

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP ASMA

1. Pengertian

Asma yaitu kelainan yang terdapat peradangan kronik di saluran pernafasan dan menyebabkan hipereaktivitas bronkus terhadap rangsangan tertentu yang ditandai dengan munculnya gejala pada waktu tertentu yang berulang seperti batuk, sesak nafas dan rasa berat di dada terutama pada malam maupun dini hari. Asma bersifat fluktuatif (hilang timbul) (Ardi Wijaya1, 2018).

Menurut Global Initiative for Asthma (2018) asma yaitu penyakit heterogen ditandai dengan adanya peradangan saluran nafas kronik diikuti dengan gejala pernafasan seperti mengi, sesak nafas, dan batuk yang bervariasi dari waktu ke waktu dengan intensitas yang berbeda dan bersamaan dengan keterbatasan aliran udara saat ekspirasi (Putri, 2019).

2. Klasifikasi

Berdasarkan tingkat keparahan asma menurut (Henri, 2018) diklasifikan dari yang ringan sampai berat sebagai asma persisten ringan, sedang, berat. Derajat beratnya asma dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 1
Klasifikasi

Derajat Asma	Gejala	Frekuensi Gejala	Fungsi paru
Derajat 1 Asma Intermiten	Serangan singkat Asimtomatik	Gejala <1 kali/minggu Gejala nokturnal <2 kali/bulan	FEVI/FVC >80% prediksi variabilitas <20%
Derajat 2 Asma persisten Ringan	Serangan mengganggu aktifitas dan tidur	Gejala >1 kali/minggu tapi <1 kali/hari Gejala nokturnal >1 kali/minggu	FEVI/FVC 60-80% prediksi Variabilitas >30%
Derajat 3 Asma persisten Sedang	Serangan dapat mengganggu aktifitas dan tidur	Gejala terjadi setiap hari Gejala nokturnal >1 kali/minggu	FEVI/FVC 60-80% prediksi Variabilitas >30%
Derajat 4 Asma persisten Berat	Serangan sering terjadi	Gejala terjadi setiap hari Gejala nokturnal sering terjadi	FEV/FVC <60% prediksi Variabilitas >30%

Sumber : (Henri, 2018)

Keterangan :

- a. *Force Vital Capacity* (FVC) atau kapasitas vital paksa adalah pengukuran kapasitas vital yang didapat dari ekspirasi sekuat dan secepat mungkin.
- b. *Peak Expiratory Flow* (PEF) adalah kecepatan hembusan maksimum (dinyatakan dalam liter/menit) yang diukur pada 10 detik pertama ekspirasi.

c. *Forced Expiratory Volume* (FEV) atau volume ekspirasi paksa adalah volume udara yang dapat di ekspirasi kuat-kuat dalam waktu standar. PEV umumnya diukur pada detik pertama ekspirasi yang dipaksakan dan sering disebut nilai FWVI. Nilai yang kurang dari 1 liter selama detik pertama menunjukkan gangguan fungsi yang berat.

1) FEVI/FVC, nilai 60-75% = ringan

2) FEVI/FVC, nilai 40-59% = sedang

3) FEVI/FVC, nilai <40% = berat

3. Etiologi/faktor pencetus

Penyebab asma yaitu (Mercy Manese, 2021) :

a. Ekstrinsik (*alergik*)

Ditandai dengan reaksi alergi yang disebabkan oleh faktor-faktor pencetus yang spesifik, seperti debu, serbuk bunga, bulu binatang, obat-obatan (antibiotik atau aspirin) dan spora jamur. Asma ekstrinsik sering dihubungkan dengan adanya suatu predisposisi genetik terhadap alergi. Oleh karena itu jika ada faktor-faktor pencetus spesifik seperti yang disebutkan diatas, maka akan terjadi serangan asma ekstrinsik.

b. Intrinsik (*non alergik*)

Ditandai dengan adanya reaksi non alergi yang bereaksi terhadap pencetus yang tidak spesifik atau tidak diketahui, seperti

udara dingin atau bisa juga disebabkan oleh adanya infeksi saluran nafas dan emosi. Serangan asma ini menjadi lebih berat dan sering sejalan dengan berlalunya waktu dan dapat berkembang menjadi bronchitis kronik dan emfisema. Beberapa pasien akan mengalami asma gabungan.

