



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN IBU MERAWAT ANAK PENDERITA ASMA
YANG MENGALAMI MASALAH KUALITAS HIDUP**

TESIS

**MONALISA
1006800932**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN IBU MERAWAT ANAK PENDERITA ASMA
YANG MENGALAMI MASALAH KUALITAS HIDUP**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program
magister ilmu keperawatan kekhususan keperawatan anak

**MONALISA
1006800932**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN KEKHUSUSAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Monalisa

NPM : 1006800932

Tanda Tangan : 

Tanggal : 10 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Monalisa
NPM : 1006800932
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Jusul Tesis : Pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan merupakan bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Nani Nurhaeni, S.Kp., M.N. (.....)

Pembimbing II : Poppy Fitriyani, S.Kp., Sp.Kep.Kom. (.....)

Penguji : Happy Hayati, S.Kp., Sp.Kep.An. (.....)

Penguji : Dr. Yati Afiyanti, S.Kp., M.N. (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya kepada kita sebagai hambaNya atas kekuatan, kesehatan, dan kesempatan sehingga penyusunan laporan hasil tesis ini dapat terselesaikan. Penelitian kualitatif ini berjudul “Pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup”. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman ibu merawat anak dengan asma yang mengalami masalah kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan anak.

Dalam penyusunan hasil tesis ini, peneliti mendapatkan banyak bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada:

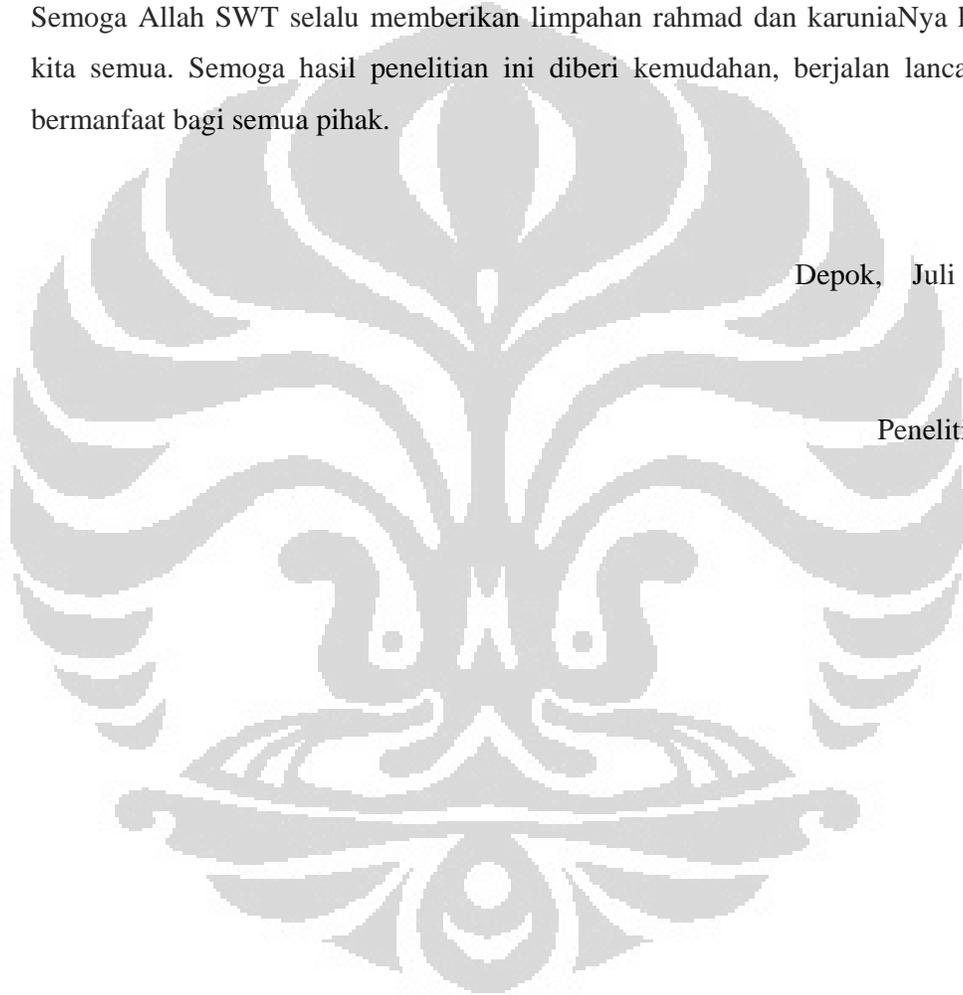
1. Ibu Dewi Irawaty, MA., Ph.D. sebagai dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN. sebagai ketua program studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Nani Nurhaeni, MN. sebagai pembimbing I penyusunan tesis yang telah banyak memberikan dukungan, waktu, bimbingan, dan pemahaman selama proses penyusunan tesis ini
4. Ibu Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom. sebagai pembimbing II penyusunan tesis penelitian yang telah memberikan bimbingan dan arahan bagi peneliti selama proses penyusunan tesis ini
5. Ibu Allenidekania, SKp., MSc, selaku pembimbing akademik yang telah banyak memberikan motivasi disetiap semester yang penulis tempuh
6. Para Dosen pengajar Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah banyak memberikan ilmu dan masukan sebagai bekal dalam penyusunan tesis ini
7. Staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas dukungan dan bantuan selama ini
8. Orang tua dan adik-adikku yang selalu memberikan dukungan dan doa yang tulus

9. Suami dan anak-anakku tercinta yang telah memberikan dukungan, perhatian, dan warna dalam hidupku
10. Sahabat-sahabat yang senantiasa setia memberikan masukan dan motivasi dalam setiap langkahku
11. Rekan-rekan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2010, terkhusus Keperawatan Anak

Semoga Allah SWT selalu memberikan limpahan rahmad dan karuniaNya kepada kita semua. Semoga hasil penelitian ini diberi kemudahan, berjalan lancar, dan bermanfaat bagi semua pihak.

Depok, Juli 2012

Peneliti



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Monalisa
NPM : 1006800932
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENGALAMAN IBU MERAWAT ANAK PENDERITA ASMA YANG
MENGALAMI MASALAH KUALITAS HIDUP**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : Juli 2012
Yang menyatakan,


(Monalisa)

