

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat dengan adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi dan tiap-tiap keluarga selalau berinteraksi satu sama lain (Mubarak, 2009).

Sedangkan menurut Ali (2010) keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan yang lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Menurut Departemen Kesehatan RI Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling bergantung (Departemen Kesehatan RI 1988 dalam Ali hal 4).

Jadi keluarga adalah dua orang atau lebih yang terikat oleh perkawinan atau hubungan darah yang tinggal dalam satu rumah tangga dan setiap anggota mempunyai peran masing-masing.

2. Peran keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal yang berhubungan dengan posisi dan situasi tertentu. Berbagai peran yang terdapat dalam keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Peran ayah sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, kepala rumah tangga, anggota dari kelompok sosialnya dan anggota masyarakat.
- b. Peran ibu sebagai istri, ibu dari anaknya, mengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik dan pelindung bagi anak-anaknya, anggota kelompok sosial dan anggota masyarakat serta berperan sebagai pencari nafkah tambahan bagi keluarga.
- c. Peran anak-anak sebagai pelaksana peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, mental dan spiritual (Ali, 2010).

3. Fungsi Keluarga

Friedman membagi fungsi keluarga menjadi 5, yaitu :

- a. Fungsi afektif. Berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, peran dijalankan dengan baik, dan penuh rasa kasih sayang.
- b. Fungsi sosialisasi. Proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu menghasilkan interaksi sosial, dan individu tersebut melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial. Keluarga

merupakan tempat individu melaksanakan sosialisasi dengan anggota keluarga dan belajar disiplin, norma budaya, dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga, sehingga individu mampu berperan di dalam masyarakat

- c. Fungsi Reproduksi. Fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
 - d. Fungsi Ekonomi. Fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti makan, pakaian, perumahan, dan lain-lain.
 - e. Fungsi perawatan keluarga. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, dan asuhan kesehatan (Friedman, 1986. Dalam Ali, 2010 hal 11).
4. Tipe / Bentuk Keluarga (Sudiharto, 2007).
- a. Keluarga inti (nuclear family), adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karena kelahiran (natural) maupun adopsi.
 - b. Keluarga asal (Family of origin), merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.
 - c. Keluarga besar (Extended family) adalah keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu.
 - d. Keluarga berantai (social family) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.

- e. Keluarga duda atau janda, adalah keluarga yang terbentuk karena perceraian dan / atau kematian pasangan yang dicintai.
- f. Keluarga komposit (composite family), adalah keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.
- g. Keluarga kohabitasi (cohabitation), adalah dua orang menjadi satu keluarga tanpa pernikahan, bisa memiliki anak atau tidak. Di Indonesia bentuk keluarga ini tidak lazim dan bertentangan dengan budaya timur. Namun, lambat laun keluarga kohabitasi ini mulai dapat diterima.
- h. Keluarga inses (incest family), seiring dengan masuknya nilai-nilai global dan pengaruh informasi yang sangat dahsyat, dijumpai bentuk keluarga yang tidak lazim, misalnya anak perempuan menikah dengan ayah kandungnya, ayah menikah dengan anak perempuan tirinya. Walaupun tidak lazim dan melanggar nilai-nilai budaya, jumlah keluarga inses semakin hari semakin besar. Hal tersebut dapat kita cermati melalui pemberitaan dari berbagai media cetak dan elektronik.
- i. Keluarga tradisional dan nontradisional, dibedakan berdasarkan ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan, sedangkan keluarga nontradisional tidak diikat oleh perkawinan

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga adalah proses perubahan dari sistem keluarga yang terjadi dari waktu ke waktu meliputi perubahan interaksi dan hubungan di antara keluarga dari waktu ke waktu. Perkembangan ini terbagi dalam beberapa tahapan, setiap tahapan memiliki tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tahapan tersebut dapat dilalui dengan sukses.