4. Manifestasi Klinis

Tiga gejala umum asma adalah batuk, sesak nafas dan mengi. Pada beberapa keadaan, batuk adalah gejala awal. Serangan asma sering terjadi pada malam hari dan penyebabnya tidak dimengerti dengan jelas. Serangan asma biasanya bermula mendadak dengan batuk dan sesak dalam dada, disertai dengan pernafasan lambat, mengi. Ekspirasi selalu lebih susah dan panjang dibanding inspirasi, yang mendorong pasien untuk duduk tegak dan atau menggunakan otot-otot pernafasan. Jalan nafas yang tersumbat menyebabkan *dyspnea* (sesak nafas), batuk pada awalnya susah dan kering.

Serangan asma berlangsung dari 30 menit sampai beberapa jam dan dapat hilang secara spontan. Meski serangan asma jarang yang fatal kadang terjadi reaksi yang lebih berat yang disebut “status asmaticus” kondisi ini merupakan keadaan yang mengancam hidup (Sukamto, 2010).

5. Patofisiologi

Suatu serangan asma merupakan akibat obstruksi jalan nafas difusi reversible. Obstruksi disebabkan oleh timbulnya tiga reaksi utama

yaitu kontraksi otot-otot saluran nafas, pembengkakan membrane yang melapisi bronchi, pengisian bronchi dengan mucus yang kental. Selain itu, otot-otot bronchi dan kelenjar mukosa membesar, sputum yang kental, banyak dihasilkan dan alveoli menjadi hiperinflasi dengan udara terperangkap di dalam jaringan paru, Antibodi yang dihasilkan (IgE) kemudian menyerang sel-sel mast didalam jaringan paru. Pemajanan ulang terhadap antigen mengakibatkan ikatan antigen dengan antibody, menyebabkan pelepasan produk sel-sel mastn (disebut mediator) seperti histamine, bradykinin dan prostaglandin serta aniflaksis dari substansi yang bereaksi lambat (SRS-A). pelepasan mediator ini dalam jaringan paru mempengaruhi otot polos dan kelenjar jalan nafas, menyebabkan bronkospasme, pembengkakan membrane mukosa dan pembentukan mucus yang sangat banyak. Selain itu, reseptor alfa- dan beta- adrenergic dari system syaraf simpatis terletak dalam bronki.

Ketika reseptor alfa- adrenergic di rangsang, terjadi bronkokonstriksi, bronkodilatasi terjadi ketika reseptor beta- adrenergik yang dirangsang. Keseimbangan reseptor alfa- dan beta- adrenergic dikendalikan terutama oleh siklik adenosinc monofosfat (cAMP). Stimulasi reseptor alfa- meningkatkan penurunan cAMP, yang mengarah pada peningkatan mediator kimiawi yang dilepaskan oleh sel-sel mast bronkokonstriksi. Stimulasi reseptor beta- mengakibatkan tingkat cAMP yang menghambat pelepasan mediator kimiawi dan

menyebabkan bronkodilatasi. Teori yang diajukan adalah bahwa penyekatan beta- adrenergic terjadi pada individu dengan asma. Akibatnya, asmatik rentan terhadap peningkatan pelepasan mediator kimiawi dan kontriksi otot polos (Yunita, 2015).

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Scharfstein & Gaurf, 2016) pemeriksaan penunjang asma :

a. Spirometri

Pemeriksaan spirometri digunakan untuk mengukur fungsi paru dalam keadaan normal atau tidak, menilai beratnya obstruksi atau penyumbatan dan efek pengobatan. Pemeriksaan spirometri penting dalam menegakkan diagnosa karena banyak pasien asma tanpa keluhan, tetapi pemeriksaan spirometri menunjukkan obstruksi. Hal tersebut mengakibatkan pasien mudah mengalami serangan asma dan bila berlangsung lama dapat berlanjut menjadi penyakit paru obstruksi kronik.

b. Uji provokasi bronkus

Apabila pemeriksaan spirometri normal, dapat dilakukan uji provokasi bronkus untuk menunjukkan adanya hipereaktivitas bronkus. Beberapa cara untuk melakukan uji provokasi bronkus meliputi uji provokasi dengan histamine, metakolik, kegiatan jasmani, udara dingin, larutan garam hipertonik, dan dengan aqua destilata. Uji kegiatan jasmani dilakukan dengan menyuruh pasien

berlari cepat selama 6 menit sehingga mencapai denyut jantung 80-90% dari maksimum.