DAFTAR ISI

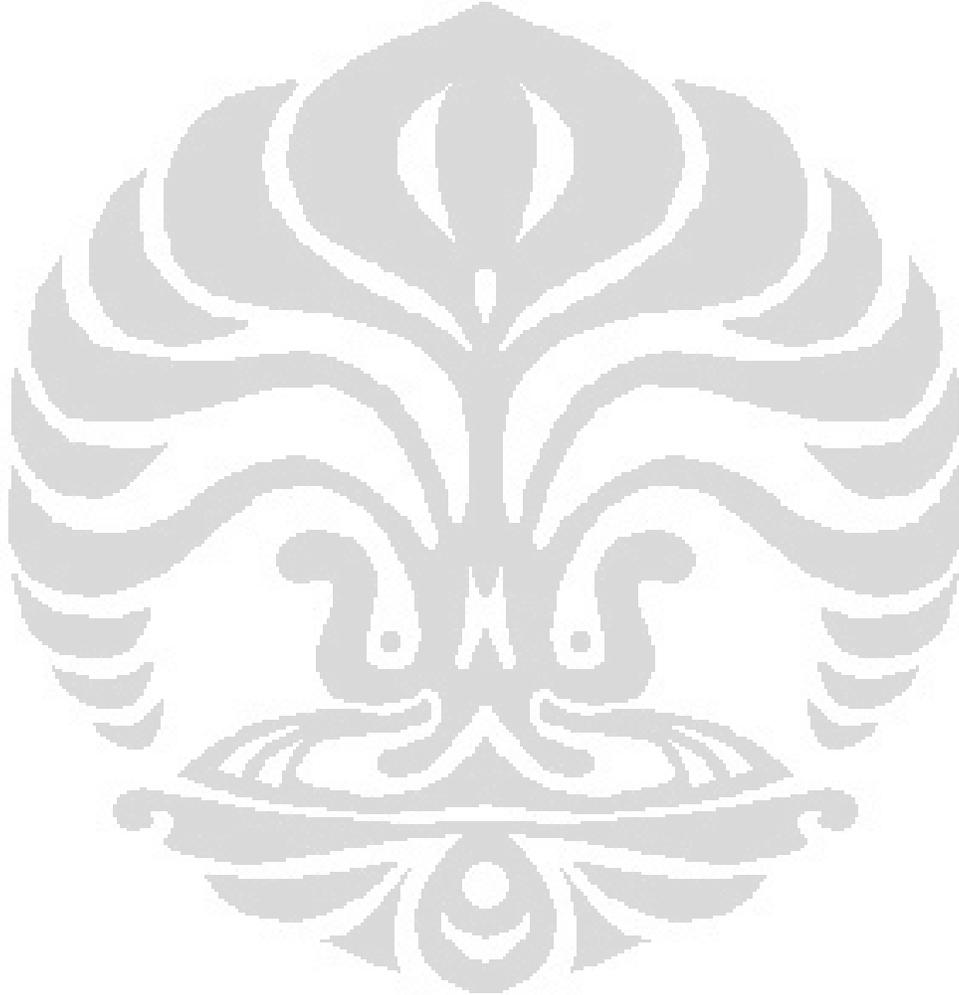
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
LEMBAR ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB 1: PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	8
1.3 Tujuan penelitian.....	9
1.4 Manfaat penelitian.....	9
BAB 2: TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep asma.....	10
2.2 Konsep anak.....	23
2.3 Peran keluarga pada anak penderita asma.....	27
2.4 Kualitas hidup anak penderita asma.....	29
2.5 Teori Maternal Role Attainment.....	31
2.6 Aplikasi teori Ramona T. Mercer.....	35
BAB 3: METODE PENELITIAN.....	36
3.1 Desain penelitian.....	36
3.2 Partisipan.....	38
3.3 Tempat dan waktu penelitian.....	40
3.4 Etika penelitian.....	40
3.5 Prosedur pengumpulan data.....	42
3.6 Alat pengumpulan data.....	46
3.7 Rancangan analisis data.....	48
3.8 Keabsahan penelitian.....	50
BAB 4: HASIL PENELITIAN.....	53
4.1 Karakteristik partisipan.....	53
4.2 Analisis Tematik.....	53
BAB 5: PEMBAHASAN.....	71
5.1 Interpretasi hasil dan analisis tema.....	71
5.2 Keterbatasan penelitian.....	84
5.3 Implikasi penelitian.....	85
BAB 6: SIMPULAN DAN SARAN.....	81
6.1 Kesimpulan.....	86
6.2 Saran.....	88
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Inflamasi dan remodeling pada asma.....	14
Gambar 2.2 Keadaan lumen bronkus saat serangan asma.....	16
Gambar 2.3 Model Maternal Role Attainment dari Ramona T. Mercer.....	35
Gambar 4.1 Tema 1: Penilaian ibu tentang serangan asma.....	56
Gambar 4.2 Tema 2: Penilaian kualitas hidup anak.....	58
Gambar 4.2 Tema 2: Peran dan tanggung jawab ibu.....	60
Gambar 4.3 Tema 3: Masalah yang dihadapi ibu.....	63
Gambar 4.4 Tema 4: Dukungan sosial.....	65
Gambar 4.5 Tema 5: Peningkatan spiritual.....	68
Gambar 4.6 Tema 6: Harapan peningkatan pelayanan kesehatan.....	68

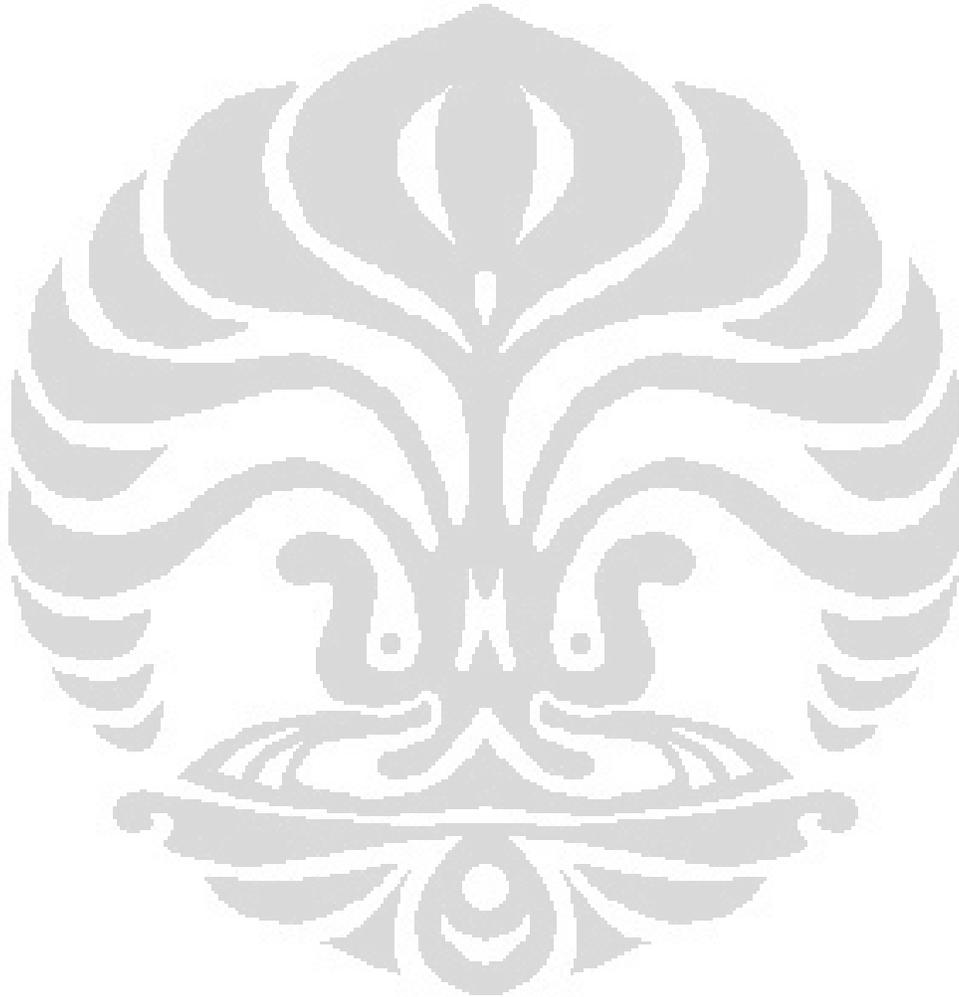
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi derajat asma pada anak.....	11
Tabel 2.2 Klasifikasi asma menurut derajat serangan.....	12
Tabel 2.3 Pelangi asma.....	19



