

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Asma Bronkiale

1. Pengertian

Asma adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu yang menyebabkan peradangan, penyempitan ini bersifat berulang namun reversible dan diantara episode penyempitan bronkus tersebut terdapat keadaan ventilasi yang lebih normal (Price & Wilson, 2006) di dalam (Huda & Kusuma, 2015, hal. 134). Dan (Soemantri, 2012) menambahkan bahwa suatu gangguan pada saluran bronkiale yang mempunyai ciri bronkospasme periodic (kontraksi spasme pada saluran nafas) terutama pada percabangan trakreabronkial yang dapat diakibatkan oleh berbagai stimulus seperti oleh faktor, biokemikal, endokrin, infeksi, otonomi, dan psikologi.

2. Etiologi

Menurut Wahid & Suprpto (2013, hal. 243) asma diklasifikasikan berdasarkan etiologi sebagai berikut :

- a. Faktor Predisposisi berupa faktor genetik ditengarai bakat alergi dari keluarga dekat meski belum diketahui bagaimana penurunannya dengan jelas karena adanya bakat alergi ini.
- b. Faktor Pencetus berupa faktor alergen penyebab alergi, yaitu :
 - 1) Inhalan, yang masuk melalui pernafasan (debu, bulu hewan, serbuk bunga, bakteri, polusi)
 - 2) Ingestan, yang masuk melalui mulut (makanan dan obat-obatan)
 - 3) Perubahan cuaca
Cuaca lembab dan hawa dingin sering mempengaruhi asma.
 - 4) Lingkungan kerja
Misalnya : orang yang bekerja di pabrik kayu.
 - 5) Olahraga

Serangan asma karena aktivitas berat biasanya segera terjadi setelah aktivitas selesai, lari cepat paling mudah menimbulkan serangan asma.

