagai macam zat, diantaranya histamine zat anafilaksi yang bereaksi lambat. Faktor kemotatik eosinofilik dan brandikinin. Efek gabungan dan semua faktor ini akan menghasilkan edema local pada dinding bronkeolus kecil maupun sekresi mucus yang kental dalam lumen bronkeolus dan spasme otot polos bronkeolus sehingga menyebabkan tahanan seluruh napas menjadi meningkat.

Pada asma, diameter bronkeolus lebih berkurang selama ekspirasi dari pada inspirasi karena peningkatan tekanan dalam paru selama sekresi paksa menekankan bagian luar bronkeolus. Karena bronkeolus tersumbat sebagian, maka sumbatan selanjutnya akibat dari tekanan eksternal yang menimbulkan obstruksi berat terutama selama ekspirasi. Pada penderita asma biasanya bisa melakukan ekspirasi. Hal ini menyebabkan dipsnea. Kapasitas residu fungsional dan volume residu paru menjadi meningkat selama serangan asma akibat kesukaran mengeluarkan udara ekspirasi dan. Ini biasanya menyebabkan Barrel Chest. (WahidAbd., 2013)

2.1.5 Tata Laksana Asma

a. Tujuan tatalaksana farmakologis

adalah untuk mengontrol gejala termasuk gejala nocturnal dan asma yang diinduksikan oleh olahraga: untuk mencegah eksaserbasi dan mencapai tingkat fungsi respirasi terbaik dengan efek samping yang minimal. Panduan *British Thoracic Society* (2003) merupakan pendekatan langka demi langka dalam pengobatan asma, dan merekomendasikan agar tenaga kesehatan memulai pengobatan asma pada tingkat yang paling mungkin untuk mencapai tujuan yang disebutkan di atas. Secara keseluruhan tujuannya adalah mempertahankan kontrol fleksibel dengan melangkah naik atau turun pada terapi sesuai keperluan(Wahid.Abd, 2013).

1) Langkah pertama:

Bronkodilator kerja-singkat (seperti aggonis β_2 , ipratropium bromide harus diresepkan sebagai pereda gejala pada semua pasien dengan asma simtomatik. (Mengenai cara kerja obat-obat ini). Frekuensi pasien menjadi ukuran beratnya asma pasien dan kepatuhan mereka terhadap pengobatan lain.

2) Langkah kedua:

Pengenalan terapi pencegahan. Steroid inhalasi merupakan terapi pencegahan yang derekomendasikan baik pada orang dewasa maupun anak-anak. Obat ini harus diresepkan pada pasien dengan eksaserbasi yang baru terjadi, asma nocturnal atau gangguan fungsi paru, atau mereka menggunakan agonis β_2 inhalasi lebih dari sekali sehari. Tetapi pencegahan lainnya bukan merupakan

pengobatan pilihan pertama pada langkah kedua namun jika terdapat alasan klinis atau alasan yang berpusat pada pasien untuk tidak meresepkan steroid inhalasi, maka pasien natrium kromoglikat, antagonis reseptor leukotrien, atau teofilin dapat diresepkan terapi tambahan.

3) Langkah ketiga:

Sebelum memulai langkah ini, semua parameter lain perlu diperiksa: seperti kepatuhan pasien terhadap pengobatan, kemampuan menggunakan inhaler tepat dan menghindari faktor pemicu. Tetapi tambahan termasuk agonis β_2 , kerja-lama, dosis steroid inhalasi yang ditingkatkan, antagonis reseptor leukotrien, teofilin..

4) Langkah keempat:

Diindikasikan pada kontrol gejala asma yang buruk. Pada kasus ini direkomendasikan penambahan obat keempat.

5) Langkah kelima:

Sama seperti di atas, dengan tambahan pemberian steroid oral kontinu atau sering. Pada kasus ini direkomendasikan pemantauan regular seluruh fungsi fisiologis pasien karena pemberian steroid oral telah menunjukkan efek samping bermakna yang berhubungan dengannya. Pemantauan ini termasuk pemantauan pertumbuhan pada anak-anak dan observasi munculnya diabetes, osteoporosis, hipertensi, dan perkembangan katarak (Wahid.Abd, 2013).

b. Tata Laksana Nonfarmakologis

1) faktor-faktor pencetus yang dapat memicu serangan asma mengeksaserbasi asma kronik. Olahraga dapat mempresipitasi penyempitan jalan napas pada sebagian besar pasien asma (Rees & Kanabar 2000). Respon pasien terhadap olahraga merupakan alat diagnostik yang penting pada kasus-kasus dengan kecurigaan asma. Melakukan olahraga berat dapat menginduksi gejala asma yang jika terjadi pada situasi klinis dapat dipantau dan didokumentasikan. Asma yang diinduksi oleh olahraga merupakan masalah yang bermakna pada anak-anak di sekolah dan anjuran saat ini adalah untuk mengkonsumsi agonis β_2 profilaksis sekitar 5-15 menit sebelum kejadian dan kemudian mengulangnya jika diperlukan untuk mengurangi gejala apapun yang muncul. (Francis, 2011)

2.1.6 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

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Asma dengan Masalah Keperawatan Hubungan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

2.2.1 Pengkajian Keluarga

Pengkajian merupakan suatu tahapan dimana perawat mengambil data secara terus menerus terhadap keluarga yang dibinanya

Hal yang perlu dikumpulkan datanya dalam pengkajian keluarga adalah :

- a. Data umum keluarga

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat dan telepon
- 3) Pekerjaan kepala keluarga
- 4) Pendidikan kepala keluarga

Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya asma, kelompok yang tidak sekolah memiliki resiko 2,1 kali dibandingkan dengan kelompok yang tamat perguruan tinggi. (Tunigulung, 2016)

- b. Komposisi keluarga dan genogram

- 1) Komposisi keluarga

Menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut. (Padila, 2012)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh National center For Health Statistics (NCHS) pada tahun 2011 mengatakan bahwa prevalensi asma sering terjadi adalah pada perempuan sebanyak 9,7% dibandingkan laki-laki sebanyak 7,2%. Hal ini dikarenakan jenis kelamin merupakan faktor predisposisi asma, perempuan lebih rentan terhadap stres dan mengalami masalah hormon (menstruasi, pramenstruasi, kehamilan) yang menjadi faktor pencetus asma (Tunigulung, 2016).