Pemeriksaan uji provokasi bronkus mempunyai sensitivitas tinggi tetapi spesifitas rendah, yang berarti hasil negative dapat menyingkirkan diagnosa asma presisten, namun hasil positif tidak selalu berarti pasien menderita asma. Hasil positif dapat terjadi pada penyakit lain seperti rinitis alergi dan gangguan dengan peneympitan saluran nafas seperti PPOK, bronkietasis, dan fibrosis kistik.

c. Pemeriksaan sputum

Sputum eosinophil sangat dominan pada asma, sedangkan pada bronchitis kronis sputum yang dominan adalah neurofil.

d. Pemeriksaan eosinofil total

Pada pasien asma jumlah eosinofil total dalam darah sering meningkat. Hal tersebut dapat membantu untuk membedakan asma dengan bronchitis kronis. Pemeriksaan eosinofil total juga dapat digunakan sebagai dasar untuk menentukan dosis kortikosteroid yang dibutuhkan oleh pasien asma.

e. Pemeriksaan radiologi

Tujuannya untuk menyingkirkan penyebab lain obstruksi saluan nafas dan adanya kecurigaan terhadap proses patologis paru.

7. Komplikasi

Berbagai komplikasi menurut (Kurniawan Adi Utomo 2015; dalam Araujo, 2017) :

a. Pneumothoraks

Pneumothoraks adalah keadaan adanya udara di dalam rongga pleura yang dicurigai bila terdapat benturan atau tusukan dada. Keadaan ini dapat menyebabkan kolaps yang lebih lanjut lagi dapat menyebabkan kegagalan nafas.

b. Pneumomediastinum

Pneumomediastinum dari bahasa yunnani pneuma “udara”, juga dikenal sebagai emfisema mediastinum adalah suatu kondisi dimana udara hadir di mediastinum. Pertama dijelaskan oleh Rere Laennec, kondisi ini dapat disebabkan oleh trauma fisik atau situasi lain yang mengarah ke udara keluar dari paru-paru, saluran udara atau usus ke dalam rongga dada.

c. Atelectasis

Atelektasis adalah pengerutan sebagian atau seluruh paru-paru akibat penyumbatan saluran udara (bronkus maupun bronkiolus) atau akibat pernafasan yang sangat dangkal.

d. Aspergilosis

Aspergilosis merupakan penyakit pernafasan yang disebabkan oleh jamur dan adanya gangguan pernafasan yang berat. Penyakit ini juga dapat menimbulkan lesi pada berbagai

organ lainnya, misalnya otak dan mata. Istilah Aspegilosis dipakai untuk menunjukkan adanya infeksi *Aspergillus sp.*

e. Gagal nafas

Gagal nafas dapat terjadi bila pertukaran oksigen terhadap karbondioksida dalam paru-paru tidak dapat memelihara laju konsumsi oksigen dan pembentukan karbondioksida dalam sel-sel tubuh.

f. Bronkhitis

Bronkhitis atau radang paru-paru adalah kondisi dimana lapisan bagian dalam dari saluran pernafasan di paru-paru yang kecil (bronkiolus) mengalami bengkak. Selain bengkak juga terjadi peningkatan produksi lendir (dahak). Akibatnya penderita merasa perlu batuk berulang ulang dalam upaya mengeluarkan lendir yang berlebihan atau merasa sulit bernafas karena sebagian saluran udara mejadi sempit oleh adanya lendir.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan awal yang tepat menurut (Chandra, 2021) :

a. Farmakologi

- 1) Memberikan oksigen pernasal
- 2) Antagonis beta 2 andrenergik (salbutamol atau fenetoral 2,5 mg atau terbutalin 10 mg). Inhalasi nebulasi dan pemberian yang dapat diulang setiap 20 menit sampai 1 jam. Pemberian antagonis beta 2 amdrenergik dapat secara subcutan atau

intravena dengan dosis salbutamol 0,25 mg dalam larutan dekstrose 5%.