Menurut *Duvall*(1977) siklus kehidupan keluarga terdiri dari 8 tahapan yang mempunyai tugas dan resiko tertentu pada setiap tahapan perkembangannya. Adapun 8 tahapan perkembangan tersebut adalah:

- a. Tahap 1 keluarga pemula: dimulai saat individu membentuk keluarga melalui perkawinan.

Tugas perkembangan

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan kehidupan baru.
- 2) Membina hubungan dengan teman lain, keluarga lain.
- 3) Membina keluarga berencana

- b. Tahap 2 keluarga dengan kelahiran anak pertama: dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia 30 bulan.

Tugas perkembangan

- 1) Perubahan peran menjadi orang tua.
- 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga.
- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangannya.

- c. Tahap 3 keluarga dengan anak pra sekolah: dimulai anak pertama berusia 2,5 tahun sampai dengan 5 tahun.

Tugas perkembangan

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga.
 - 2) Membantu anak bersosialisasi, beradaptasi dengan lingkungan.
 - 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir sementara kebutuhan anak yang lain juga harus dipenuhi.
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga.
 - 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak-anak.
 - 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
 - 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.
- d. Tahap 4 keluarga dengan anak usia sekolah: dimulai saat anak pertama berusia 6 tahun samapi 13 tahun.

Tugas perkembangan

- 1) Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.
 - 2) Mempertahankan hubungan perkawinan bahagia.
 - 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya hidup yang semakin meningkat.
 - 4) Meningkatkan komunikasi terbuka.
- e. Tahap 5 keluarga dengan anak remaja: dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun sampai 19-20 tahun.

Tugas perkembangan

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, meningkatkan otonominya.
 - 2) Mempererat hubungan yang intim dalam keluarga.
 - 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua.
 - 4) Perubahan sistem peran dan peraturan tumbuh kembang keluarga.
- f. Tahap 6 keluarga dengan anak dewasa: dimulai saat anak pertama meninggalkan rumah sampai anak terakhir, lamanya tergantung dengan jumlah anak atau banyaknya anak belum menikah dan tinggal dalam rumah:
- Tahap perkembangan
- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
 - 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
 - 3) Membantu orang tua yang sedang sakit dan memasuki masa tua
 - 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
 - 5) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga
- g. Tahap 7 keluarga dengan usia pertengahan: dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiunan atau salah satu pasangan meninggal.

Tugas perkembangan

- 1) Mempertahankan kesehatan.
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.

- 3) Meningkatkan keakraban pasangan.
 - h. Tahap 8 keluarga dengan usia lanjut: dimulai salah satu meninggal atau pension sampai dengan dua-duanya meninggal.
6. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Menurut Friedman(2010)sesuai dengan Fungsi Pemeliharaan Kesehatan, keluarga mempunyai Tugas-tugas dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, yaitu :

- a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.
- c. Memberikan perawatan bagi anggotanya yang sakit atau yang tidak mampu membantu dirinya sendiri karena kecacatan atau usianya yang terlalu muda.
- d. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

B. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Asma bronkhial merupakan gangguan radang kronik saluran napas. Saluran napas yang mengalami radang kronik bersifat hiper responsif sehingga apabila terangsang oleh faktor risiko tertentu, jalan napas menjadi tersumbat dan aliran udara terhambat karena konstriksi bronkus, sumbatan mukus, dan meningkatnya proses radang (Almazini, 2012).

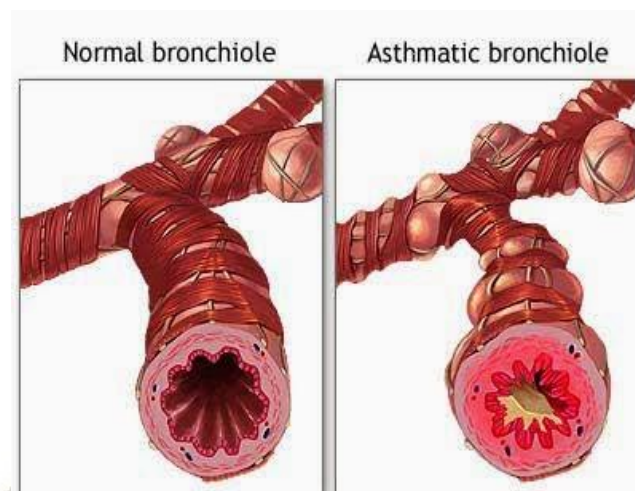
Asma bronkhial adalah suatu keadaan di mana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat sementara. Asma dapat terjadi pada siapa saja dan dapat timbul disegala usia, tetapi umumnya asma lebih sering terjadi pada anak-anak usia di bawah 5 tahun dan orang dewasa pada usia sekitar 30 tahunan (Saheb, 2011).