2) Genogram

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga (pohon keluarga). Genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga keluarga, riwayat dan sumber-sumber keluarga. Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit. Untuk hal tersebut, maka genogram keluarga harus membuat informasi tiga generasi (keluarga inti dan keluarga masing-masing orang tua). (Padila, 2012)

Asma adalah faktor resiko utama untuk asma sering menderita penyakit topic lain, terutama rhinitis alergi yang mungkin ditemukan pada 80% pasien asma, dan dermatitis atopik. Atopi dapat ditemukan pada 40-50% populasi dinegara maju, dengan hanya sebagai pengidap atopik yang kemudian menjadi pengidap asma. Pengamatan ini menunjukkan beberapa faktor genetik atau lingkungan lain yang menyebabkan predisposisi timbulnya asma pada pengidap atopik. (Bilotta, 2011)

c. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis/tipe keluarga tersebut.

1) Tipe Keluarga Tradisional

a) Keluarga inti (*Nuclear family*)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya.

b) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu, dll).

c) Keluarga Bentuk Kembali (*Dyadic Family*)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

d) Orang Tua Tunggal (*Single Parent Family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

f) *The Single adult living alone*

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

g) *The unmarried teenage mother*

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan.

h) Keluarga usila (*Niddle age / Aging couple*)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah / perkawinan / meniti karir. (Sulvari Gusti APD, 2013)

2) Tipe Keluarga Non Tradisional

a) *Commune family* adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.

b) Orang tua (ayah dan ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.

c) Homoseksual adalah dua individu yang sejenis bersama dalam satu rumah tangga. (Sulvari Gusti APD, 2013)

d. Suku bangsa

Mengkaji suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan

e. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

f. Status social ekonomi keluarga

Status social ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya.

g. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengar radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

h. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) menunjukkan bahwa prevalensi asma untuk seluruh kelompok usia sebesar 3,5% dengan prevalensi penderita asma pada anak usia 1-4 tahun sebesar 2,4% dan usia 5-14 tahun sebesar 2,0%.

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985), Carter & Mc Goldrick (1988), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

a) Tugas I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

b) Tugas II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

c) Tugas III, keluarga dengan anak prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru

sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

d) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

e) Tugas V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, komunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

f) Tugas VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencangkup anak pertamasampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang dapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbarui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antar orang tua dan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggal anak.

g) Tugas VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetapi menjaga komunikasi dengan anak-anak.

h) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti olahraga, berkebun, mengasuh cucu. (Padila, 2012)

2) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

i. Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga ini, maupun riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga. Perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi.

j. Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri

k. Pengkajian lingkungan

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

5) Sistem pendukung keluarga

Termasuk system pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik.

1. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

2) Struktur peran keluarga

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota baik secara formal maupun informal.

a) Patrilineal

Adalah keluarga searah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu dsusun melalui jalur garis ayah.

b) Matrilineal

Adalah keluarga yang terdiridari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c) Matrilocal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama arga sedarah istri

d) Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedara suami

e) Keluarga Kawinan

Adalah hubungan suami istri sebagai dan bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

3) Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang sering di anut oleh keluarga yang behubungan dengan kesehatan.

m. Fungsi keluarga

1) Fungsi Efektif

Fungsi efektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang. Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya.

2) Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap social dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat

3) Fungsi perawatan keluarga

Fungsi perawat kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta terjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dan keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi Biologis

Bukan hanya ditunjukkan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

6) Fungsi Psikologi

Terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

7) Fungsi Pendidikan

Fungsi pendidikan di berikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak ntuk pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangan. (Achjar, 2012)

n. Stres dan koping keluarga

- 1) Stesor jangaka pendek dan panjang
- 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stesor yang dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stesor
- 3) Strategi koping yang di gunakan
Digunakan keluarga bila menghadapi masalah
- 4) Strategi adaptasi disfungsional

o. Pemeriksaan fisik

Dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan dengan pemeriksaan fisik klinis

- 1) B1-Breath
 - a) Peningkatan frekuensi pernapasan, susah bernapas, pendekan periode inspirasi, pemanjangan ekspirasi, penggunaan otot-otot aksesoris pernapasan, pengangkatan bahu waktu bernafas.
 - b) Dipsnea pada saat istirahat atau respon terhadap aktifitas atau latihan.
 - c) Nafas memburuk ketika pasien berbaring terlentang di tempat tidur
 - d) Pernapasan cuping hidung.
 - e) Adanya mengi yang terdengar tanpa stetoskop wizzhing
- 2) B2-Blood
 - a) Takikardi
 - b) Sianosis
 - c) Diaphoresis

d) Dehidrasi

3) B3-Brain

a) Gelisah

b) Cemas

c) Penurunan kesadaran

4) B4-Bowel

Pada klien mengalami dyspnea penggunaan otot bantu nafas maksimal kontraksi otot abdomen meningkat sehingga menyebabkan nyeri abdomen yang mengakibatkan menurunnya nafsu makan.

5) B5-Bladder

Pada klien dengan hiperventilasi akan kehilangan cairan melalui penguapan dan tubuhberkompensasi dengan penurunan produk urine

6) B6-Bone

Pada klien yang mengalami hipoksia penggunaan otot bantu nafas yang lama menyebabkan kelelahan dan menyebabkan metabolisme anaerob sehingga terjadi penurunan ATP (Wahid.Abd,2013).

p. Harapan keluarga

Pada akhirnya pengkajian, perawat menanyakan berapa keluarga terhadap tugas kesehatan yang ada.

2.2.2 Diagnose keperawatan keluarga

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang didapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi perawatan keluarga.

a. Perumusan diagnose keperawatan

Diagnosis keperawatan mengacu pada rumusan PES (Problem, Etiologi, dan Symptom).

1) Problem

P (Problem) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar pada keluarga dimana problem menggunakan rumusan masalah dari NANDA,

a) Taksonomi NANDA-1: Diagnose ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga (Wilkinson. 2011).

b) Definisi

Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga adalah pola pengaturan dan pengintegrasian kedalam progres keluarga program terapi penyakit dan sekuela penyakit tersebut yang mengganggu pencapaian tujuan kesehatan tertentu.