- 3) Aminophilin intravena 5-6 mg per kg, jika menggunakan obat ini dalam 12 jam sebelumnya maka cukup diberikan setengah dosis.
- 4) Kortikosteroid hidrotoksin 100-200 mg intravena, jika ada respon segera atau dalam serangan sangat berat.
- 5) Bronkodilator untuk mengatasi obstruksi jalan nafas, termasuk didalamnya golongan beta adrenergic dan anti kolinergik.

b. Pengobatan secara sederhana atau non farmakologis

- 1) Inhalasi manual dengan air panas diletakkan di dalam wadah seperti baskom, diberi minyak yang mengandung menthol 3 tetes, baskom yang sudah berisi air panas dengan campuran methol ditutup kain lalu uapnya dihirup.
- 2) Melakukan nafas dalam jika sesak.
- 3) Rutin mengkonsumsi minuman jahe hangat karena bagus bagi penderita asma.
- 4) Melakukan batuk efektif jika batuk dan susah mengeluarkan dahak.
- 5) Fisioterapi dada dan batuk efektif untuk membantu pasien mengeluarkan sputum.
- 6) Latihan fisik untuk meningkatkan intoleransi aktivitas fisik.
- 7) Berikan posisi tidur yang nyaman (*semi fowler*).

- 8) Anjurkan untuk minum air hangat 1500-2000 ml/hari.
- 9) Usahakan agar pasien mandi dengan air hangat setiap hari.
- 10) Hindari dari faktor pencetus seperti rajin membersihkan tempat tidur agar tidak banyak debu, rajin membersihkan rumah, ventilasi udara dirumah harus cukup, tidak memelihara atau menjauhkan dari hewan berbulu seperti kucing.

c. Pertolongan pertama pada serangan asma (Risky Nur Marcelina, 2021) :

Jika merasa sedang mengalami serangan asma, tetap tenang dan lakukan langkah-langkah pertolongan pertama pada asma berikut ini :

- 1) Duduk dan ambil napas pelan-pelan dengan stabil. Sekali lagi, coba untuk tetap tenang, karena kepanikan justru akan semakin memperparah serangan asma.
- 2) Semprotkan obat inhaler untuk asma setiap 30-60 detik, maksimal 10 semprotan.
- 3) Hubungi ambulan jika kalian tidak memiliki inhaler, asma bertambah parah meski sudah menggunakan inhaler, tidak membaik meski sudah menyemprotkan inhaler sebanyak 10 kali atau jika anda merasa khawatir.
- 4) Jika ambulan belum tiba dalam waktu 15 menit, ulangi langkah nomor 2.

Apabila melihat orang lain sedang mengalami serangan asma, kalian bisa membantunya dengan mempraktikkan pertolongan asma pada berikut ini :

- 1) Hubungi ambulan.
- 2) Bantu orang tersebut untuk duduk tegak dengan nyaman, sambil melonggarkan pakaiannya agar tidak sesak.
- 3) Jauhkan penderita asma yang sedang kumat dari kemungkinan pencetusnya, seperti debu, udara dingin atau hewan peliharaan. Tanyakan faktor pencetus asma pada penderita, jika memungkinkan.
- 4) Jika orang tersebut memiliki obat asma, seperti inhaler, bantu dia untuk menggunakannya. Jika dia tidak punya inhaler, gunakan inhaler yang ada di kotak P3K. Jangan pakai obat inhaler dari penderita asma yang lain.
- 5) Untuk menggunakan inhaler, pertama lepaskan tutupnya, kocok, lalu sambungkan inhaler ke *spacer*, dan pasang *mouthpiece* pada *spacer*.
- 6) Setelah itu, tempelkan *mouthpiece* pada mulut penderita. Usahakan agar mulut penderita menutupi seluruh ujung *mouthpiece*.
- 7) Ketika penderita mengambil napas perlahan-lahan, tekan inhaler satu kali. Minta dia agar tetap mengambil napas pelan-

pelan dan sedalam mungkin, kemudian tahan napas selama 10 detik.