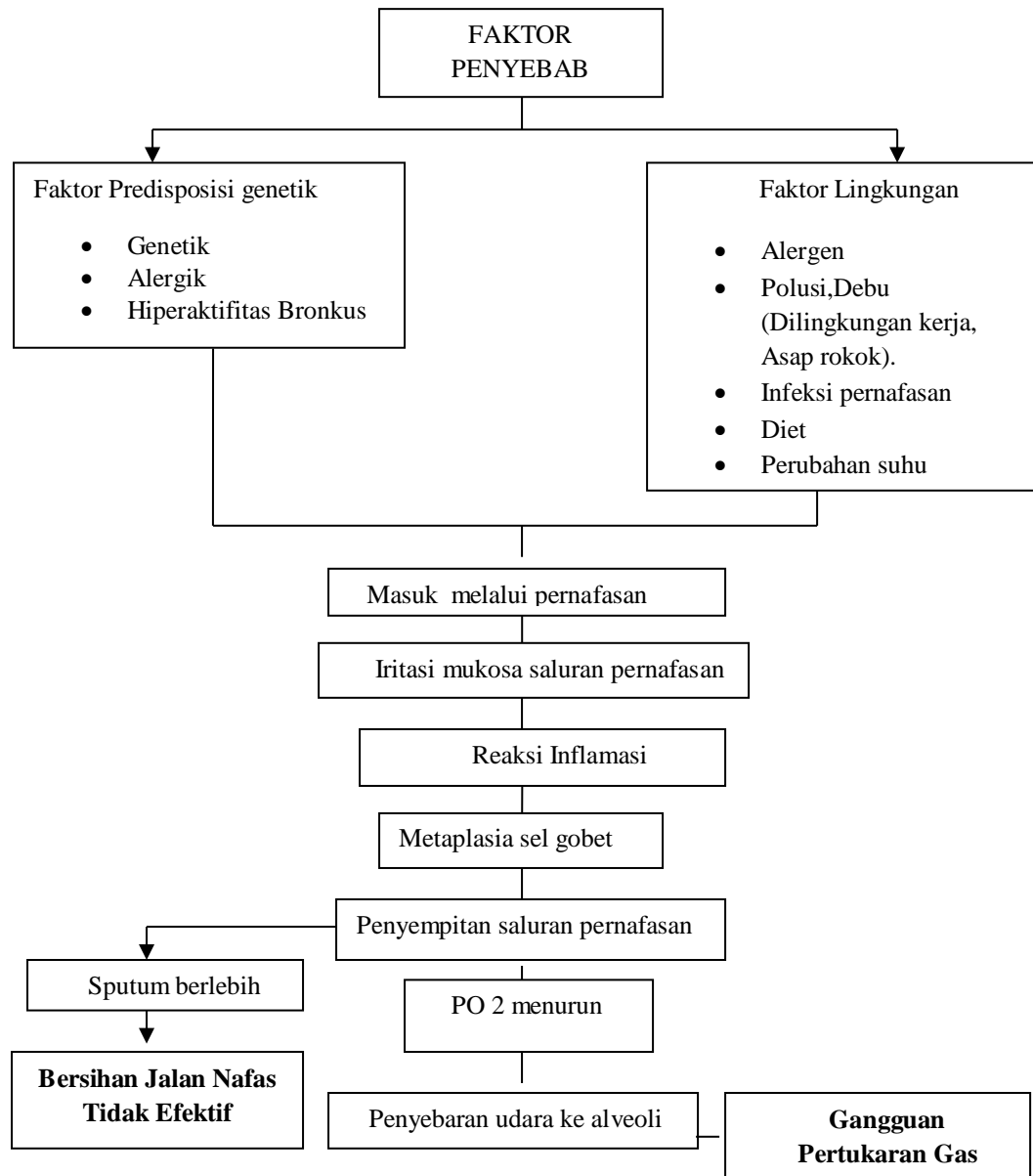
6) Stress

Gangguan emosi dapat menjadi pencetus terjadinya serangan asma, selain itu juga dapat memperberat serangan asma yang sudah ada.

3. Patofisiologi

Menurut Wahid & Suprpto (2013) Asma ditandai dengan kontraksi spastik dari otot polos bronkeolus yang menyebabkan sulit bernafas. Penyebab asma yang umum adalah hipersensitivitas bronkeolus terhadap benda asing di udara. Reaksi yang timbul pada asma tipe alergi diduga terjadi dengan cara seseorang yang alergi diduga mempunyai kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibody ini terutama melekat pada sel mast. Bila seseorang yang mempunyai *IgE* abnormal meningkat, alergen bereaksi dengan antibody ini terutama melekat pada *sel mast* dan menyebabkan sel ini akan mengeluarkan berbagai macam zat, diantaranya histamin zat anafilaksis yang bereaksi lambat. Efek gabungan dari semua faktor ini akan menghasilkan edema lokal pada dinding bronkeolus kecil maupun sekresi mukus yang kental dalam lumen bronkeolus dan spasme otot polos bronkeolus sehingga menyebabkan tahanan saluran nafas polos bronkeolus sehingga menyebabkan tahanan saluran nafas menjadi sangat meningkat.

Tabel 2.1
Pathway Asma Bronkiale



Sumber : Brunner & Suddart, (2012)

4. Manifestasi Klinis

Pada penderita serangan asma biasanya ditemukan beberapa gejala klinis yaitu :

a. Menurut Wahid & Suprpto (2013, hal. 251). Ditemukan beberapa gejala klinis pada penderita serangan asma yaitu batuk dan sesak nafas *dipsnea* : penyempitan saluran nafas terjadi karena obstruksi yang disebabkan oleh satu atau lebih dari kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronkhi atau pengisian bronkhi dengan mukus yang kental. Adanya *wheezing* bunyi tambahan adalah bunyi yang terdengar kontinu, nada mengi lebih tinggi dibandingkan bunyi nafas lain, sulit tidur : serangan asma seringkali terjadi pada malam hari yang mungkin berhubungan dengan variasi sirkadian, yang mempengaruhi ambang reseptor, lelah, lemah, serta sesak saat dan setelah beraktivitas: hal ini terjadi karena bronkospasme yang disebabkan kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronki yang menyempitkan jalan nafas, pembekakan yang melapisi bronkhi atau pengisian bronkhi dan mukus yang kental sehingga mengakibatkan antibody IgE kemudian menyerang sel mist dalam paru- paru.

b. Pernafasan cepat

Menurut Wahid & Suprpto (2013, hal. 256). Gejala klinis pada penderita serangan asma yaitu tubuh berusaha untuk mendapatkan lebih banyak oksigen ke dalam paru-paru untuk memenuhi kebutuhan fisiologis obstruksi dan volume residu paru menjadi meningkat akibat kesukaran mengeluarkan udara ekspirasi dari paru.