2) Etiologi berdasarkan 5 tugas keluarga

Etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimanapersepsi keluarga tingkat keparahan penyakit, penyakit, tanda dan gejala, factor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

b) Ketikmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat, dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negative dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

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

d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga,

kekompakan anggota keluarga dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

- e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan pelayanan kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga. (Padila, 2012)

3) Symptom

Batasam Karakteristik

a) Data subjektif

- (1) Keinginan untuk menatalaksanakan (dan mencegah sekuela) penyakit
- (2) Kesulitan dengan program terapeutik

b) Objektif

- (1) Percepatan (sesuai dugaan atau tidak terduga) gejala penyakit anggota keluarga
- (2) Kegagalan melakukan tindakan untuk mengurangi factor resiko
- (3) Ketidaksesuaian aktifitas keluarga untuk mencapai tujuan kesehatan
- (4) Kurang perhatian terhadap penyakit (dan sekuelanya) (Wilkinson. 2011).

Tipologi dari diagnose keperawatan keluarga terdiri dari diagnose keperawatan keluarga acual (terjadi deficit/gangguan kesehatan), resiko (ancaman kesehatan), dan keadaan sejahtera

Setelah seluruh diagnose keperawatan keluarga ditetapkan sesuai prioritas, maka selanjutnya dikaji tingkat kemandirian keluarga. Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnose keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut:

Tabel 3.1 Scoring

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat masalah		
a. Actual (tidak/kurang sehat)	3	1
b. Ancaman kesehatan	2	
c. Keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah dapat di ubah		
a. Mudah	2	2
b. Sebagian	1	
c. Tidak dapat	0	
3. Potensial masalah untuk dicegah		1
a. Tinggi	3	
b. Cukup	2	
c. Rendah	1	

2.2.3 Intervensi

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat kriteria dan standart.

a. Tujuan/Kriteria hasil (NOC)

Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga

- 1) Koping keluarga
- 2) Fungsi keluarga
- 3) Normalisasi keluarga
- 4) Partisipasi keluarga dalam perawatan professional
- 5) Fleksibilitas keluarga
- 6) Pengetahuan: program terapi

b. Intervensi (NIC):

- 1) Peningkatan koping
- 2) Dukungan pengambilan keputusan
- 3) Promosi integrasi keluarga
- 4) Promosi keterlibatan keluarga
- 5) Mobilisasi keluarga
- 6) Pemeliharaan proses keluarga
- 7) Panduan system kesehatan
- 8) Promosi normalisasi
- 9) Promosi fleksibilitas
- 10) Penyuluhan: proses penyakit

11) Penyuluhan: prosedur/terapi

Aktivitas keperawatan

1) Pengkajian

- a) Kaji status koping dan proses keluarga saat ini
- b) Kaji tingkat pemahaman anggota keluarga tentang penyakit, penyulit, dan terapi yang direkomendasikan
- c) Kaji kesiapan anggota keluarga untuk belajar
- d) Identifikasi pengaruh budaya dan kepercayaan kesehatan keluarga
- e) Promosi keterlibatan keluarga (NIC):
 - (1) Identifikasi kecakapan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien
 - (2) Tentukan sumber fisik, emosi, dan pendidikan pemberian asuhan primer
 - (3) Pantau struktur dan peran keluarga
 - (4) Identifikasi harapan anggota keluarga untuk pasien
 - (5) Tentukan tingkat kebergantungan pasien pada keluarga, jika perlu sesuai usia atau penyakit
 - (6) Identifikasi dan hargai mekanisme koping yang digunakan oleh anggota keluarga.

2) Penyuluhan untuk pasien atau keluarga

- a) Ajarkan keterampilan manajemen waktu dan keterampilan organisasi kepada keluarga
- b) Bekali pemberian asuhan dengan keterampilan yang dibutuhkan untuk terapi pasien
- c) Ajarkan strategi untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan pasien
- d) Ajarkan strategi perawatan pasien menjelang ajal
- e) Promosi keterlibatan keluarga : Fasilitasi pemahaman tentang aspek medis kondisi pasien kepada anggota keluarga.

3) Aktivitas kolaboratif

- a) Bantu keluarga mengidentifikasi sumber layanan kesehatan komunitas
- b) Rujuk keluarga pada kelompok dukungan keluarga

4) Aktivitas lain

- a) Libatkan keluarga dalam diskusi tentang kekuatan dan sumber
- b) Bantu pasien dan keluarga menetapkan tujuan yang realistis
- c) Bantu anggota keluarga merencanakan dan mengimplementasikan terapi dan perubahan gaya hidup pasien
- d) Dukung pemeliharaan rutinitas dan ritual keluarga di rumah sakit (misalnya, makan bersama, diskusi keluarga)
- e) Diskusikan rencana keluarga untuk pengasuhan anak saat orang tua tidak dapat mendampingi anak
- f) Rencanakan aktifitas perawatan pasien dirumah untuk menurunkan gangguan rutinitas keluarga
- g) Promosi keterlibatan keluarga
 - (1) Dorong perawatan oleh anggota keluarga selama rawat inap atau perawatan di fasilitas perawatan jangka panjang
 - (2) Dorong anggota keluarga untuk mempertahankan atau menjaga hubungan keluarga
 - (3) Dorong anggota keluarga dan pasien untuk asertif dalam interaksi dengan tenaga kesehatan professional
 - (4) Identifikasi bersama anggota keluarga kesulitan coping, kekuatan, dan kemampuan pasien.

Freman (1970) dalam Friedman (1998) mengklasifikasikan intrvensi keperawatan keluarga menjadi :

1) Intervensi supplemental

Perawat sebagai pemberi perawatan langsung dengan mengintervensikan bidang-bidang yang keluarga yang tidak dapat melakukan

2) Intervensi Fasilitatif

Perawat berusaha memfasilitasi pelayanan yang diperlukan keluarga seperti pelayanan medis, kesejahteraan social, transportasi dan pelayanan kesehatan dirumah.

3) Intervensi Perkembangan

Perawat melakukan tindakan dengan tujuan memperbaiki dan meningkatkan kapasitas keluarga dalam perawatan diri dan tanggung jawab

pribadi. Perawat membantu keluarga memanfaatkan sumber-sumber perawatan keluarganya termasuk dukungan internal dan eksternal (Padila, 2012).

2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. Tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara, meberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara, mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber yang dimiliki keluarga, mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan fasilitas alat yang ada dirumah, mengawasi keluarga melakukan tindakan
- d. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara, memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga.
- e. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi, menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.