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Skema kualitas hidup.....	30
Skema 2.2 Kerangka teoritis penelitian.....	36



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 2 : Lembar persetujuan menjadi partisipan
- Lampiran 3 : Data Demografi
- Lampiran 4 : Kuesioner kualitas hidup pada anak dengan asma
- Lampiran 5 : Pedoman wawancara
- Lampiran 6 : Catatan lapangan
- Lampiran 7 : Karakteristik Partisipan
- Lampiran 8 : Analisis data penelitian
- Lampiran 9 : Surat keterangan lulus uji etik
- Lampiran 10 : Surat permohonan izin penelitian
- Lampiran 11: Surat izin penelitian
- Lampiran 12: *Curriculum vitae*

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menggambarkan latar belakang, perumusan masalah, tujuan, dan manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Asma termasuk dalam kelompok penyakit saluran pernafasan kronik, walaupun tingkat fatalitasnya cukup rendah namun jumlah kasus asma cukup banyak ditemukan di masyarakat (Depkes, 2009). Asma merupakan suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu yang menyebabkan peradangan dengan manifestasi mengi kambuhan, sesak nafas, batuk terutama pada malam hari dan pagi hari, merupakan penyakit yang umumnya mempengaruhi orang-orang dari semua usia, serta dapat mempengaruhi psikologis serta sosial yang termasuk domain dari kualitas hidup. Penyakit ini pada umumnya dimulai sejak masa anak-anak (Wong, 2008).

Global initiative for asthma (GINA) memperkirakan 300 juta penduduk dunia menderita asma (GINA, 2011). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan angka ini akan terus bertambah hingga mencapai 180.000 orang setiap tahun. Prevalensi total asma di dunia diperkirakan 6% pada dewasa dan 10% pada anak (Depkes RI, 2009). Prevalensi asma pada anak di Amerika Serikat mencapai 9,4% (National Center for Health Statistics, 2008). Menurut Depkes (2009) angka kejadian asma pada anak dan bayi sekitar 10-85%. Departemen Kesehatan juga memperkirakan penyakit asma termasuk 10 besar penyebab tingginya angka kesakitan dan kematian di Rumah Sakit serta diperkirakan 10% dari 25 juta penduduk Indonesia menderita asma. Apabila tidak dilakukan pencegahan prevalensi asma akan semakin meningkat pada masa yang akan datang (Depkes RI, 2009). Hasil penelitian *International Study on Asthma and Allergies in Childhood* menunjukkan bahwa di Indonesia prevalensi penyakit asma meningkat dari 2,1 % pada tahun 1995 menjadi 5,4% pada tahun 2003 (Anurogo, 2009).

Fenomena terjadinya peningkatan kasus asma di beberapa daerah, salah satunya Provinsi Jambi dapat terlihat dari adanya peningkatan kasus asma di Rumah Sakit Umum Raden Mattaheer Jambi. Peningkatan angka kunjungan anak dengan asma di unit rawat jalan sekitar 15,77% pada tahun 2011, dan penyakit asma termasuk dalam 10 penyakit terbanyak pada tahun 2009 di unit rawat jalan Rumah Sakit Umum Raden Mattaheer Jambi (Rekam medik Rumah Sakit Umum Raden Mattaheer Jambi, 2011).

Asma pada anak merupakan masalah bagi pasien dan keluarga, karena asma pada anak berpengaruh terhadap berbagai aspek khusus yang berkaitan dengan kualitas hidup, termasuk proses tumbuh kembang baik pada masa bayi, balita maupun remaja (Sidhartani, 2007). Bila terjadi serangan asma akut anak akan mengalami sesak nafas, mengalami gangguan aktivitas sehari-hari, termasuk seringnya absen di sekolah, berkurangnya kebugaran jasmani, dan kecemasan yang berulang serta dapat menurunkan kualitas hidup dan tumbuh kembang anak (Anurogo, 2009).

Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai fungsi dan peran mereka dalam kehidupan. Kualitas hidup adalah penilaian individu terhadap fungsinya dalam konteks budaya dan sistem nilai yang berkaitan dengan tujuan hidup, harapan, standar serta apa yang menjadi keinginan individu (Kreitler & Ben, 2004). Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya kemampuan mengenali diri sendiri, adaptasi, adanya perasaan kasih dan sayang, rasa optimis serta mampu mengembangkan sikap empati (Ghozally, 2005).

Asma menimbulkan dampak negatif pada kehidupan anak maupun keluarga sehingga mempengaruhi kualitas hidup anak dan keluarga. Asma tidak hanya berpengaruh terhadap fungsi pernafasan saja, tetapi juga berpengaruh terhadap komponen fisik, sosial, dan emosional. Jika serangan asma tidak segera diatasi dan berlangsung lama akan mengakibatkan menurunnya kualitas hidup dan gangguan tumbuh kembang pada anak. Keluarga juga akan mengalami beban berat baik

berupa beban psikologis dan ekonomi serta meningkatnya peran dan tanggung jawab orang tua (Sidhartani, 2007; Wong, 2008).

Morbiditas fisik, masalah psikososial, dan disabilitas yang terjadi pada anak usia pertengahan dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan secara keseluruhan, sehingga kemungkinan besar akan berpengaruh terhadap kualitas hidup anak (Akib, 2002). Menurut Levine (1999) usia 5–13 tahun adalah masa pertengahan, dimana pada usia ini anak mulai berkembang kemampuan kognitifnya. Kekuatan kognitif atau intelegensia memungkinkan individu melakukan adaptasi terhadap lingkungan agar mampu bertahan hidup dengan membentuk dan mempertahankan keseimbangan terhadap lingkungan. Pada saat ini anak mampu menilai diri dan merasakan evaluasi teman-temannya, sehingga anak rawan terhadap krisis psikososial.

Menurut Wong (2009) dampak penyakit kronis dan ketidakmampuan pada anak cukup luas. Anak mengalami gangguan aktivitas dan gangguan perkembangan. Serangan asma menyebabkan anak dapat tidak masuk sekolah sehari-hari, berisiko mengalami masalah perilaku dan emosional, dan dapat menimbulkan masalah bagi anggota keluarga lainnya, orang tua sulit membagi waktu antara kerja dan merawat anak, masalah keuangan, fisik dan emosional. Keadaan ini berdampak pada pola interaksi orang tua dan anak serta upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dan kualitas hidup anak. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup orang tua yang memiliki anak penderita asma adalah tingkat keparahan penyakit, keterbatasan aktivitas, gangguan kebutuhan tidur dan penurunan kesehatan emosional (Walker, 2008).

Anak dengan asma kemungkinan memiliki masalah adaptasi sosial, absensi di sekolah, dan kurangnya perhatian (Sidhartani, 2007). Robert dkk (2010) memprediksikan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada anak penderita asma adalah fungsi psikososial, fungsi paru, karakteristik gejala asma dan frekuensi kontrol penyakit. Gambaran anak yang menderita asma berkaitan dengan gambaran kualitas hidupnya, sebagian besar anak penderita asma

menyadari keterbatasan mereka dalam bermain, berlari dan belajar, namun sebagian besar anak terkadang merasa marah dan frustrasi dengan keadaan ini (Akour & Khader, 2008).