Asma bronkhial adalah obstruksi jalan nafas obstruktif intermiten, reversibel dimana trakea dan bronchi berespon dalam secara hiperatif terhadap stimulasi tertentu

(Smeltzer,Suzanne.2002 dalam Andra,Yessie.2013 hal 188).

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 1. Anatomi keadaan normal dan *Asma Bronkhial* (Sudaru H. 2006)

Organ Pernapasan

1) Hidung

Hidung atau naso atau nasal merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai dua lubang (*kavum nasi*), dipisahkan oleh sekat hidung (*septum nasi*). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu, dan kotoran yang masuk ke dalam lubang hidung.

2) Faring

Faring atau tekak merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan, terdapat di bawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung, dan mulut sebelah depan ruas tulang leher. Hubungan faring dengan organ-organ lain

adalah ke atas berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantaraan lubang yang bernama koana, ke depan berhubungan dengan rongga mulut, tempat hubungan ini bernama *isthmus fausium*, ke bawah terdapat 2 lubang (ke depan lubang laring dan ke belakang lubang esofagus).

3) Laring

Laring atau pangkal tenggorokan merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara, terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikal dan masuk ke dalam trakhea di bawahnya. Pangkal tenggorokan itu dapat ditutup oleh sebuah empang tenggorokan yang biasanya disebut epiglottis, yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring.

4) Trakea

Trakea atau batang tenggorokan merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16 sampai 20 cincin yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti kuku kuda (huruf C) sebelah dalam diliputi oleh selaput lendir yang berbulu getar yang disebut sel bersilia, hanya bergerak ke arah luar. Panjang trakea 9 sampai 11 cm dan di belakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos.

5) Bronkus

Bronkus atau cabang tenggorokan merupakan lanjutan dari trakea, ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian vertebra torakalis IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus itu berjalan ke bawah dan ke samping ke arah tampuk paru-paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar dari pada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari yang kanan, terdiri dari 9-12 cincin mempunyai 2 cabang. Bronkus bercabang-cabang, cabang yang lebih kecil disebut bronkiolus (bronkioli).

6) Paru-paru

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung. Gelembung alveoli ini terdiri dari sel-sel epitel dan endotel. Jika dibentangkan luas permukaannya kurang lebih 90 m². Pada lapisan ini terjadi pertukaran udara, O₂ masuk ke dalam darah dan CO₂ dikeluarkan dari darah. Banyaknya gelembung paru-paru ini kurang lebih 700.000.000 buah (paru-paru kiri dan kanan). Paru-paru dibagi dua yaitu paru-paru kanan, terdiri dari 3 lobus (belahan paru), lobus pulmo dekstra superior, lobus media, dan lobus inferior. Tiap lobus tersusun oleh lobulus. Paru-paru kiri, terdiri dari pulmo sinistra lobus superior dan lobus inferior. Tiap-tiap lobus terdiri dari belahan yang kecil