- 8) Semprotkan inhaler sebanyak empat kali, dengan jarak waktu sekitar 1 menit tiap kali semprotan.
- 9) Setelah empat semprotan, tunggu hingga 4 menit. Jika masih sulit bernapas, berikan empat semprotan lagi dengan jarak waktu yang sama.
- 10) Jika tetap tidak ada perubahan, berikan empat semprotan inhaler setiap 4 menit sekali, sampai ambulan tiba.
- 11) Jika serangan asmanya berat, semprotkan inhaler sebanyak 6-8 kali setiap 5 menit.

Jika mengalami serangan asma atau melihat orang lain mengalaminya, segeralah minta pertolongan dengan menghubungi ambulan. Lakukan langkah pertolongan di atas sambil menunggu bantuan datang dan jangan tinggalkan penderita asma sendirian.

Perawatan medis darurat harus diberikan secepatnya apabila penderita asma mengalami kesulitan bernapas hingga tampak pucat, bibirnya membiru, tidak bisa bicara, atau pingsan.

B. KONSEP KELUARGA

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain.

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Sedangkan menurut Friedman keluarga adalah unit dari masyarakat dan merupakan lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat. Dalam masyarakat, hubungan yang erat antara anggotanya dengan keluarga sangat menonjol sehingga keluarga sebagai lembaga atau unit layanan perlu diperhitungkan.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga yaitu sebuah ikatan (perkawinan atau kesepakatan), hubungan (darah maupun adopsi), tinggal dalam satu atap yang selalu berinteraksi serta saling membutuhkan.

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) disebutkan contoh diagnosa keperawatan keluarga yaitu :

- a. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif.
- b. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
- c. Koping keluarga tidak efektif
- d. Gangguan proses keluarga

- e. Gangguan fungsi keluarga
- f. Perilaku kesehatan cenderung beresiko
- g. Ketidakefektifan performa peran
- h. Ketidakefektifan regimen terapeutik
- i. Defisit pengetahuan

2. Fungsi Keluarga

Menurut (Faruca, 2016) keluarga mempunyai 5 fungsi yaitu :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah :

- 1) Saling mengasuh yaitu memberikan cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga.
- 2) Saling menghargai, bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga selalu mempertahankan iklim positif maka fungsi efektif akan tercapai.
- 3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi dimulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir dia akan menatap ayah, ibu, dan orang-orang yang ada disekitarnya. Dalam hal ini keluarga dapat membina hubungan sosial pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan menaruh nilai-nilai budaya keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

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

d. Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan makan, pakaian dan tempat tinggal.

e. Fungsi Perawatan

Kesehatan keluarga juga berperan untuk melaksanakan praktik asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah gangguan kesehatan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan.

3. Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut (Setiana et al., 2016) tahap perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 :

a. Keluarga Baru (*Berganning Family*)

Pasangan baru menikah yang mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga dalam tahap ini antara lain yaitu membina hubungan intim yang memuaskan, menetapkan tujuan bersama, membina hubungan dengan keluarga lain, mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB, persiapan menjadi orang tua dan memahami *prenatal care* (pengertian kehamilan, persalinan, dan menjadi orang tua).

b. Tahap kelahiran anak pertama (*child bearing*)

Tahap ini terjadi ketika pasangan suami istri tengah menantikan kelahiran anak pertamanya. Tahap perkembangan keluarga ini akan berlangsung hingga anak kemudian lahir dan berusia 30 bulan. Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang menimbulkan krisis keluarga. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain yaitu adaptasi perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan bersama pasangan, membagi peran dan tanggung jawab, bimbingan orang

tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak, serta konseling KB post partum 6 minggu.

c. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tugas perkembangan dalam tahap ini adalah menyesuaikan kebutuhan anak pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kontak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya.

d. Keluarga dengan anak sekolah (6-13 tahun)

Keluarga dengan anak sekolah mempunyai tugas perkembangan keluarga seperti membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual dan menyediakan aktivitas anak.

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah pengembangan terhadap remaja, memelihara komunikasi terbuka, mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

f. Keluarga dengan anak dewasa

Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarganya.

g. Keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Tahap keluarga ini memasuki masa masa akhir ketika anak terakhir telah meninggalkan rumah atau orang tua menjelang waktu pension. Tugas perkembangan keluarga pada saat ini yaitu mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengelola minat sosial, dan waktu santai, memulihkan hubungan antara generasi muda-tua, serta persiapan masa tua.

h. Keluarga lanjut usai

Dalam perkembangan ini keluarga memiliki tugas seperti penyesuaian tahap masa pension dengan cara merubah cara hidup, menerima kematian pasangan dan mempersiapkan kematian serta melakukan *life review* masa lalu.