Pelayanan kesehatan anak terpadu dan holistik adalah pendekatan yang paling tepat dalam penanganan penyakit asma. Pelayanan ini meliputi aspek promotif (peningkatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan) dan rehabilitatif (pemulihan) yang dilaksanakan secara holistik (paripurna) untuk mencapai tumbuh kembang anak yang optimal. Agar asma terkontrol dengan baik maka kemandirian orang tua dan anak dalam menghadapi asma perlu ditingkatkan, karena dengan kemandirian ini akan meningkatkan rasa percaya diri, baik pada orang tua maupun anak yang menderita asma.

Kemandirian orang tua dan anak perlu ditingkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menangani asma serta cara penanggulangannya. Masalah penanganan penderita yang tidak adekuat disebabkan karena keluarga tidak memahami kondisi penyakit dan penatalaksanaannya serta tidak mendapat pengetahuan yang cukup tentang penyakit asma (UKK Pulmonologi, 2004). Menurut Yang, Mu, Huang, Lou, dan Wu (2011) pengetahuan tentang asma mempengaruhi perilaku yang dapat meningkatkan adaptasi sosial pada anak penderita asma, khususnya dalam meningkatkan rasa percaya diri dan kemandirian anak.

Peran dan fungsi keluarga serta tingkat keparahan penyakit mempengaruhi perilaku anak yang menderita asma (Spagnola & Fiese, 2010). Struktur keluarga mempengaruhi pendidikan, perilaku dan kognitif anak. Anak yang memiliki orang tua utuh merasa mendapat perhatian lebih banyak dan dapat mengatasi masalah asmanya dengan lebih baik, seperti saat asma kambuh anak langsung mendapat perhatian dan perawatan dari orang tuanya (Chen & Escarce, 2007).

Peran orang tua sangat besar dalam membantu anak beradaptasi terhadap penyakitnya. Ayah dan Ibu merupakan orang yang sangat berperan dalam optimalisasi kemampuan anak yang mengalami masalah krisis karena penyakit

yang dideritanya. Ayah dan ibu berupaya merawat anak, mengatur kehidupan keluarga dan merencanakan kebutuhan keluarga. Dalam perannya ayah dan ibu memiliki beberapa perbedaan koping dan penyesuaian, namun waktu, tenaga, dan perhatian mereka sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup anak. Untuk penanganan asma pada anak yang perlu diperhatikan adalah manajemen asma yang dilakukan orang tua, karena orang tua merupakan penanggung jawab anak (LcBlance, 2004). Skor kualitas hidup pada anak dengan asma lebih tinggi pada keluarga yang memiliki waktu dan rutinitas lebih banyak bersama anak jika dibandingkan dengan orang tua yang memiliki waktu dan rutinitas yang lebih sedikit (Sweeney, 2008).

Manajemen asma oleh orang tua dapat dilakukan dengan cara mendukung anak untuk berpartisipasi dalam setiap aktivitas seperti yang dilakukan anak lainnya, memantau gejala asma, memonitor kapan dan bagaimana anak menggunakan obat asma, berkomunikasi dengan anak tentang sekolah dan kegiatannya, mengidentifikasi dan mencegah timbulnya kekambuhan serta memberikan perawatan asma pada anak (GINA, 2004). Manajemen asma pada anak yang dilakukan oleh orang tua memerlukan indikator penilaian pengetahuan orang tua tentang asma, fisiologi dan strategi pengobatan, perencanaan tertulis, serta upaya orang tua untuk meningkatkan kemampuan mereka tentang manajemen asma pada anak (Phillips, 2010). Pengetahuan keluarga mengenai perawatan dan penatalaksanaan asma pada anak mempengaruhi kontrol kekambuhan asma dan meningkatkan kualitas hidup anak. Melalui pendidikan interaktif, orang tua dapat belajar bagaimana mengelola dan mencegah kekambuhan asma pada anak, selain itu anak usia 7–12 tahun juga diajarkan bagaimana penanganan asma secara mandiri (Watson et al., 2009).

Dalam merawat anak yang menderita asma, perlu adanya distribusi tanggung jawab anak dan orang tua agar tujuan perawatan dapat tercapai. Meah, Calkery, Milnes, dan Rogers (2009) mengeksplorasi makna tanggung jawab bagi anak yang menderita asma usia 7–12 tahun, orang tua memantau keadaan anak dan menerapkan pembatasan aktivitas pada anak serta berupaya meningkatkan kemandirian anak. Anak menggambarkan perilaku bertanggung jawab terhadap

dirinya dengan menghindari serangan asma dan dampak asma, dan ibu menginginkan adanya perubahan model tanggung jawab dengan memandirikan anak. Melalui pengalaman orang tua dapat diketahui faktor penyebab keterbatasan dalam merawat anak yang menderita asma seperti derajat keparahan asma dan usia anak serta meningkatnya aktivitas dan emosional ibu (Akour & Khader, 2009).

Perempuan atau ibu kenyataannya seringkali menjadi *role model* bagi anggota keluarganya untuk hidup sehat, karena dalam kehidupan sehari-hari ibu banyak terlibat dalam merawat keluarga. Ibu selalu jadi tumpuan dalam keluarga, terutama menyediakan kehidupan yang sehat bagi anak-anaknya. Apabila ibu tidak mampu dan tidak termotivasi mendidik dan merawat anak maka akan mempengaruhi kesehatan anak dan keluarganya (Sotrisno, 2000). Ada tiga faktor yang dapat dikatakan paling dominan dalam mempengaruhi perilaku ibu mengupayakan kesehatan, yaitu adanya kepercayaan (*culture beliefs*) mengenai sebab timbulnya penyakit, peran gender, dan tidak adanya “*need*” dari ibu sendiri untuk mengupayakan kehidupan yang sehat bagi anak-anaknya (Arsyanti & Nuryati, 2010).

Peran ibu penting untuk meningkatkan kualitas hidup anak dengan asma. Peran seorang ibu sangat besar dalam proses kehidupan awal seorang anak. Freud menempatkan tokoh ibu paling penting dalam perkembangan seorang anak. Ibu mempunyai peran untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh serta pendidik bagi anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok sosial dalam lingkungannya (Dagun, 2002). Berdasarkan hasil penelitian Sales, Fivush dan Teague (2008) sekitar 90% ibu mengatakan bahwa mereka adalah orang yang bertanggung jawab dalam merawat anak dengan asma. Ibu yang mendapat dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial melakukan penanganan asma pada anak secara lebih aktif. Dimensi koping yang baik dapat menurunkan kecemasan ibu dan meningkatkan kualitas hidup anak. Berdasarkan perannya ibu lebih banyak bersama anak, memberikan perawatan dan memenuhi kebutuhan mereka di rumah, sehingga ibu terkadang memiliki banyak pengalaman dalam memberikan perawatan pada anak penderita asma (Wong, 2009).