bernama segmen. Paru-paru kiri mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, dan 5 buah segmen pada inferior. Paru-paru kanan mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, 2 buah segmen pada lobus medialis, dan 3 buah segmen pada lobus inferior. Tiap-tiap segmen ini masih terbagi lagi menjadi belahan-belahan yang bernama lobulus. Di antara lobulus satu dengan yang lainnya dibatasi oleh jaringan ikat yang berisi pembuluh darah getah bening dan saraf, dan tiap lobulus terdapat sebuah bronkiolus. Di dalam lobulus bronkiolus ini bercabang-cabang banyak sekali, cabang ini disebut duktus alveolus. Tiap duktus alveolus berakhir pada alveolus yang diameternya antara 0,2-0,3 mm. Letak paru-paru di rongga dada datarannya menghadap ke tengah rongga dada atau kavum mediastinum. Pada bagian tengah terdapat tampuk paru-paru atau hilus. Pada mediastinum depan terletak jantung. Paru-paru dibungkus oleh selaput yang bernama pleura. Pleura dibagi menjadi 2 yaitu, yang pertama pleura visceral (selaput dada pembungkus) yaitu selaput paru yang langsung membungkus paru-paru. Kedua pleura parietal yaitu selaput yang melapisi rongga dada sebelah luar. Antara keadaan normal, kavum pleura ini vakum (hampa) sehingga paru-paru dapat berkembang kempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk meminyaki permukaannya (pleura),

menghindarkan gesekan antara paru-paru dan dinding dada sewaktu ada gerakan bernapas.

b. Fisiologi

Pernapasan (respirasi) adalah peristiwa menghirup udara dari luar yang mengandung oksigen serta menghembuskan udara yang banyak mengandung karbondioksida sebagai sisa dari oksidasi keluar dari tubuh. Penghisapan udara ini disebut inspirasi dan menghembuskan disebut ekspirasi. Jadi, dalam paru-paru terjadi pertukaran zat antara oksigen yang ditarik dan udara masuk kedalam darah dan CO₂ dikeluarkan dari darah secara osmosis. Kemudian CO₂ dikeluarkan melalui traktus respiratorius (jalan pernapasan) dan masuk kedalam tubuh melalui kapiler-kapiler vena pulmonalis kemudian masuk ke serambi kiri jantung (atrium sinistra) menuju ke aorta kemudian ke seluruh tubuh (jaringan-jaringan dan sel-sel), di sini terjadi oksidasi (pembakaran). Sebagai sisa dari pembakaran adalah CO₂ dan dikeluarkan melalui peredaran darahvena masuk ke jantung (serambi kanan atau atrium dekstra) menuju ke bilik kanan (ventrikel dekstra). Akhirnya dikeluarkan menembus lapisan epitel dari alveoli. Proses pengeluaran CO₂ ini adalah sebagian dari sisa metabolisme, sedangkan sisa dari metabolisme lainnya akan dikeluarkan melalui traktus urogenitalis dan kulit. Setelah udara dari luar diproses, di dalam hidung masih terjadi perjalanan panjang menuju paru-paru (sampai alveoli) Pada laring terdapat epiglotis

yang berguna untuk menutup laring sewaktu menelan, sehingga makanan tidak masuk ke trakhea, sedangkan waktu bernapas epiglotis terbuka, begitu seterusnya. Jika makanan masuk ke dalam laring, maka akan mendapat serangan batuk, hal tersebut untuk mencoba mengeluarkan makanan tersebut dari laring.

Terbagi dalam 2 bagian yaitu inspirasi (menarik napas) dan ekspirasi (menghembuskan napas). Bernapas berarti melakukan inspirasi dan ekspirasi secara bergantian, teratur, berirama, dan terus menerus. Bernapas merupakan gerak refleks yang terjadi pada otot-otot pernapasan. Refleks bernapas ini diatur oleh pusat pernapasan yang terletak di dalam sumsum penyangung (medulla oblongata). Oleh karena seseorang dapat menahan, memperlambat, atau mempercepat napasnya, ini berarti bahwa refleks bernapas juga dibawah pengaruh korteks serebri. Pusat pernapasan sangat peka terhadap kelebihan kadar CO₂ dalam darah dan kekurangan dalam darah. Inspirasi terjadi bila muskulus diafragma telah mendapat rangsangan dari nervus frenikus lalu mengerut datar. Muskulus interkostalis yang letaknya miring, setelah mendapat rangsangan kemudian mengerut dan tulang iga (kosta) menjadi datar. Dengan demikian jarak antara sternum (tulang dada) dan vertebra semakin luas dan melebar. Rongga dada membesar maka pleura akan tertarik, yang menarik paru-paru sehingga tekanan udara di dalamnya berkurang dan masuklah udara dari luar. Ekspirasi, pada suatu saat