5. Tanda dan gejala asma

Menurut Puspasari (2019, hal. 128). Tanda dan gejala pada penderita asma biasanya ditemukan sebagai berikut : batuk disertai dahak atau tidak biasanya batuk kering pada awalnya dan diikuti dengan batuk yang lebih kuat dengan produksi sputum berlebih, sesak nafas yang lebih sering menyerang pada malam hari dan dini hari.

Klien tampak gelisah terhadap suara nafas tambahan *wheezing* sehingga mengakibatkan obstruksi jalan nafas yang memperburuk dan dapat menimbulkan dipsnea dan peningkatan tekanan nadi yang cepat.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Wahid & Suprpto (2013, hal. 233). Pemeriksaan diagnostik pada penderita asma adalah :

a. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan sputum

- a) Kristal-kristal *charcot leyden* yang merupakan degranulasi dari kristal *eosinofil*.
- b) *Creole* yang merupakan fragmen dari epitel bronkus.
- c) *Netrofil* dan *esrofil* yang terdapat pada sputum, umumnya bersifat mukoid dengan viskositas yang tinggi dan kadang terdapat mukus plug.
- d) *Spiral cursman*, yakni merupakan sel cetakan (*cast cell*) dari cabang bronkus.

2) Pemeriksaan darah

- a) terdapat peningkatan *SGOT* dan *LDH*
- b) Hiponatremia dan Analisa gas darah pada umumnya normal
- c) akan tetapi dapat terjadi hipoksemia, hipercapnia atau sianosis.
- d) Kadang pada darah kadar leukosit kadang diatas 15.000/mm yang menandakan ada infeksi.
- e) Kadang pada darah kadar leukosit kadang diatas 15.000/mm yang menandakan ada infeksi.
- f) Pemeriksaan alergi menunjukkan peningkatan IgE pada waktu Serangan dan menurun pada saat bebas serangan asma.

3) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan radiologi

Pada saat serangan menunjukkan gambaran hiperinflamasi paru yaitu radiolusen yang bertambah dan peleburan rongga

intercostalis, serta diafragma yang menurun.

b) Pemeriksaan tes kulit

Dilakukan untuk mencari faktor alergen yang dapat bereaksi positif pada asma.

c) Scanning paru

Melalui inhalasi dapat dipelajari bahwa redistribusi udara selama serangan asma tidak menyeluruh pada paru-paru.

4) Elektrokaardiografi

a) Adanya hipertropi otot jantung *right bundle branch block*.

b) Tanda hipoksemia yaitu sinus takikardi, SVES, VES atau terjadi depresi segmen SVT negative.

5) Spirometri

Pemeriksaan spirometri dilakukan sebelum dan sesudah aerosol bronkodilator pemberian (inhaler atau nebulizer), peningkatan FEVI atau FCV sebanyak lebih dari 20% menunjukkan diagnosis asma.

7. Penatalaksanaan medis

Menurut Wahid & Suprpto (2013, hal. 248). Penatalaksanaan medis pada penderita asma yaitu :

a. Prinsip umum dalam pengobatan asma

- 1) Menghilangkan obstruksi jalan nafas
- 2) Menghindari faktor yang bisa menimbulkan serangan asma
- 3) Menjelaskan kepada penderita dan keluarga mengenai penyakit asma, pengobatan.

b. Pengobatan pada asma

Bronkodilator adalah obat yang melebarkan saluran nafas terbagi menjadi dua golongan :

- 1) Adrenargik (adrenalin dan efedrin) misalnya tarbutalin/bricasma).
- 2) obat golongan simpatomimetik tersedia bentuk tablet, sirup, suntikan dan semprotan yang berbentuk hirup (ventolin diskhaler dan bricasma turbuhaler atau cairan bronchodilator).

8. Komplikasi

Menurut Puspasari (2019, hal. 134). Asma yang tidak ditangani dengan baik dapat memiliki kualitas buruk pada diri seseorang. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan kelelahan, kinerja menurun, masalah psikologis termasuk stress, kecemasan, depresi. Komplikasi yang cukup serius pada pernafasan di kasus asma yaitu pneumonia infeksi pada paru-paru, kerusakan sebagian atau seluruh paru-paru, gagal nafas dimana kadar oksigen dalam darah menjadi sangat rendah, status atsmaticus (serangan asma berat yang tidak merespon pengobatan).