Fiese, Winter, Anbar, Howell, dan Poltrock (2008) menjelaskan bahwa rutinitas dan beban yang dialami seorang ibu dapat mempengaruhi pola interaksi antara ibu dan anak. Keadaan ini berdampak pada kesejahteraan anak dan kualitas hidupnya, anak merasa tidak dihargai, adanya penolakan terhadap pendapatnya, serta kecemasan anak juga semakin meningkat. Penelitian Binabi, Mahfaous, Rifi, Naser, dan Gelbana (2010) menyimpulkan bahwa seorang ibu dengan anak yang menderita asma memerlukan pengetahuan tentang asma dan penanganannya agar dapat memberikan perawatan pada anak mereka. Pengalaman seorang ibu, interaksi orang tua-anak dan gaya hidup keluarga membantu anak beradaptasi di sekolah dan normalisasi kehidupan anak.

Beberapa penelitian mengeksplorasi pengalaman ibu dalam merawat anak yang menderita asma. Cheng, Chen, Liou, Wang, dan Mu (2010) menggambarkan bagaimana seorang ibu mencoba untuk menormalkan kehidupan anak, membantu anak dengan asma beradaptasi di sekolah, ibu berperan merawat anak yang sakit, mengajarkan mereka bagaimana mengidentifikasi ketidaknyamanan gejala asma, mengajarkan anak cara merawat diri dan menggunakan obat asma serta berupaya memenuhi tuntutan dan harapan agar anak dapat menyesuaikan diri dan menjalani kehidupan seperti anak yang sehat. Menurut Getch, Jones, Pritchett, dan Chapmen (2007) pengalaman seorang ibu dalam merawat dan membesarkan anak yang menderita penyakit kronis seperti asma menghadapi berbagai masalah antara lain sulitnya mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan, tidak mendapatkan pelayanan medis yang berkualitas, meregangnya hubungan suami-istri, peran sebagai ibu dan sebagai orang yang bekerja, masalah merawat anak, kesulitan membagi waktu, kesulitan ekonomi, serta masalah dukungan keluarga dan aspek spiritual. Studi pendahuluan pada tanggal 2 Februari 2012 yang dilakukan pada dua orang ibu dengan anak penderita asma di poliklinik anak Rumah Sakit Umum Raden Mattaher Jambi diketahui bahwa menurut ibu serangan asma yang terjadi pada anak menyebabkan adanya keterbatasan aktivitas pada anak, adanya gangguan tidur karena sesak nafas terutama pada malam hari, dan terkadang anak harus tidak masuk sekolah karena adanya serangan asma. Menurut ibu jika terjadi kekambuhan

asma pada anak mereka berupaya mengatasi dengan pemberian obat-obatan anti asma dirumah, dan membutuhkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengatasi asma pada anak.

Optimalisasi peningkatan kualitas hidup anak penderita asma dapat dilakukan jika anak mendapat perawatan yang baik dan dukungan dari keluarga. Peran ibu yang begitu besar dapat membantu anak penderita asma beradaptasi terhadap keterbatasannya dalam beraktivitas seperti bermain, bersekolah, dan melewati masa transisinya, serta dapat menumbuhkan rasa percaya diri anak dalam melewati tahap tumbuh kembangnya. Pengalaman ibu merawat anak yang menderita asma merupakan gambaran bagaimana seorang ibu membantu anak dengan asma beradaptasi terhadap masalah kualitas hidupnya, dan bagaimana upaya serta kesulitan yang dihadapi ibu selama merawat anak penderita asma.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang menggunakan metode-metode untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang ada pada individu ataupun sekelompok orang dengan masalah sosial dan kemanusiaan (Creswell, 2010). Pendekatan fenomenologi dalam penelitian ini bertujuan untuk menggali lebih dalam gambaran pengalaman ibu dalam merawat dan membantu anak dengan asma beradaptasi terhadap keterbatasannya, sehingga dengan teridentifikasinya pengalaman ibu dalam merawat anak dengan asma diharapkan dapat menjadi referensi tambahan bagi ibu dan keluarga dalam mengintegrasikan langkah-langkah intervensi untuk membantu adaptasi anak dengan asma.

1.2 Rumusan masalah

Peningkatan prevalensi kasus asma di Indonesia menunjukkan bahwa pengelolaan asma oleh keluarga dan pelayanan kesehatan belum optimal dan berkelanjutan. Asma pada anak perlu mendapatkan perhatian khusus karena dapat mempengaruhi kualitas hidup anak dan menjadi masalah bagi keluarga, seperti menurunnya produktivitas, meningkatkan beban ekonomi, serta masalah psikologi dan sosial. Tujuan penatalaksanaan asma adalah normalisasi dan peningkatan kualitas hidup

anak. Keluarga sangat berperan penting dalam mengatasi masalah asma pada anak, untuk itu peran orang tua terutama ibu dapat mempengaruhi kehidupan anak dengan asma. Masalah dan tekanan emosional yang dihadapi ibu dalam merawat anak dengan asma memerlukan strategi koping yang baik agar dapat menentukan intervensi yang tepat dalam mencapai kemandirian dan adaptasi anak terhadap berbagai masalah kualitas hidup. Berdasarkan latar belakang di atas perlu dilakukan identifikasi terhadap pengalaman ibu dalam merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup.

1.3 Tujuan penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran pengalaman ibu dalam merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Bagi pelayanan kesehatan dan masyarakat

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan bagi perawat dan tenaga kesehatan lain tentang harapan, hambatan dan masalah yang dihadapi ibu dalam merawat anak yang menderita asma, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat memfasilitasi orang tua melakukan manajemen asma pada anak secara optimal dan mampu meningkatkan kualitas hidup anak penderita asma.

1.4.2 Bagi pendidikan keperawatan dan perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran yang nyata kepada mahasiswa tentang pengalaman ibu dan keluarga dalam merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup dan menambah referensi tentang penatalaksanaan asma pada anak. Penelitian ini dapat menjadi *evidence based practice* di bidang keperawatan khususnya keperawatan anak tentang makna dan pengalaman hidup seorang ibu dalam merawat anak penderita asma yang disertai dengan masalah kualitas hidup.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan beberapa konsep yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan meliputi konsep anak dan tumbuh kembang, asma pada anak dan dampaknya, peran dan tanggung jawab keluarga, kualitas hidup anak penderita asma, dan teori *Maternal Role Attainment*.

2.1 Konsep Asma

2.1.1 Pengertian asma

Asma adalah gangguan inflamasi kronis pada jalan nafas yang melibatkan banyak sel seperti sel mast, eosinofil, dan limfosit T yang ditandai dengan *mengi* berulang dan/atau batuk persisten (menetap). Karakteristik asma timbul secara episodik, cenderung pada malam hari (*nocturnal*), musiman, setelah aktivitas fisik, ada riwayat asma atau atopi lain pada pasien dan/atau keluarganya (Pedoman Nasional Asma Anak (PNAA), 2004; Hockenberry & Wilson, 2009).

Asma merupakan keadaan inflamasi kronik saluran nafas yang menyebabkan hiperaktifitas bronkus, umumnya bersifat reversibel dengan gejala mengi, batuk, sesak nafas, dan rasa berat di dada terutama pada malam dan dini hari, perbaikan gejala dengan atau tanpa pengobatan. Asma bersifat fluktuatif dan dapat menimbulkan eksaserbasi mulai dari gejala ringan hingga berat, bahkan sampai menimbulkan kematian. Asma merupakan penyakit kronis yang sebagian besar terjadi pada anak-anak, dengan gejala awal muncul rata-rata pada usia lima tahun (Muscari, 2005; Depkes RI, 2009).