otot-otot akan kendur lagi. Jadi proses respirasi atau pernapasan ini terjadi karena adanya perbedaan tekanan antara rongga pleura dan paru-paru. Pernapasan dada, pada waktu seseorang bernapas, rangka dada terbesar bergerak, pernapasan ini dinamakan pernapasan dada. Ini terdapat pada rangka dada yang lunak, yaitu pada orang-orang muda dan pada perempuan. Pernapasan perut, jika pada waktu bernapas diafragma turun naik, maka ini dinamakan pernapasan perut. Kebanyakan pada orang tua, Karena tulang rawannya tidak begitu lembek dan bingkas lagi yang disebabkan oleh banyak zat kapur yang mengendap di dalamnya dan banyak ditemukan pada laki-laki (Sundaru H, 2006).

3. Etiologi (Suriandi.2001 dalam Padila hal 249).
 - a. Faktor Ekstrinsik (asma imunologik / asma alergi)
 - 1) Reaksi antigen-antibody
 - 2) Inhalasi allergen (debu, serbuk-serbuk, bulu-bulu binatang)
 - b. Faktor Intrinsik (asma non imunologi / asma non alergi)
 - 1) Infeksi : parainfluenza virus, pneumonia, mycoplasmal
 - 2) Fisik : cuaca dingin, perubahan temperature
 - 3) Iritan : kimia
 - 4) Polusi udara : CO, asap rokok, parfum
 - 5) Emosional : takut, cemas dan tegang
 - 6) Aktivitas yang berlebihan juga dapat menjadi faktor pencetus

4. Patofisiologi (Andra, Yessie. 2013).

Asma adalah obstruksi jalan nafas difus reversibel. Obstruksi disebabkan oleh satu atau lebih dari kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronki, yang menyempitkan jalan nafas, atau pembengkakan membran yang melapisi bronki, atau pengisian bronki dengan mukus yang kental. Selain itu otot-otot bronkhian dan kelenjar mukosa membesar, sputum yang kental, banyak dihasilkan dan alveoli menjadi hiperinflasi, dengan udara terperangkap di dalam jaringan paru. Mekanisme yang pasti dari perubahan ini belum diketahui, tetapi ada yang paling diketahui adalah keterlibatan sistem imunologis dan sistem otonom. Beberapa individu dengan asma mengalami respon imun yang buruk terhadap lingkungan mereka. Antibody yang dihasilkan (IgE) kemudian menyerang sel-sel mast dalam paru, pemajanan ulang terhadap antigen mengakibatkan ikatan antigen dengan antibody, menyebabkan pelepasan produk sel-sel mast (disebut mediator) seperti histamin, bradikinin, dan prostaglandin serta anafilaksis dari substansi yang bereaksi lambat (SRS-A). Pelepasan mediator ini dalam jaringan paru mempengaruhi otot polos dan kelenjar jalan nafas, menyebabkan bronkospasme, pembengkakan membran mukosa dan pembentukan mukus yang sangat banyak.

Sistem saraf otonom mempengaruhi paru. Tonus otot bronkial diatur oleh impuls saraf vagal melalui sistem parasimpatis. Pada asma idiopatik atau nonalergik, ketika ujung saraf pada jalan nafas dirangsang