2.2.5 Evaluasi

Untuk penilaian keberhasilan tindakan, maka selanjutnya dilakukan penilaian. Tindakan-tindakan keperawatan keluarga mungkin saja tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan, untuk itu dilakukan secara bertahap, demikian halnya dengan penilaian. Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan planing)

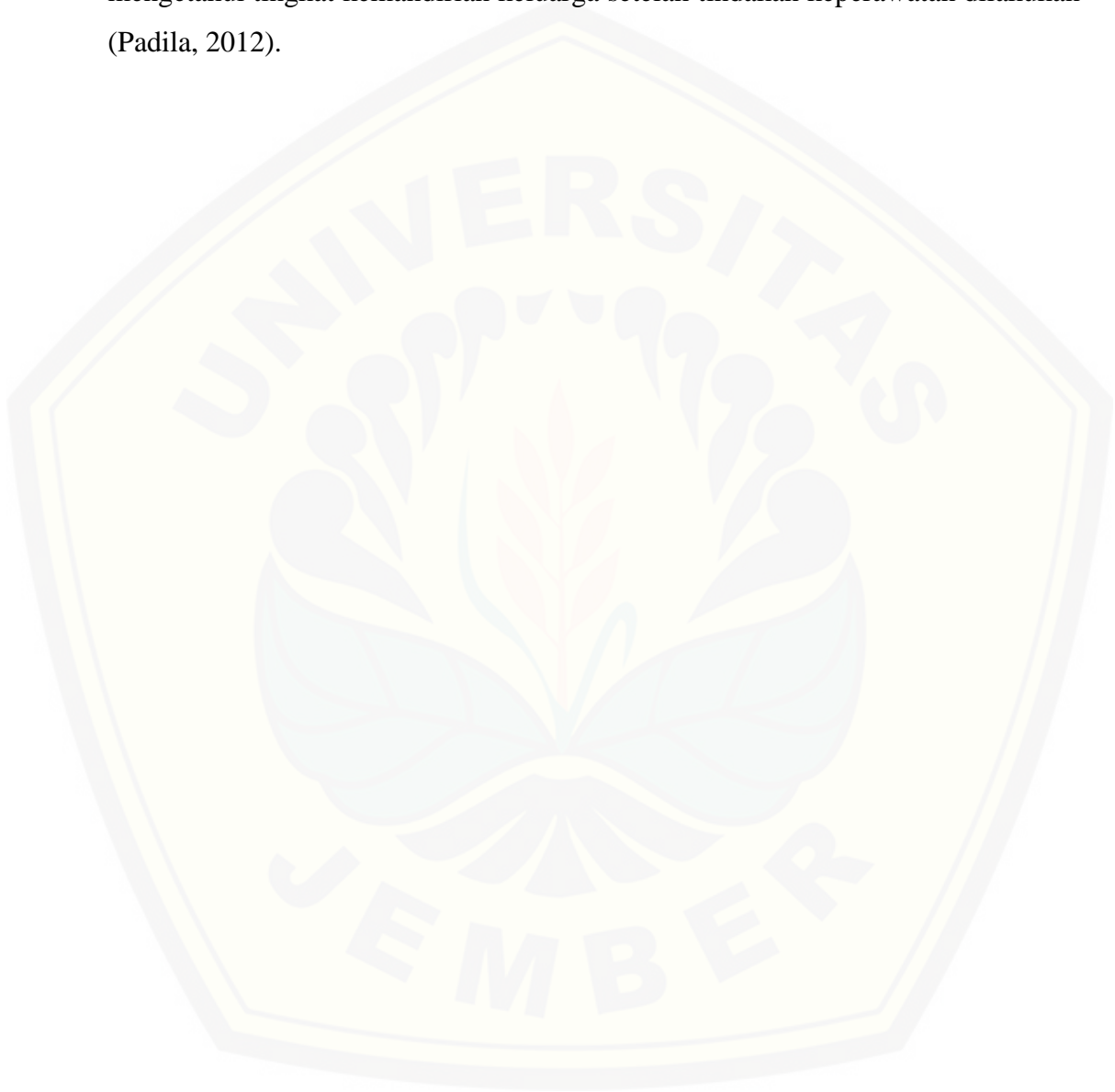
S : hal-hal yang dikemukakan keluarga

O : hal-hal yang ditemukan perawat yang dapat diukur

A : Analisa hasil yang telah di capai, mengacu pada tujuan dan diagnosa

P : perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga.

Penilaian terhadap asuhan keperawatan juga dilakukan dengan melakukan penilaian tingkat kemandirian keluarga. Pada saat pengkajian, kemandirian keluarga dikaji untuk mengetahui tingkat kemandirian keluarga sebelum diberikan pembinaan/ tindakan keperawatan, sedangkan pada saat evaluasi dilakukan untuk mengetahui tingkat kemandirian keluarga setelah tindakan keperawatan dilakukan (Padila, 2012).



BAB 3.METODE PENELITIAN

pada bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan laporan kasus terhadap asuhan keperawatan keluarga pada pasien asma.

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan dalam laporan tugas akhir ini adalah laporan kasus untuk mengksplorasi proses asuhan keperawatan keluarga pada pasien asma dengan masalah ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga di Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2018.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan keluarga Ny. T dan Ny. R yang mengalami Asma dengan masalah manajemen kesehatan keluarga di Puskesmas Rogotrunan Lumajang.

3.2.1 Asuhan Keperawatan Keluarga

Merupakan proses pengumpulan data yang di mulai dari pengkajian, perumusan diagnose, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang diberikan secara langsung kepada pasien dan keluarga Ny T dan Ny R di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

3.2.3 Asma

Asma dalam kasus ini adalah dua orang klien yang didiagnosa Asma dalam rekam medic Puskesmas Rogotrunan.