Beberapa pengertian asma diatas dapat disimpulkan bahwa asma merupakan penyakit inflamasi kronik pada saluran pernafasan yang bersifat fluktuatif dan reversibel dengan atau tanpa pengobatan. Serangan asma pada saluran nafas menyebabkan hiperaktifitas bronkus sehingga menimbulkan gejala mengi, batuk, sesak nafas, rasa berat didada, dan berbagai manifestasi mulai dari gejala

ringan, berat, hingga menyebabkan kematian. Insiden asma sebagian besar terjadi pada anak-anak.

2.1.2 Klasifikasi asma

Derajat berat atau ringannya asma dapat dilihat dari gambaran klinisnya, gejala dan derajat serangan. Klasifikasi asma pada anak menggambarkan berat atau ringannya gejala asma yang dialami anak hingga menyebabkan terganggunya aktifitas dan kebutuhan dasar anak. Klasifikasi asma pada anak dapat dibedakan berdasarkan derajat keparahan dan frekuensi serangan (Depkes RI, 2009). Menurut PNAA (2004) dan GINA (2006) klasifikasi asma dan derajat klinis pada asma adalah:

Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat Asma pada Anak

Parameter klinis kebutuhan obat dan faal paru	Asma episodik jarang (Asma ringan)	Asma episodik sering (Asma sedang)	Asma persisten (Asma Berat)
Frekuensi serangan	< 1 kali/ bulan	> 1 kali/ bulan	Sering
Lamanya serangan	Beberapa hari	Seminggu atau lebih	Hampir tidak ada periode bebas dari serangan
Intensitas serangan	Ringan	Lebih berat	Berat
Diantara serangan	Tanpa gejala	Ada gejala	Gejala sepanjang hari
Tidur dan aktifitas	Tidak terganggu	Sering terganggu	Sangat terganggu
Pemeriksaan fisik di luar serangan	Tidak ada kelainan	Ada kelainan	Tidak pernah normal
Obat pengendali asma	Tidak perlu	Perlu non steroid	Perlu steroid
Uji faal paru di luar serangan	PEF/FEV1>80%	PEF/FEV1 60-80%	PEV/FEV<60% Variabilitas 20-30%
Variabilitas faal paru pada saat serangan	Variabilitas > 15%	Variabilitas >30%	Variabilitas 20-30% Variabilitas 50 %

Sumber: PNAA, 2004

Klasifikasi derajat asma ini menggambarkan gejala berat atau ringannya masalah asma yang terjadi pada anak. Klasifikasi asma berat terlihat dari seringnya serangan asma muncul, gejala asma yang dirasakan sepanjang waktu sehingga mengganggu waktu tidur dan aktifitas, serta anak tergantung dengan obat pengendali asma. Pada anak yang mengalami asma berat fungsi parunya juga terganggu, terlihat dari adanya peningkatan nilai variabilitas (peningkatan/ penurunan *peak expiratory flow* / PEF) dan reversibilitas (perbedaan nilai *peak*

expiratory flow dan *force expiratory volume/ FEV*). Perubahan fisik pada anak dengan asma berat terlihat jelas seperti adanya dada barrel, bahu meninggi, penggunaan otot bantu pernafasan, dan perubahan fisik lainnya seperti yang akan dijelaskan pada manifestasi klinis anak dengan asma. Klasifikasi derajat asma pada anak dibedakan menjadi asma episodik jarang, asma episodik sering, dan asma persisten.

Tabel 2.2 Klasifikasi Asma Menurut Derajat Serangan

Parameter klinis, fungsi faal paru, laboratorium	Ringan	Sedang	Berat	Ancaman henti nafas
Sesak	Berjalan Bayi menangis keras	Berbicara - Tangis bayi pendek dan lemah - Bayi kesulitan makan/minum	Istirahat Bayi tidak mau makan/ minum	
Posisi	Bisa berbaring	Lebih suka duduk	Duduk bertopang lengan	
Bicara	Kalimat	Penggal kalimat	Kata-kata	
Kesadaran	Kadang iritabel	Biasanya iritabel	Biasanya Iritabel	Kebingungan
Sianosis	Tidak ada	Tidak ada	Ada	Terlihat jelas
Wheezing	Sedang, sering pada akhir respirasi	Nyaring, sepanjang ekspirasi, kadang inspirasi	Sangat nyaring, terdengar tanpa stetoskop	Tidak terdengar
Penggunaan otot bantu pernafasan	Biasanya tidak ada	Biasanya ya	Ya	Gerakan paradok torako abdominal
Retraksi	Dangkal, retraksi interkostal	Sedang, ditambah retraksi suprasternal	Dalam di tambah nafas cuping hidung	Dangkal, hilang
Frekuensi nafas	Takipnu	Takipnu	Takipnu	Bradipnu
Pulsus Paradoksus	Tidak ada (<10mmHg)	Ada (10-20 mmHg)	Ada (>20 mmHg)	Tidak ada, adanya tanda kelelahan otot respiratorik
PEER atau FEV1 (% nilai dugaan/ % nilai terbaik)	> 60% > 80%	40-60% 60-80%	< 40% <60%, respon < 2 jam	
Pra bronkodilator				
Pasca bronkodilator				
SaO2 %	> 95%	91-95%	≤ 90%	
PaO2	Normal	>60 mmHg	<60 mmHg	
PaCO2	<45 mmg	<45 mmg	>45 mmg	

Sumber: GINA, 2006

Klasifikasi asma menurut derajat serangan menggambarkan berat atau ringannya serangan asma berdasarkan gejala seperti aktivitas yang masih dapat dilakukan, cara berbicara, tanda-tanda fisik, nilai APE (Arus Puncak Respirasi), dan bila memungkinkan pemeriksaan analisis gas darah, serta berdasarkan kebutuhan akan obat pengendali asma. Pada asma derajat serangan berat gejala sesak nafas dirasakan juga pada saat istirahat. Bayi terlihat tidak mau minum dan makan, penderita memilih posisi duduk bertopang untuk mengurangi sesak, anak kesulitan berbicara, kesadaran iritabel, terlihat menggunakan otot bantu nafas, peningkatan FEV1 pasca bronkodilator kurang dari 60%. Keadaan ini bahkan menimbulkan gejala adanya ancaman kematian pada anak, seperti sianosis, tidak lagi terdengar *wheezing*, penurunan kesadaran, dan muncul bradipnu. Klasifikasi asma berdasarkan derajat serangan di bagi menjadi asma ringan, asma sedang, dan asma berat. Klasifikasi asma dapat membantu menentukan penatalaksanaan asma pada anak.