oleh faktor seperti infeksi, dingin, merokok, emosi dan polutan, jumlah asetilkolin yang dilepaskan meningkat. Pelepasan asetilkolin ini secara langsung menyebabkan bronkokonstriksi juga merangsang pembentukan mediator kimiawi yang dibahas diatas, individu dengan asma dapat mempunyai toleransi rendah terhadap respon parasimpatis. Selain itu, reseptor α - dan β - adrenergik dari sistem saraf simpatis terletak dalam bronchi. ketika reseptor α - adrenergik dirangsang terjadi bronkokonstriksi, bronkodilatasi terjadi ketika reseptor β - adrenergik yang dirangsang. Keseimbangan antara reseptor α - dan β - adrenergik dikendalikan terutama terutama oleh siklik adenosin monofosfat (CAMP) stimulasi reseptor alfa mengakibatkan penurunan CAMP, yang mengarah pada peningkatan mediator kimiawi yang dilepaskan oleh sel mast bronkokonstriksi. stimulasi reseptor beta adrenergik mengakibatkan peningkatan tingkat CAMP, yang menghambat pelepasan mediator kimiawi dan menyebabkan bronkodilatasi. Teori yang diajukan adalah bahwa penyekatan β - adrenergik terjadi pada individu dengan asma. Asmatik rentan terhadap peningkatan pelepasan mediator kimiawi dan konstriksi otot polos.

5. Manifestasi Klinis (Danukusumo, 2000 dalam Padila 2013 hal 250).

a. Stadium dini

- 1) Faktor hipersekresi yang lebih menonjol
 - a) Batuk dengan dahak bisa dengan maupun tanpa pilek
 - b) Ronchi basah halus pada serangan kedua atau ketiga, sifatnya hilang timbul
 - c) Wheezing belum ada
 - d) Belum ada kelainan bentuk thorak
 - e) Ada peningkatan eosinofil darah dan Ig E
 - f) BGA belum patologis
- 2) Faktor spasme bronchiolus dan edema yang lebih dominan :
 - a) Timbul sesak nafas dengan atau tanpa sputum
 - b) Wheezing
 - c) Ronchi basah bila terdapat hipersekresi
 - d) Penurunan tekanan parsial O₂

b. Stadium lanjut / kronik

- 1) Batuk, ronchi
- 2) Sesak nafas berat dan dada seolah-olah tertekan
- 3) Dahak lengket dan sulit untuk dikeluarkan
- 4) Suara nafas melemah bahkan tak terdengar (silent chest)
- 5) Thorak seperti barrel chest
- 6) Tampak tarikan otot sternokleidomastoideus
- 7) Sianosis

6. Komplikasi Asma (Smeltzer & Bare, 2002).

- a. Mengancam pada gangguan keseimbangan asam basa dan gagal nafas
- b. Chronic persisten bronchitis
- c. Bronchitis
- d. Pneumonia
- e. Emphysema
- f. Meskipun serangan asma jarang ada yang fatal, kadang terjadireaksi kontinu yang lebih berat, yang disebut “status asmatikus”, kondisi ini mengancam hidup

7. Penatalaksanaan Medis (NANDA, 2012-2014, Angela, 2011)

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

a. Non farmakologik

1) Penyuluhan

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

2) Menghindari faktor pencetus

Klien perlu dibantu mengidentifikasi pencetus serangan asma yang ada pada lingkungannya, serta diajarkan cara menghindari

dan mengurangi faktor pencetus, termasuk pemasangan cairan yang cukup bagi klien.

- 3) Ajarkan teknik untuk perawatan dan penggunaan alat missal dengan menggunakan
 - a) Inhaler
 - b) Nebulizer
 - c) Peak flow meter
 - d) Inhalasi manual

b. Pengobatan farmakologik

Obat-obatan anti asma

1) Golongan simpatomimetik

Obat golongan simpatomimetik yang paling banyak dipakai adalah golongan agonis beta-2. Yang bekerja kusus pada saluran nafas, yaitu melebarkan saluran nafas. Obat ini terdapat dalam bentuk tablet, sirup, suntikan dan semprotan.

2) Golongan santin

Obat golongan santin dapat berupa tablet, kapsul, sirup, suntikan, dan suppositoria.