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Abraham Maslow dalam (Mubarak, Iqbal, & Cahyanti, 2018, hal. 133). Manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeotatis, baik fisiologis maupun psikologis. Teori kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hierarki meliputi lima kebutuhan dasar, yaitu :

1. Kebutuhan fisiologis (*Physiologic Needs*)
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety and Security*)
3. Kebutuhan rasa cinta (*love and belonging needs*)
4. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*)
5. Kebutuhan aktualisasi diri (*needs for self actualization*)

Pada kasus Asma kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan oksigen yang merupakan gas yang sangat vital dalam kelangsungan hidup sel dan jaringan tubuh, karena oksigen diperlukan untuk proses metabolisme tubuh terus menerus. Oksigen diperoleh dari atmosfer melalui proses bernafas. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas paling tinggi dalam Hierarki Maslow kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup (Mubarak, Iqbal, & Cahyanti, 2018, hal. 135). Oksigenisasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling penting. Oksigenisasi dibutuhkan oleh tubuh untuk menjaga kelangsungan metabolisme sehingga

dapat mempertahankan hidup dan aktivitas sebagai sel jaringan atau organ. Penambahan oksigenisasi kedalam tubuh dapat dilakukan secara alami dengan cara bernafas. Pernafasan atau respirasi merupakan proses pertukaran gas antara individu dan lingkungan pada saat bernafas tubuh menghirup udara untuk mendapatkan oksigenasi dari lingkungan dan menghembuskan udara untuk mengeluarkan karbondioksida.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Kasus Asma Bronkiale

1. Pengkajian pada pasien Asma Bronkial

Keperawatan keluarga sepenuhnya tidak hanya menjadi tanggung jawab perawat keluarga, namun tanggung jawab perlu juga diberikan kepada keluarga dengan mempertimbangkan kapasitas, kompetensi dan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga. Tingkatan praktik keperawatan keluarga tergantung dari perawat mengartikan keluarga dan pemahamannya dan tergantung bagaimana perawat memandang keluarga tersebut keluarga dapat menjadi fokus perawatan, perawat keluarga harus bisa bekerja secara simultan antara individu dan keluarga (Komang & Achjar, 2012, hal. 302).

Pada tahap pengkajian perawat melakukan pengumpulan data yang relevan dan berkaitan dengan keluhan klien. Pengkajian dapat dilakukan melalui metode wawancara, observasi, serta catatan dari rekam medis. Pada tahap pengkajian data yang diperoleh digolongkan menjadi data subjektif dan data objektif (Syahputri, 2019, hal. 39).

a. Data umum

1) Identitas klien

Berisi tentang identitas klien yang meliputi Nama, Umur, Pekerjaan, Suku, Agama, dan Alamat (KK)

2) Data kesehatan keluarga

Pada pengkajian ini fokus pada yang sakit yang mencakup diagnose penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu kemudian pemeriksaan seluruh anggota

keluarga yang mencakup pemeriksaan *head to toe* dari kepala, ekstremitas atas, ekstremitas bawah, area genitalia.

3) Fokus utama pada yang sakit

Keluhan utama yang timbul pada klien dengan asma bronkiale adalah *dyspnea* bisa sehari-hari atau berbulan-bulan, batuk dan mengi, klien dengan asma bronkiale sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit keturunan, tetapi pada beberapa klien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama dengan anggota keluarganya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Asuhan keperawatan berdasarkan Doengers, Mouehouse (Huriah, 2018, hal. 172).

a) Aktivitas

Ketidaknyamanan melakukan aktivitas karena sulit bernafas, adanya penurunan kemampuan atau peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktivitas sehari-hari, tidur posisi duduk tinggi.

b) Pernafasan pada saat istirahat atau respons terhadap aktivitas atau latihan nafas memburuk terlentang ditempat tidur, menggunakan otot bantu pernafasan, misal : meninggikan bahu, melebarkan hidung, adanya bunyi nafas *mengi, wheezing*, adanya batuk berulang.

c) Sirkulasi

Adanya peningkatan tekanan darah, adanya peningkatan frekuensi jantung, warna kulit, membran mukosa normal abu-abu, sianosis, atau kemerahan dan berkereringat.

e) Integritas ego

Ansietas, peka rangsangan.

f) Asupan nutrisi

Ketidakmampuan untuk makan karena penurunan berat badan karena anoreksia.

g) Hubungan sosial

Keterbatasan mobilitas fisik, susah bicara atau bicara terbata-bata, adanya ketergantungan pada orang lain.

h) Seksualitas

Penurunan libido.