2.1.3 Penyebab asma

Penyebab asma belum diketahui secara pasti. Saluran pernafasan pada penderita asma memiliki sifat khas karena dapat mengalami penyempitan karena adanya stimulus. Respon penyempitan ini dipengaruhi berbagai rangsangan seperti serbuk sari, debu, bulu binatang, asap, udara dingin, dan olahraga (Sundaru, 2006). Asma dapat disebabkan karena faktor alergi atau penyebab umum lainnya (Muscari, 2005) antara lain:

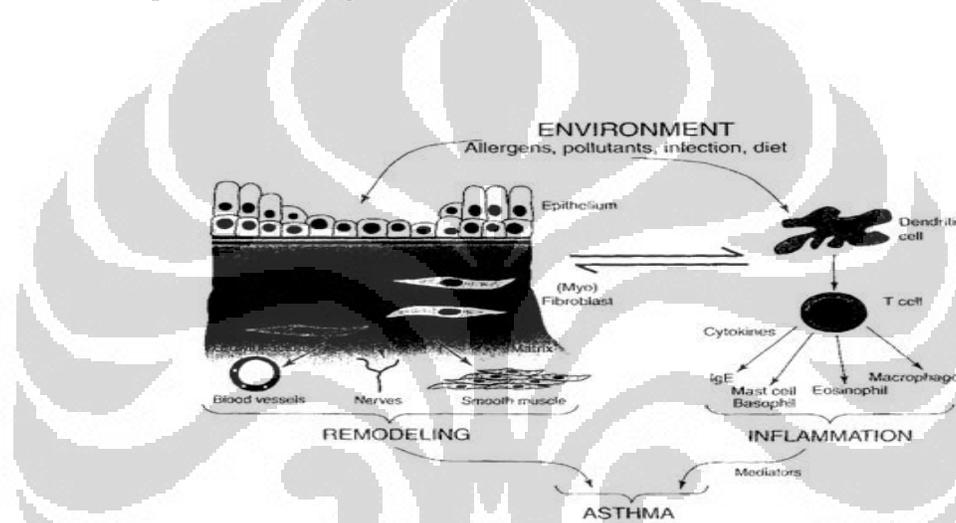
- a. Alergi mempengaruhi timbulnya asma dan derajat keparahan asma. Asma biasanya terjadi karena trakea dan bronkus yang hiperresponsif terhadap iritan. Predisposisi genetik merupakan predisposisi utama timbulnya asma karena terjadinya perkembangan respon *IgE-mediated* terhadap alergen udara. Alergen berperan penting terhadap terjadinya asma, namun untuk beberapa kasus proses alergi tidak dapat dideteksi. Proses terjadinya asma melibatkan faktor-faktor biokimia, imunologik, infeksius, endokrin, dan psikologik.
- b. Iritan umum

Umumnya penyebab timbulnya asma karena adanya faktor alergen seperti debu, jamur, bulu binatang, serbuk sari, asap, parfum, sabun deterjen, jenis

makanan tertentu, dan kelembaban ruangan. Penyebab serangan asma lainnya adalah virus terutama pada bayi, aktivitas berat seperti olahraga, dan adanya stres psikologis pada penderita.

2.1.4 Patofisiologi dan mekanisme terjadinya asma

Gejala yang timbul akibat serangan asma seperti mengi dan batuk disebabkan karena obstruksi bronkus yang didasari oleh inflamasi kronik dan hiperaktifitas bronkus (Depkes RI, 2009). Mekanisme terjadinya asma dapat terlihat dari gambar 2.1

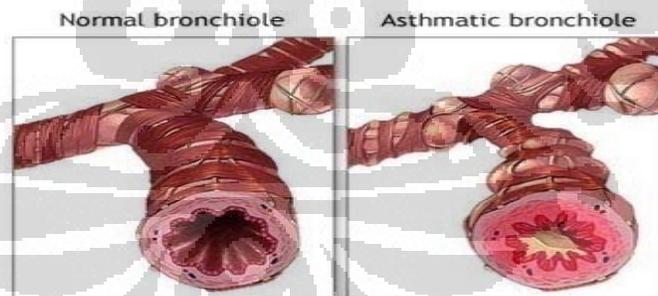


Gambar 2.1. Inflamasi dan remodeling pada asma
Sumber: Konsensus asma, 2003

Serangan asma disebabkan oleh beberapa faktor pencetus, antara lain alergen, virus dan iritan yang dapat menginduksi respon inflamasi akut berupa reaksi asma dini (*early asthma reaction* = EAR) dan reaksi asma lambat (*late asthma reaction*=LAR). Reaksi imunologik yang timbul akibat paparan dengan alergen menimbulkan reaksi sensitisasi, sehingga terbentuk *IgE* spesifik oleh sel plasma. *IgE* melekat pada *fc reseptor* membran sel mast dan basofil. Saat terjadi rangsangan berikutnya dari alergen serupa, maka akan timbul reaksi asma cepat. Selanjutnya terjadi degranulasi sel mast, dengan melepaskan mediator-mediator seperti histamin, leukotrien, C4 (LTC4), *prostaglandin* D2, (PGD2), *tromboksan* A2, dan *triptase*. Mediator-mediator ini menimbulkan spasme otot bronkus, hipersekresi kelenjar, oedema, peningkatan permeabilitas kapiler, disusul dengan akumulasi sel

eosinofil. Proses selanjutnya terjadi setelah 6-8 jam serangan awal yang disebut sebagai reaksi lambat, dimana pengaruh sitokin IL3, IL4, GM-CSF yang diproduksi oleh sel mast dan limfosit T yang teraktivasi mengakibatkan aktifnya sel-sel radang antara lain: eosinofil, basofil, monosit, dan limfosit.

Semua mediator meningkatkan dan mempertahankan proses inflamasi. Mediator inflamasi menyebabkan bronkus menjadi peka secara berlebihan sehingga terjadi konstriksi, kerusakan epitel, penebalan membran basalis, dan terjadi peningkatan membran permeabilitas bila ada rangsangan spesifik maupun non spesifik. Secara klinis gejala asma menjadi menetap dan penderita akan lebih peka terhadap rangsangan (Konsensus asma, 2003). Setelah terjadi asma dini dan asma lambat, proses reaksi dapat terus berlanjut menjadi reaksi inflamasi sub-akut atau kronik yang selanjutnya terjadi inflamasi di bronkus dan sekitarnya, berupa sel-sel inflamasi terutama eosinofil dan monosit dalam jumlah besar ke dinding dan lumen bronkus. Penyempitan saluran nafas terjadi karena lepasnya mediator dari sel mast yang banyak ditemukan dipermukaan mukosa bronkus (Depkes, 2009). Keadaan lumen bronkus yang mengalami penyempitan terlihat pada gambar 2.2 berikut ini:



Gambar 2.2. Keadaan lumen bronkus saat serangan asma

Sumber: Pedoman penatalaksanaan asma pada anak, Kemenkes RI, 2009

Proses inflamasi kronik pada asma akan menimbulkan kerusakan jaringan secara fisiologis yang selanjutnya akan diikuti oleh proses penyembuhan (*healing process*), selanjutnya terjadi perbaikan (*repair*) dan pergantian sel yang rusak dengan sel baru. Proses penyembuhan kerusakan jaringan tersebut melibatkan regenerasi dengan jenis sel parenkim yang sama dan

pergantian jaringan penyambung yang menimbulkan skar. Kedua proses ini berkontribusi dalam proses penyembuhan dan inflamasi yang kemudian menyebabkan perubahan struktur yang disebut *air remodeling*. Infiltrasi sel-sel inflamasi terlibat dalam proses remodeling, termasuk komponen lainnya seperti matriks interstitial, matriks ekstraselular, *fibrogenis growth*, protease dan inhibitornya, pembuluh darah, otot polos, dan kelenjar mukus (Konsensus asma, 2003).