3.2.4 Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga

penatalaksanaan program terapeutik keluarga adalah pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga program terapi penyakit dan sukuela penyakit tersebut yang mengganggu pencapaian tujuan kesehatan tertentu. Pada kasus ini, dikatakan mengalami ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga jika keluarga mengalami 3 (tiga) dari batasan karakteristik berikut ini:

- a. Mengatakan keinginan untuk menatalaksanakan dan mencegah sekuela penyakit
- b. Mengatakan kesulitan dengan program terapeutik

- c. Percepatan sesuai dengan atau tidak terduga gejala penyakit anggota keluarga
- d. Kegagalan melakukan tindakan untuk mengurangi factor resiko
- e. Ketidak sesuaian aktivitas keluarga untuk mencapai tujuan kesehatan.
- f. Kurang perhatian terhadap penyakit dan sekuelanya

3.3 Partisipan

Partisipan dalam menyusun studi kasus adalah dua keluarga yang memiliki memenuhi criteria:

3.3.1 Berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

3.3.2 Mempunyai anggota keluarga yang menderita Asma dan berusia lebih dari 20 tahun

3.3.3 Terdata di register poli khusus Puskesmas Rogotrunan Lumajang sebagai penderita asma.

3.3.4 Mengalami masalah ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga

3.3.5 Menandatangani *informed consent* setelah di berikan penjelasan tentang manfaat penelitian.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan. Untuk keluarga 1 Jogoyudan dan Keluarga 2 Nn. R Banjarwaru

3.4.2 Waktu

Waktu yang dibutuhkan untuk penyusunan tugas akhir adalah 7 (tujuh) bulan mulai Pebruari sampai Agustus 2018. Pengumpulan data dilakukan dengan kunjungan sebanyak 3 kali kunjungan kepada kedua keluarga selama 2 minggu yaitu pada tanggal 12 – 14 Juni 2018 sesuai kesepakatan dengan keluarga.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Proses

Proses diawali dari permohonan ijin pengambilan data penulisan kepada koordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember kampus lumajang untuk dilaksanakan proses pengambilan data. Setelah mendapatkan ijin penulisan

melanjutkan meminta ijin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) Kabupaten Lumajang sebagai badan yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di Kabupaten Lumajang.

3.5.2 Teknik

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2009). Wawancara pada penelitian kualitatif merupakan pembicaraan yang mempunyai tujuan dan didahului beberapa pertanyaan informal. Wawancara penelitian lebih dari sekedar percakapan dan berkisar dari pertanyaan-pertanyaan informal ke formal. Wawancara ditujukan untuk mendapatkan informasi dari individu yang diwawancarai. Peneliti melakukan wawancara mengeksplorasi perasaan, persepsi, dan pemikiran partisipan (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Wawancara ini dilakukan kepada pasien yang sudah dapat berbicara sbagai data primer dan kepada keluarga pasien sebagai data sekunder. Adapun beberapa pertanyaan diajukan dalam wawancara yaitu meliputi identitas pasien, penanggung jawab pasien, keluhan utama, keluhan saat ini, riwayat penyakit dahulu, dan pola-pola. Dan lain-lain.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik bisa dilakukan dengan pendekatan IPPA : Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada sistem klien. Pemeriksaan fisik dilakukan mulai ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*).

c. 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. Studi ini dilakukan dengan jalan menelusuri dokumen yang ada, misalnya catatan kesehatan, kartu keluarga, kartu menuju sehat.

3.6 Analisis Data

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan

analisis data penelitiannya (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki empat tahapan, yaitu :

3.5.1 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.

3.5.2 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.

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

3.5.4 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.

3.7 Etika Penulisan

Masalah etika dalam keperawatan meliputi *informed consent* (persetujuan menjadi klien), *anonymity* (tanpa nama), dan *confidentiality* (kerahasiaan) kemudian peneliti melakukan penelitian dengan menekankan pada etika penelitian (Hidayat, 2009) yaitu :

a. *Informed Consent*

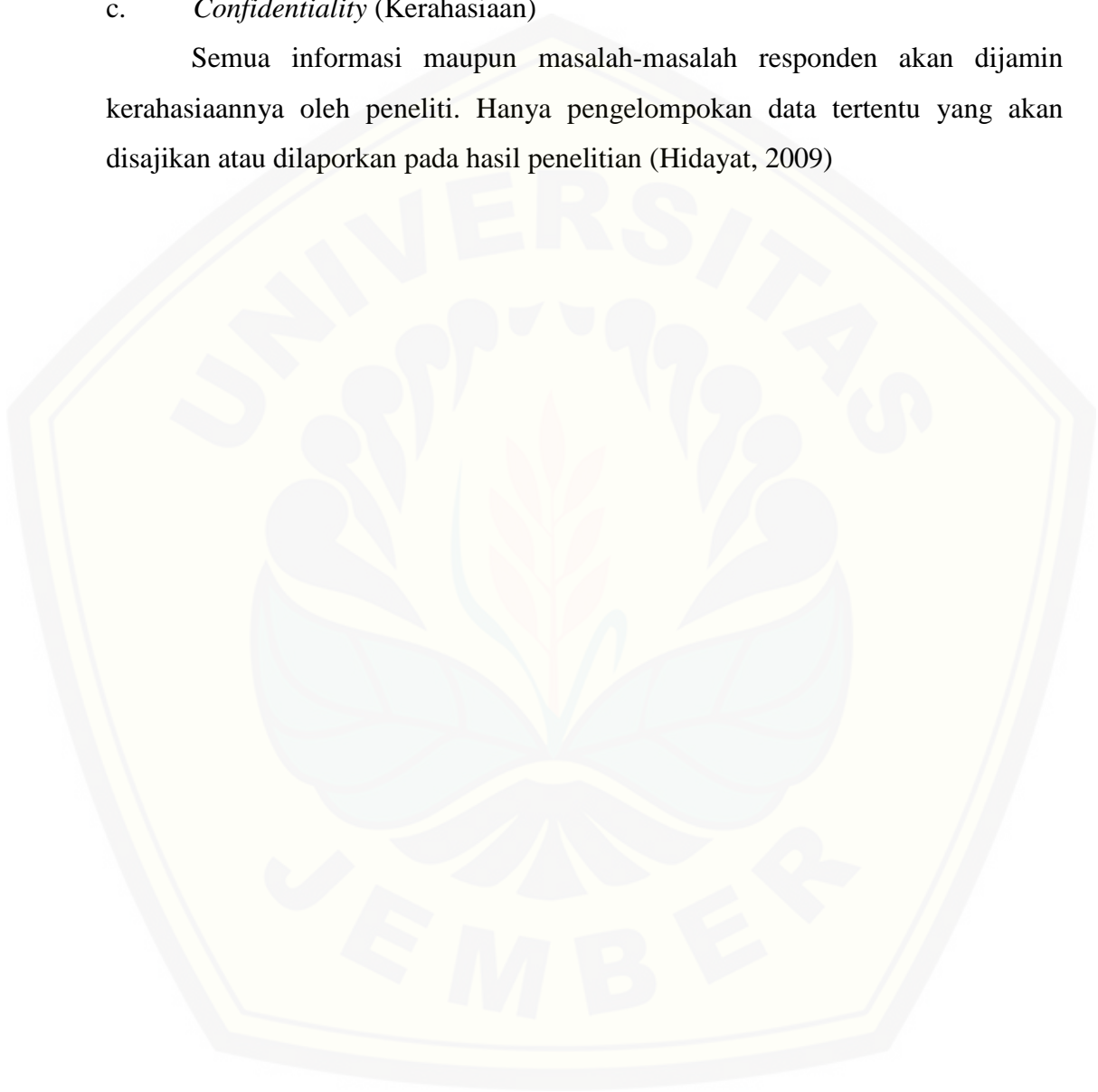
Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika respon bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan.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