3) Golongan atropin

Atropine adalah obat bronchodilator lemah sehingga tidak dipergunakan sebagai obat utama untuk antiasma. Jika deberika secara sistemik (diminum atau disuntikan) akan menyebabkan

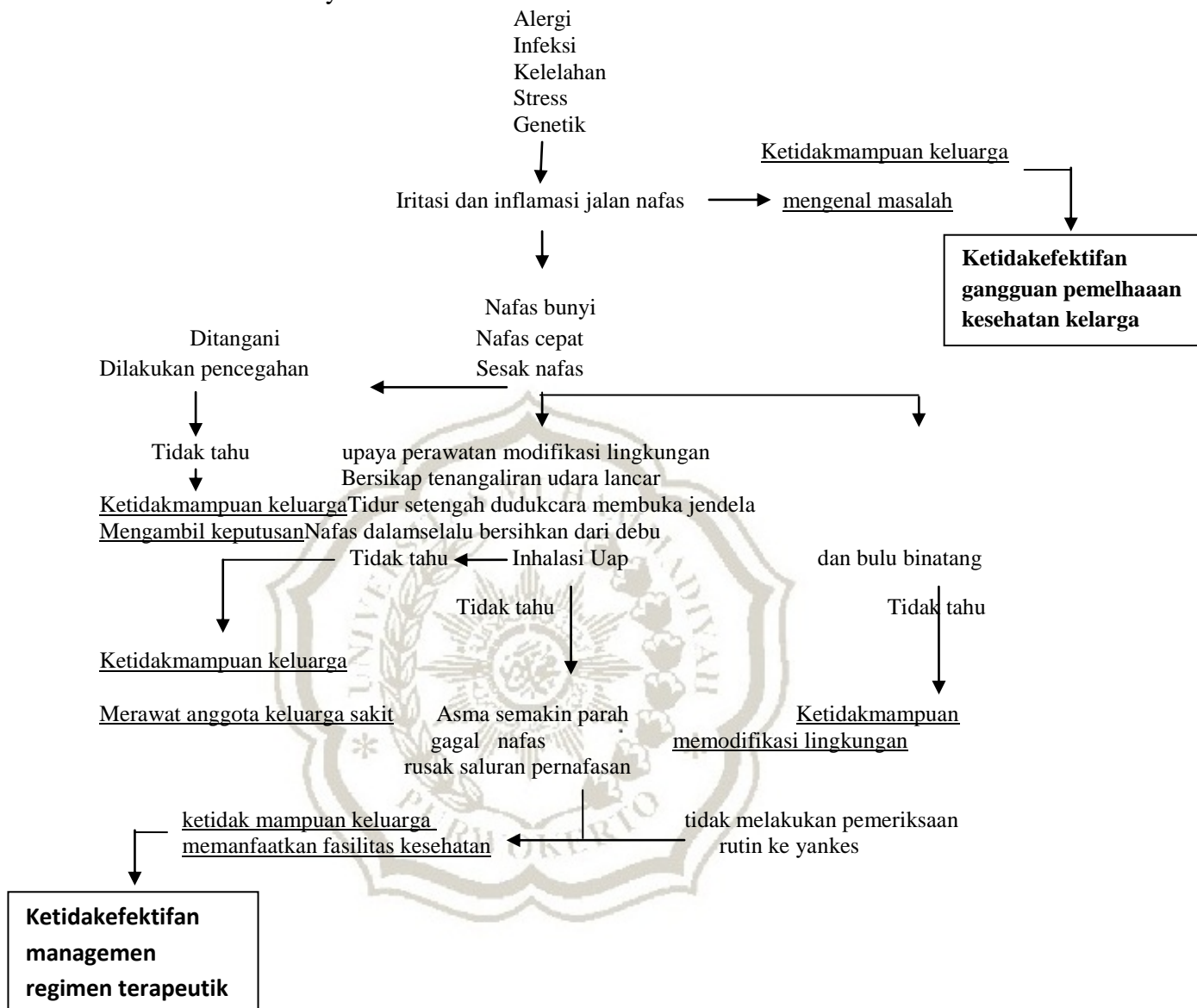
efek samping berupa mulut kering, pandangan kabur, dan sulit buang air besar