5) Data kesehatan lingkungan

Berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, keadaan lantai rumah, kebersihan rumah serta sarana MCK yang ada di lingkungan rumah.

6) Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tentang tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi didalam keluarga, sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.

7) Fungsi keluarga

Fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga menurut Komang & Achjar (2012, hal. 302) yaitu :

a) KMK mengenal masalah kesehatan

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian tanda dan gejala, faktor penyebab penyakit, persepsi keluarga terhadap penyakit.

b) KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat luasnya masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

c) KMK merawat keluarga yang sakit.

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

- d) KMK memelihara kesehatan/memodifikasi lingkungan
Meliputi keuntungan/manfaat pemeliharaan pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.
- e) KMK menggunakan fasilitas kesehatan

2. Prioritas Masalah

Skala prioritas diperoleh dari berbagai data yang telah didapatkan di depan, untuk kemudian diolah dan pada akhirnya skala prioritas ini akan membantu dalam pemetaan penanganan klien baik untuk perawat maupun keluarga. Balion dan Maglaya (1978) telah merumuskan skala prioritas sebagai berikut.

Tabel 2.2

Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	Sifat masalah	Aktual Potensial Risiko	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensial masalah yang dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah	Berat, segera ditangani Ada masalah tidak perlu ditangani Tidak dirasakan	2 1 0	1

Keterangan skoring setelah menentukan skala prioritas sesuai dengan tabel di depan, langkah selanjutnya adalah membuat skoring Bailon dan Maglaya (1978) dalam Susanto (2012) rumus :

$$\frac{\text{Skoring} \times \text{Bobot}}{\text{Angka tertinggi}}$$

Dengan adanya skala prioritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan klien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat Masing-masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

- a. Kriteria sifat masalah ini berangkat dari tiga pokok, yaitu tidak/kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera. Tidak atau kurang sehat merupakan kondisi dimana anggota

keluarga terserang suatu penyakit hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan berkembang atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi semestinya. Ancaman kesehatan merupakan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini berlaku dari penyakit yang ringan hingga yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari yang dikonsumsi, pola hidup, dan gaya hidup sehari-hari.

b. Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada klien tingkat pasangan terdiri dari tiga bagian yaitu, mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah. Sebaiknya yang mudah terlebih dahulu ditangani dari pada yang lain.

c. Kriteria potensi pencegahan masalah

Potensi ini juga mengacu pada tingkatan yaitu, tinggi, cukup, rendah. Perbedaan tingkat ditentukan oleh berbagai faktor kemungkinan yang paling dekat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

d. Kriteria masalah menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani klien namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu. Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani klien namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilakukan tepat.

- 1) Masalah yang benar-benar harus ditangani
- 2) Ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani
- 3) Ada masalah tetapi tidak dirasakan

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Huda & Kusuma (2015, hal. 134). Diagnosa keperawatan keluarga adalah perpanjangan dari diagnosa ke sistem

keluarga dan subsistem nya serta merupakan pengkajian keperawatan. Diagnosa ini merupakan diagnosa tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan pada 5 tujuan khusus untuk menentukan diagnosa keperawatan keluarga yaitu dengan cara memodifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut :

- a. TUK 1 : Mampu mengenal masalah
Dominan capaian hasil : Pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.
- b. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan
Dominan capaian hasil : Dominan kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan, dukungan *caregiver* dan emosional.
- c. TUK 3 : Mampu merawat
Dominan capaian hasil : Kesehatan keluarga, kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan *care giver*, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.
- d. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan
Dominan capaian hasil : kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang mana mengurangi faktor risiko.
- e. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan
Dominan capaian hasil : adalah pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu sumber-sumber kesehatan.

Menurut Komang & Achjar (2012, hal. 302) yang menyatakan asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Dalam asuhan keperawatan asma bronkiale, diagnosa yang mungkin muncul pada klien yang menderita asma menurut Huda & Kusuma (2015, hal. 201). Bersihan jalan nafas, Pola nafas tidak efektif, Intoleransi aktivitas, Ansietas.