4. Tugas Keluarga

Dalam bidang kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan.
- b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan.
- c. Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit.
- d. Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.
- e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

5. Peran keluarga

Peran keluarga merupakan suatu proses hubungan antara anggota keluarga dengan adanya hubungan timbal balik, umpan balik dan keterlibatan emosional. Peran keluarga dapat memberikan kekuatan satu sama lain dan kemampuan anggota keluarga menciptakan suasana saling memiliki, untuk memenuhi kebutuhan pada perkembangan keluarga, untuk meningkatkan dukungan yang adekuat dalam membantu anggota keluarga yang mengalami masalah dalam kesehatan dan membutuhkan perhatian (Saragih, 2020).

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai peran dan tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan yaitu mengenal masalah kesehatan, merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak berarti, hal kecil apapun keluarga perlu mengenal perubahan yang dialami pada keluarga agar tidak sakit atau mengalami kekambuhan.

Peran keluarga sangat berperan penting dalam kesembuhan pasien asma. Kehadiran keluarga sangat berpengaruh dalam perawatan pasien asma. Selain biaya perawatan yang cukup mahal, penderita juga membutuhkan perhatian yang lebih dari anggota keluarga. Penderita membutuhkan keluarga yang bisa merawat dan mendukungnya dalam masa pengobatan. Selain berperan penting dalam merawat pasien keluarga juga harus mengetahui terkait penyakit yang dideritanya,

keluarga juga harus bisa memberikan informasi yang benar terkait dengan informasi yang diminta pasien dan tetap memotivasi pasien untuk melakukan ibadah meski sedang dalam keadaan sakit dan membantu melakukan pengobatan yang diperlukan.

C. KONSEP MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF

1. Pengertian

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga (SDKI, 2016).

2. Faktor Yang Berhubungan

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) disebutkan bahwa faktor yang berhubungan dengan masalah keperawatan keluarga manajemen kesehatan keluarga tidak efektif antara lain :

- a. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan
- b. Kompleksitas program perawatan/pengobatan
- c. Konflik pengambilan keputusan
- d. Kesulitan ekonomi
- e. Banyak tuntutan
- f. Konflik keluarga

3. Batasan karakteristik

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) disebutkan batasan karakteristik antara lain :

- a. Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita
 - b. Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan
 - c. Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat
 - d. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat
 - e. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko
4. Intervensi
- a. Dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dijelaskan dukungan koping keluarga adalah memfasilitasi peningkatan nilai-nilai, minat dan tujuan dalam keluarga.
Tindakan :
 - 1) Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini
 - 2) Identifikasi beban prognosis secara psikologis
 - 3) Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang
 - 4) Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan
 - 5) Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga
 - 6) Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi
 - 7) Diskusikan rencana medis dan perawatan

- 8) Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antara anggota keluarga
 - 9) Hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan
 - 10) Informasikan kemajuan pasien secara berkala
 - 11) Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia
 - 12) Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu
- b. Dalam buku Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dijelaskan bahwa manajemen kesehatan keluarga adalah kemampuan menangani masalah kesehatan keluarga secara optimal untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga. Dengan kriteria hasil : meningkat.
- 1) Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami
 - 2) Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat
 - 3) Tindakan untuk mengurangi faktor resiko
 - 4) Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan
 - 5) Gejala penyakit anggota keluarga

Keterangan :

1 = menurun

2 = cukup menurun

3 = sedang

4 = cukup meningkat

5 = meningkat

c. Penyebab manajemen kesehatan keluarga tidak efektif terhadap asma

Biasanya pasien mengalami masalah pada pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga, seperti anggotakeluarga kesulitan ekonomi dan tidak mempunyai kartu jaminan kesehatan sehingga tidak dapat memeriksakan dirinya ke fasilitas kesehatan lalu penyakitnya semakin memberat dan parah, penanganan yang tidak tepat.

D. KERANGKA TEORI