b. *Anonimity* (Tanpa Nama)

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

c. *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 40 tahun dan pada pasien 2 berusia 37 tahun. Pada pasien 1 mengatakan Ny. T mengatakan dirinya periksa ke pelayanan kesehatan jika asma kambuh, minum obat saat sesak kambuh, dan masih ada yang merokok di dalam rumah. Dan pada pasien 2 mengatakan setiap hari mengonsumsi obat asma, obat herbal dan tidak meminum obat resep dari dokter, mengatakan suami Ny.R 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 diagnose keperawatan pada klien 1 dan 2 adalah ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga, selain ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga muncul masalah ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga .

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dalam masalah keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga pada kedua pasien mengacu pada Wilkinson dengan melakukan tindakan pencegahan pada asma dengan tindakan pendidikan kesehatan.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi 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 penatalaksanaan program terapeutik keluarga, setelah dilakukan 3 kali kunjungan diharapkan pasien mengetahui factor pencetus asma, 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. R dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga pada penderita Asma lebih ditingkatkan lagi sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan dapat meningkatkan derajat kesehatan keluarga Tn. R dan Tn. Y 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 ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik keluarga seperti tindakan menciptakan lingkungan yang nyaman tanpa asap rokok atau pemicu lainnya.

5.2.3 Bagi penulis selanjutnya

Keluarga diharapkan untuk melakukan asuhan keperawatan lebih dari 1 minggu dengan cara memperpanjang jarak antara kunjungan 1 dan 2 sehingga kunjungan ketiga sampai pada batas minggu yang diindikasikan tidak terjadi kekambuhan pada asma,

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Sagung Seto.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Clark, M. V. (2013). *Asma Panduan Penatalaksanaan Klinis*. Jakarta.
- Carpenito, L. J. (2000). *Rencana Asuhan dan Pendokumentasian Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Deni, Y. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Diagnosa Nanda-1 2015-2017 Intervensi Nic Hasil Noc*. Jakarta: 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.
- Francis, C. (2011). *perawatan respirasi*. Jakarta: Erlangga.
- <https://edukasi.kompas.com/read/2010/05/06/08201242/asma.sebagian.besar.tidak.terkontrol>.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Loscalzo, J. (2014). *Pulmonologi dan Penyakit Kritis*. Jakarta: editor edisi bahasa Indonesia.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta.
- Ni, S. P. (2013). Asma Hubungan Antara Faktor Resiko Perilaku Pencegahan Dan Tingkat Pengendalian Penyakit. *Jurnal Ners Lestari* , 1-12.
- Nurhidayati Ina, d. (2013). Kondisi Kesehatan Lingkungan Fisik Rumah Dengan Kasus Asma Akut Di Wilayah Kota Administrasi Jakarta Timur. *FKM UI*, 1-20.
- Nursalam, dkk. (2009). Faktor Resiko Asma Dan Perilaku Pencegahan Berhubungan Dengan Tingkat Kontrol Penyakit asma. *Jurnal Ners Vol.4 No 1* , 1-10.

Padila. (2012). *Keperawatan Keluarga Dilengkapi Aplikasi Kasus Askep Keluarga Terapi Herbal Dan Terapi Modalitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

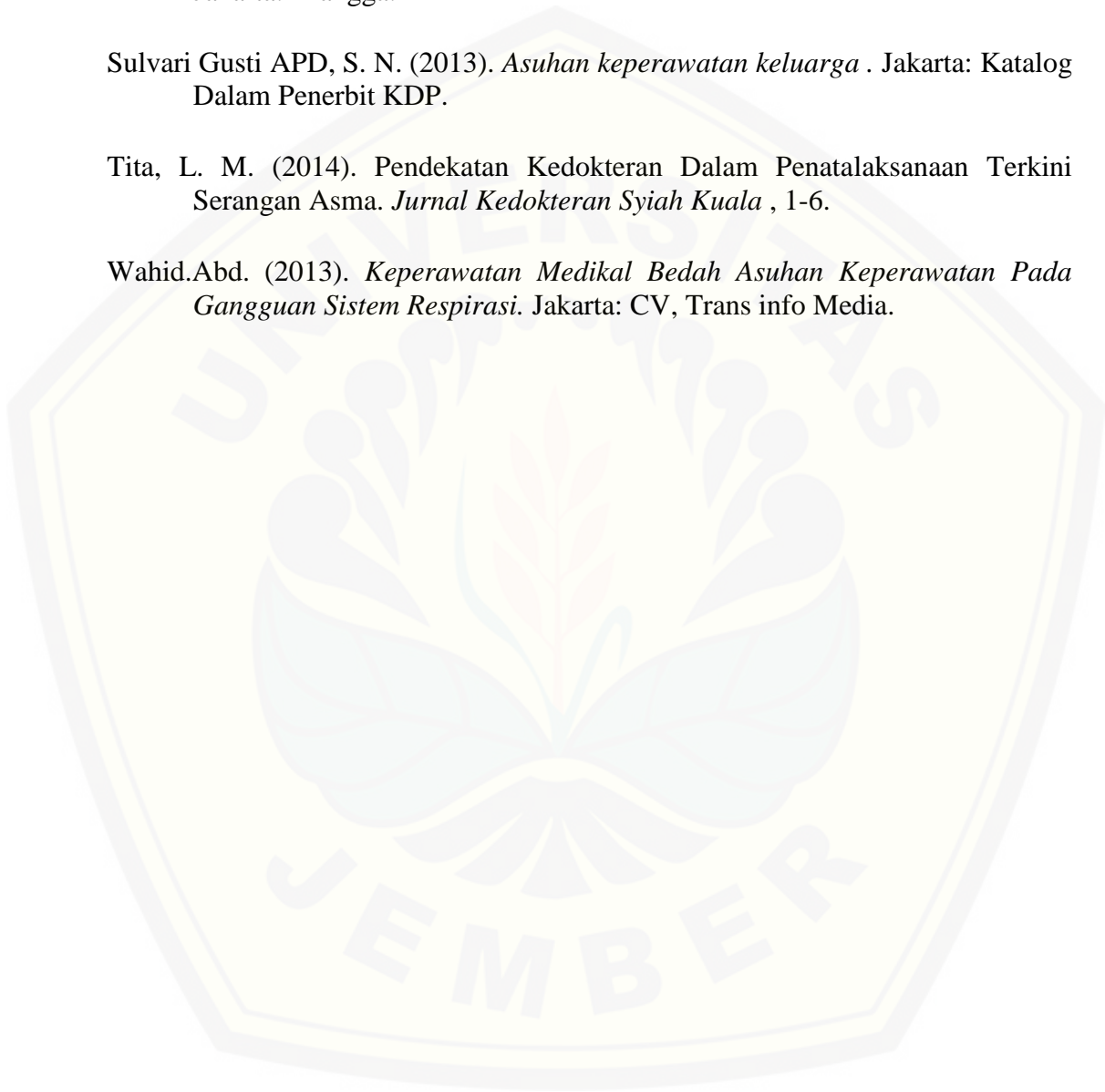
Ratih, O. (2010). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Asma Di Indonesia. *Media Lierbang Kesehatan Volume xx Nomer 1* , 1.