4) Golongan kortikosteroid sistemik

Obat kortikosteroid sistemik yang digunakan untuk asma dapat berupa tablet, sirup, dan suntikan



8. Pathway



(Bruner & Sudart, 2000, NANDA 2012-2014)

9. Fokus Intervensi (NANDA, 2012-2014)

Fokus intervensi berdasarkan Nursing Interventions Classification (NIC) sebagai berikut:

a. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan kurang mengenal terhadap masalah asma

1) Keluarga mampu mengenal masalah :

Mengembangkan materi pendidikan sesuai dengan tingkat pengetahuan klien

2) Keluarga mampu mengambil keputusan mengenai masalah klien

Memberikan informasi yang diminta klien

3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit asma

a) Meningkatkan istirahat

b) Meningkatkan intake nutrisi

c) Mengajarkan klien untuk nafas dalam jika terjadi serangan asma

d) Menggunakan demonstrasi/ulang demonstrasi partisipatif peserta didik, dan manipulasi bahan ketika mengajar ketrampilan psikomotorik

e) Mengajarkan klien untuk tidur setengah duduk (semifowler)

4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mencegah penyakit.

a) Menentukan status pendidikan

b) Menentukan status ekonomi dan sumber daya keuangan

- c) Mengidentifikasi koping individu dan kelompok yang digunakan
 - d) Merencanakan kegiatan pengurangan resiko
- 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat untuk klien mendapat pengobatan
- Menentukan apakah klien mempunyai pengetahuan yang memadai tentang kondisi kesehatan.
- b. Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik
- 1) Keluarga mampu mengenal masalah :
Kembangkan materi pendidikan sesuai dengan tingkat pengetahuan klien
 - 2) Keluarga mampu mengambil keputusan mengenai masalah klien
Memberikan informasi yang diminta klien
 - 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit asma
 - a) Mendorong keterlibatan keluarga secara tepat
 - b) Mengajarkan dan mendemonstrasikan inhalasi uap sebagai tindakan perawatan tradisisonal yang bisa dilakukan dikeluarga
 - c) Menentukan yang mungkin dapat menghalangi dalam pengobatan
 - d) Menentukan dampak dari penggunaan obat yang selalu digunakan ketika terjadi serangan asma pada gaya hidup klien

- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mencegah penyakit.
 - a) Menentukan status pendidikan
 - b) Menentukan status ekonomi dan sumber daya keuangan
 - c) Mengidentifikasi koping individu dan kelompok yang digunakan
 - d) Merencanakan kegiatan pengurangan faktor pencetus resiko terjadinya serangan asma
 - 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat untuk klien mendapat pengobatan
 - a) Menentukan apakah klien mempunyai pengetahuan /yang memadai tentang kondisi kesehatan.
 - b) Menentukan sumber keuangan klien untuk pembayaran ke fasilitas kesehatan
- c. Penurunan koping
- 1) Keluarga mampu mengenal masalah :
Kembangkan materi pendidikan sesuai dengan tingkat pengetahuan klien
 - 2) Keluarga mampu mengambil keputusan mengenai masalah klien
Memberikan informasi yang diminta klien
 - 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit asma
 - a) Mendorong keluarga dalam proses keibadahan
 - b) Sarankan untuk pengalihan aktivitas ketika masalah muncul

- c) Menentukan hal hal yang dapat mempengaruhi koping
 - d) Mengajarkan klien dan keluarga dalam melakukan penguatan koping
 - e) Menentukan dampak yang ditimbulkan akibat stressor yang berlebih
- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mencegah penyakit.
- a) Menentukan status pendidikan
 - b) Menentukan status ekonomi dan sumber daya keuangan
 - c) Mengidentifikasi koping individu dan kelompok yang digunakan
 - d) Merencanakan kegiatan penguatan koping
- 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat untuk klien mendapat pengobatan
- a) Menentukan apakah klien mempunyai pengetahuan yang memadai tentang kondisi kesehatan.
 - b) Menentukan sumber keuangan klien untuk pembayaran ke fasilitas kesehatan