4. Rencana keperawatan

Setelah dilakukan penentuan diagnosa keperawatan melalui data yang diperoleh hal selanjutnya yang harus dilakukan yaitu membuat perencanaan atau intervensi yang akan dilakukan (Syahputri, 2019, hal. 37)

Tabel 2.3

Rencana Keperawatan Pada Masalah Asma Sesuai SLKI dan SIKI

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan				
		TUM	TUK	SLKI	Standar	SIKI
1	2	3	4	5	6	7
	<p>Bersihkan jalan nafas</p> <p>a .Data dukung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif/ tidak mampu batuk 2. Sputum berlebih atau obstruksi dijalan nafas 3. Mengi, wheezing,atau ronkhi 4. Dipsnea 5. Gelisah 6. Sianosis 7. Bunyi nafas menurun 8. Frekuensi nafas berubah 	<p>Dalam 3 kali kunjungan diharapkan sesak berkurang</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu mengenal masalah 	<p>Bersihkan jalan nafas (1.01001)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum berkurang 2. Tidak ada suara nafas tambahan 3. Dipsnea menurun 4. Sianosis menurun 5. Gelisah menurun 	<p>Kognitif</p>	<p>Manajemen pola nafas (1.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambah (gurgling, mengi,wheezing) 3. Monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 2. Posisikan semi fowler/fowler 3. Berikan minum hangat 4. Berikan oksigen, jika diperlukan 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran.

1	2	3	4	5	6	7
2			2. Keluarga mampu mengambil keputusan	<ul style="list-style-type: none"> a. berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan b. Kesiapan caregiver dalam perawatan dirumah c. Dukung keluarga dalam pengobatan 		<ul style="list-style-type: none"> a . 1) Dukung membuat keputusan 2) Dukung membangun harapan 3) Dukung emosional b. 1) Dukung caregiver 2) Dukung pengasuhan c. Berikan informasi dukungan pengobatan
3			3. Keluarga mampu merawat	<ul style="list-style-type: none"> a. Manajemen jalan nafas <ul style="list-style-type: none"> 1. Teknik nonfarmakologis asma bronkiale 2 . Perilaku peningkatan kesehatan b. 1. Kepatuhan melakukan aktivitas dengan tepat 2 . Perilaku peningkatan Kesehatan 3 .Kemampuan keluarga dalam perawatan langsung 4. Status kesehatan personal 	Kognitif psikomotor	<ul style="list-style-type: none"> a. Manajemen jalan nafas <ul style="list-style-type: none"> 1) Teknik non farmakologis <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan minum air hangat -berikan posisi semifowler Manajemen Obat <ul style="list-style-type: none"> 1) Kepatuhan menghindari aktivitas yang dapat menambah sesak. 1 .Dukungan emosional 2 .Prilaku makan dan minum 3. a. Peningkatan keterlibatan keluarga dalam perawatan. b. konsultasi 4 . Peningkatan kesadaran terhadap Kesehatan

1	2	3	4	5	6	7
4			4 .Keluarga mampu memelihara/ memodifikasi lingkungan	a.Kontrol risiko dan keamanan b Menyiapkan lingkungan rumah yang bersih dan tidak ada polusi udara.	Kognitif psikomotor	a .Identifikasi faktor risiko menghindari aktivitas yang bisa menambah sesak b Manajeman lingkungan rumah yang bersih dan sehat.
5			5.Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan	1 .Pengetahuan tentang sumber – sumber kesehatan 2.Partisipasi keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang sakit 3 .perilaku mencari pelayanan kesehatan 4 .Kepuasan menuju akses sumber pelayanan kesehatan 5 .Kepuasan terhadap pelayanan berkelanjutan	Kognitif psikomotor	1. a . Sumber pelayanan kesehatan,upaya rujukan konseling 2. Sistem pelayanan kesehatan 3. Kunjungan pada fasilitas kesehatan 4.Sistem pelayanan kesehatan rujukan 5 .Bantuan kepada keluarga tentang sistem pelayanan kesehatan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriani, 2017).

Peran perawat dibutuhkan sebagai pemberi asuhan keperawatan khususnya pada penderita asma. Upaya sederhana dan efektif yang dapat dilakukan untuk mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada pada pasien asma yaitu dengan pengaturan posisi saat istirahat, Latihan batuk efektif, pemberian minum hangat. Posisi yang paling efektif bagi klien adalah posisi semi fowler dengan derajat kemiringan 45° untuk mengurangi rasa sesak (Potter & Perry, 2010, hal. 166).

6. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriani, 2017).

Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi, adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Subjektif adalah informasi yang mengandung yang didapat dari klien setelah tindakan yang diberikan. Objektif adalah informasi yang diperoleh dari hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan terkait dengan masalah teratasi, teratasi sebagian belum teratasi (Suarni & Apriani, 2017).