Suarli,&Bahtiar,Y.(2009).*Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta:Erlangga.

Sulvari Gusti APD, S. N. (2013). *Asuhan keperawatan keluarga* . Jakarta: Katalog Dalam Penerbit KDP.

Tita, L. M. (2014). Pendekatan Kedokteran Dalam Penatalaksanaan Terkini Serangan Asma. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala* , 1-6.

Wahid.Abd. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: CV, Trans info Media.





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 : 072/564/427.75/2018

- 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: 276/UN25.14.2/LT/2018 tanggal 26 Maret 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama TITIS RAMADANI .

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : TITIS RAMADANI
2. Alamat : Desa Labruk Kidul Kec. Sumber Suko
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 1523031011 40
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Asma dengan Masalah Keperawatan Menejemen Kesehatan Keluarga di 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 : 2 April 2018 s/d 21 April 2018
7. Lokasi Penelitian : 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 Maret 2018

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL,



Tembusan Yth. :

1. Plt. 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. Koord. Prodi D3 Keperawatan Univ. Jember Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

NIP. 19620801 199303 1 001

Lumajang, 26 Maret 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 : Titis Ramadani
NIM : 152303101140

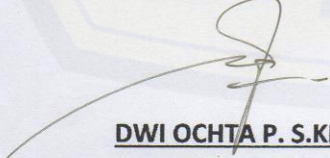
Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Asma dengan Masalah
Keperawatan Manajemen Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran
Pada Tahun 2018"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator
Prodi D3 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 : Maret – April 2018

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih.

Mengetahui :
Pembimbing KTI


DWI OHTA P. S.KM
NRP. 760017245

Hormat kami,
Pemohon,


TITIS RAMADANI
NIM. 152303101140

Lampiran 2

BOOKLET



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Th. R DAN Th. Y DENGAN PENYAKIT
ASMA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PENATALAKSANAAN PROGRAM TERAPEUTIK KELUARGA
DI WILAYAH KERJAPUSKESMAS ROGOTRUMAN
KABUPATEN LUMAJANG TAHUN 2018**

Oleh

Titis Ramadani

NIM 152303101140

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

2018

Pengertian

Asma adalah suatu sindrom yang ditandai dengan obstruksi aliran 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.



Penyebab

Faktor predisposisi

1. Genetik

Diturunkannya bakat alergen dari keluarga dekat, meski belum di ketahui bagaimana penurunannya dengan jelas. Karena adanya bakat alergi ini Penderita sangat mudah terkena asma apabila dia terpapar dengan faktor pencetus.



2. Alergen

adalah suatu bahan penyebab alergi. Dimana ini dibagi menjadi 3, yaitu:

- 4 inhalan, yang masuk melalui saluran napas, (debu, bulu binatang, serbuk bunga, polusi)



5 ingestan : yang masuk melalui mulut (makanan dan obat - obatan)



6 kontak : yang masuk melalui kontak dengan kulit (perhiasan, logam dan jam tangan)



3. Perubahan cuaca

Cuaca lembab hwa yang dingin sering mempengaruhi asma, perubahan cuaca menjadi pemicu serangan asma : musim hujan,musim bunga, musim kemarau. Hal ini berhubungan dengan angin, serbuk bungan dan debu



4. Lingkungan kerja

Mempunyai hubungan langsung dengan sebab terjadinya asma, hal ini berkaitan dengan dimana dia bekerja. Misalnya orang yang bekerja di pabrik kayu, polisi lalu lintas. Gejala ini membaik pada waktu libur.

5. Olahraga

Sebagian besar penderita akan mendapat serangan asma bila sedang bekerja dengan berat. Serangan asma karena aktivitas biasanya segera setelah aktivitas selesai.



6. Stress

Gangguan emosi dapat memicu terjadinya serangan asma, selain itu juga memperberat serangan asma yang sudah ada. Disamping gejala asma harus segera diobati penderita asma yang mengalami stress harus diberi nasehat untuk menyelesaikan masalah(Wahid.Abd, 2013)



Tanda dan Gejala

4.4.1.1 Penderita bernafas cepat dan dalam



4.4.1.2 Sesak napas



4.4.1.3 Ada sebagian mengeluh nyeri dada



4.4.1.4 Sianosis (Wahid.Abd, 2013)



Cara pencegahan

1. Mengenali dan menghindari pencetus asma
2. Mengikuti rencana penanganan asma yang di buat oleh tenaga kesehatan
3. Mengenali serangan asma dan melakukan langkah pengobatan yang tepat
4. Menggunakan obat-obatan asma yang di sarankan oleh dokter secara teratur (salbutamol, fenoterol, terbutalin, salmeterol,)


Lampiran 3

Klien 1



Klien 2



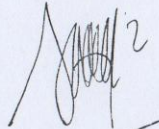
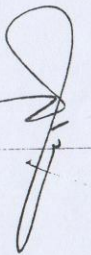
	FORMULIR	No. Dok. : Akp / F / K / 29
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku sejak : 1-2-2017 Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL
MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA
NIM
PROGRAM STUDI
JUDUL PROPOSAL


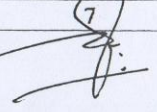
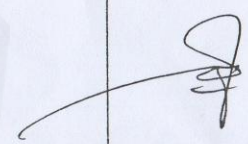
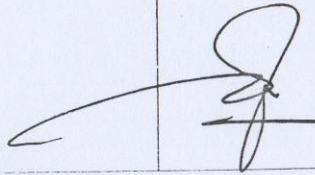
Titis Ramadani
15-144





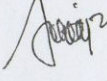

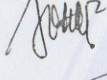

TAHAP PENULISAN PROPOSAL



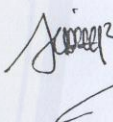

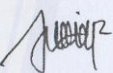
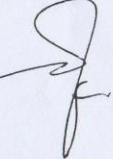
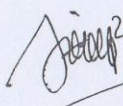


NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
1	17 Februari 2017	Judul	Konsul judul "Asuhan Keperawatan pasien Asma dengan masalah Keperawatan dalam manajemen kesehatan keluarga" - ACC judul		
2			(konfirmasi ke B. Anita Co. KTI)		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
3	13 April 2017	Bab 1	<ul style="list-style-type: none"> • masalah kurang spesifik, harus mengarah pada asuhan keperawatan • skala harus mengurutkan piro mudo terbalik, dan • kronologi kurang spesifik • solusi harus mengarah pada peran keluarga 		
4	02 Mei 2017	Bab 1 Bab 2	<ul style="list-style-type: none"> • Msk's kurang spesifik, skala di Perbaiki • kurang lengkap bab 2, konsep keluarga dilengkapi 		
5	Agustus 2017	Bab 1 Bab 2	<ul style="list-style-type: none"> • kurang & spesifik skala. • patofisiologi kurang spesifik • kata kanaan kiri (penulis) 		
6	10 Jan 2018	Bab 1 Bab 2	<ul style="list-style-type: none"> • carit jurnal kualitas hidup pasien di google • merambatkan intervensi pada Bab 2 		
7	6 - 2 - 2018	Bab 3	<ul style="list-style-type: none"> • Batasan lokal → w/ itil manajemen kechan keluarga @ batan kum turistik (polar vs pr amu) • Pantipen → kriteia mahi - C-, Davili & pkn Pon 9² - lin ... 		

— tolong lengkapi paper → skn prn datta m, laka kros coll.

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
8	07 / 02 18	Bab 2 Bab 3	- Interviewi MK → lihat & buku NIC - Simpulan penelitian FTI Partisipan (apa judul keruh & ber butir). - Revisi penelitian (papilan) → kemud Bab 1. → ACC Bab 2. → ACC → kerubitan penlit (Rasonom + kemud nyata) Bab 3 → ACC		
9	08 / 02 18		- bersipat halaman dep - bagian pny - lampiran 2 - simpulan yg sngg hgg dep		
10					
11					
12	9 / 2 20 18		ACC yg sidang proposal - konfirmasi pengaji ke B. Arista - buat jadwal / kome ke pengaji		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
	Juni 2018	Utak	<ul style="list-style-type: none"> • melakukan Pengkajian dan BHBS di Pasien Ny.T dan Ny.R 		
	Juni 2018	Utak	<ul style="list-style-type: none"> • melakukan intervensi di rumah Px My.T dan My.R 		
	Juni 2018	Utak	<ul style="list-style-type: none"> • melakukan evaluasi implementasi di rumah Px My.T dan My.R 		
	Juni 2018	Utak	<ul style="list-style-type: none"> • melakukan evaluasi di rumah Px My.T dan My.R 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
	Maret 2018	I - III Sudap Revisi	Ace		
	Tanggal 4 Juli 2018	Bab 4	<ul style="list-style-type: none"> • Konsul pengkajian dan pembahasan • Penulisan di benarkan dan diteliti 		
	Tanggal 5 Juli 2018	Bab 4	<ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian kurang spesifik • Pembahasan kurang teoritis dan opini • Penulisan di benarkan lagi 		
	Tanggal 10 Juli 2018	Bab 4	<ul style="list-style-type: none"> • Opini dalam pembahasan kurang • denogram tulisan bukan tabel, tetapi ditulis gambar, riwayat keturunan kurang spesifik • Penulisan kurang spesifik di benarkan lagi • faktor opini dan fakta kurang spesifik 		
	Tanggal 10 Juli 2018	Bab 4-5	<p>Revisi Parlim → Parlim di Bulan Parlim -</p>		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
	12 Juli 2018	Bab 1-5	Acc Prang FTI		

Ketua Program Studi

Pembimbing

NIP. _____

NIP. _____

Mengetahui
Wakil Direktur I

NIP. _____

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	2/8 2018	konsul bab 1 dan Bab 2 KTI.	<ul style="list-style-type: none"> Bab 1 solusi tidak sesuai dengan nanda dan harus di perbaiki solusi Bab 2 konsep keluarga terlalu singkat ditambahkan dan intervensi di bab 2 konsep keluarga 		
2.	14/8 2018	konsul bab 1,2 dan 3 KTI	<ul style="list-style-type: none"> harus sesuai dengan Nanda. Bab 3 studi kasus di revisi menjadi Laporan kasus Bab 1,2 di susun dirapikan dan ditambahkan sumber 		
3.					
4.	18/08 2018	konsul Bab 1-5 KTI	<ul style="list-style-type: none"> tujuan di perbaiki lagi dan diteliti 		
6	29/8 18	konsul Bab 1-5 KTI	Sudip di Revisi Semua		
7					
8.	29/08 2018	konsul Bab 1-5 KTI	<ul style="list-style-type: none"> Bab 1 Bab 2 Bab 3 		