Konstriksi bronkus karena stimulus asing merupakan suatu kondisi yang normal, namun pada anak yang menderita asma dapat menimbulkan masalah berat dan gangguan pernafasan. Peningkatan tahanan dalam jalan nafas menyebabkan ekspirasi dipaksakan melewati lumen sempit. Volume udara yang terjebak dalam paru karena tertutupnya jalan nafas dari titik alveoli dan bronkus lobules, sehingga mendorong individu untuk bernafas pada volume paru yang semakin tinggi, sehingga penderita asma harus berupaya keras untuk menginspirasi jumlah udara yang mencukupi kebutuhan. Keadaan ini mengakibatkan kelelahan, penurunan efektifitas pernafasan dan peningkatan kebutuhan oksigen, bahkan jika obstruksi semakin berat akan menyebabkan penurunan ventilasi alveolus disertai retensi karbondioksida, hipoksemia, asidosis pernafasan, dan gagal nafas (Wong, 2008).

2.1.5 Manifestasi klinis asma

Diagnosis asma didasari oleh gejala-gejala khas yang bersifat episodik, sehingga dengan anamnesis gejala yang baik dapat lebih meningkatkan penilaian diagnostik (Konsensus asma, 2003). Gejala yang muncul karena serangan asma mulai dari gejala simptomatik hingga terjadinya perubahan fisik (Wong, 2008) antara lain:

a. Batuk

Batuk kering, paroksismal, iritatif, dan non produktif, batuk kemudian menjadi produktif dengan sputum yang kental, berbusa dan jernih.

b. Tanda-tanda terkait pernafasan

1) Sesak nafas

2) Fase ekspirasi memanjang

- 3) Terdengar mengi
 - 4) Tulang zigomatik dan telinga memerah
 - 5) Bibir berwarna merah gelap
 - 6) Dapat berkembang menjadi sianosis pada dasar kuku dan/ atau sianosis sirkumoral
 - 7) Gelisah
 - 8) Ketakutan
 - 9) Keringat yang berlebihan sejalan dengan serangan
 - 10) Anak yang lebih besar dapat duduk tegak dengan bahu dibungkukkan, tangan berada diatas meja atau kursi, dan lengan menahan
 - 11) Berbicara dengan frase yang singkat, terengah dan terpatah-patah
- c. Dada
- 1) Hiperesonansi pada perkusi
 - 2) Bunyi nafas kasar dan keras
 - 3) Mengi di seluruh bidang paru
 - 4) ekspirasi memanjang
 - 5) Ronki kasar
 - 6) Mengi pada saat inspirasi dan ekspirasi dengan nada meninggi
- d. Pada episode berulang
- 1) Dada *Barrel*
 - 2) Bahu meninggi
 - 3) Penggunaan otot-otot pernafasan
 - 4) Tampilan wajah: tulang zigomatik mendatar, lingkaran di sekeliling mata, hidung mengecil, dan gigi bagian atas menonjol

2.1.6 Tata laksana asma akut

Serangan asma dapat terjadi secara bervariasi, mulai dari serangan ringan sampai serangan berat, bahkan dapat mengancam jiwa. Seringnya serangan asma menunjukkan penanganan asma sehari-hari yang kurang tepat. Penilaian beratnya serangan asma merupakan prinsip utama dalam penanganan asma akut, karena penilaian yang kurang tepat menyebabkan tata laksana selanjutnya juga menjadi tidak tepat. Serangan akut adalah

episodik perburukan asma, dimana penatalaksanaan awalnya sebaiknya dilakukan dirumah. Penanganan harus cepat dan disesuaikan dengan derajat serangan. Penilaian beratnya serangan berdasarkan riwayat serangan, termasuk gejala, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan faal paru. Selanjutnya diberikan penanganan yang cepat dan tepat. Penanganan serangan akut pada asma (Depkes RI, 2009) meliputi :

a. Pemberian obat asma

Pada serangan asma ringan obat yang diberikan hanya bronkodilator (β_2 agonis) yang sebaiknya diberikan dalam bentuk inhalasi. Bila tidak memungkinkan dapat diberikan secara sistemik. Pada dewasa diberikan tambahan teofilin/ aminofilin oral. Pada serangan berat atau dengan riwayat serangan berat sebelumnya, kortikosteroid oral (metilprednisolon) dapat diberikan dalam waktu 3-5 hari. Jika pasien perlu dirawat obat dapat diberikan secara intravena (IV), dan juga diberikan adrenalin melalui subkutan.

b. Pemberian oksigen

Pada serangan berat pasien harus dirawat dan diberikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan dan indikasi.

2.1.7 Tata laksana asma jangka panjang (Kronis)

Tata laksana asma jangka panjang bertujuan untuk mengontrol asma dan mencegah serangan sesuai dengan derajat keparahan asma. Penyakit asma terkontrol merupakan kondisi stabil minimal dalam waktu satu bulan. Dalam mencapai dan mempertahankan asma yang terkontrol perlu mempertimbangkan tiga faktor, antara lain: medikasi, tahapan pengobatan, dan penanganan asma mandiri. Tata laksana asma jangka panjang juga bertujuan untuk mencegah terjadinya proses inflamasi lanjut dan *remodeling*. Penanganan asma mandiri dikenal dengan pelangi asma (Konsensus Asma, 2003) seperti pada tabel 2.3 di bawah ini:

Tabel 2.3 Pelangi Asma

Pelangi Asma, monitoring keadaan asma secara mandiri
<p>Hijau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi baik, asma terkontrol • Tidak ada / minimal gejala • APE : 80 - 100 % nilai dugaan/ terbaik <p><i>Pengobatan bergantung berat asma, prinsipnya pengobatan dilanjutkan. Bila tetap berada pada warna hijau minimal 3 bulan, maka pertimbangkan menurunkan terapi</i></p>
<p>Kuning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berarti hati-hati, asma tidak terkontrol, dapat terjadi serangan akut/ eksaserbasi • Dengan gejala asma (asma malam, aktiviti terhambat, batuk, mengi, dada terasa berat baik saat aktiviti maupun istirahat) dan/ atau APE 60 - 80 % prediksi/ nilai terbaik <p><i>Mebutuhkan peningkatan dosis medikasi atau perubahan medikasi</i></p>
<p>Merah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berbahaya • Gejala asma terus menerus dan membatasi aktiviti sehari-hari. • APE < 60% nilai dugaan/ terbaik <p><i>Penderita membutuhkan pengobatan segera sebagai rencana pengobatan yang disepakati dokter-penderita secara tertulis. Bila tetap tidak ada respons, segera ke rumah sakit.</i></p>
<p>Sumber: Konsensus Asma, 2003</p>

2.1.8 Tata laksana asma pada anak di rumah

Asma dapat mempengaruhi status psikologis dan tingkat adaptasi anak. Prinsip penatalaksanaan asma pada anak adalah meningkatkan coping anak dalam menghadapi masalah psikologis dan kualitas hidupnya (Marsac, Funk, & Nelson, 2006). Penatalaksanaan asma pada anak bertujuan untuk mencegah disabilitas, meminimalkan morbiditas fisik, dan psikologis agar anak dapat hidup normal sesuai dengan tahapan tumbuh kembangnya. Tata laksana asma pada anak meliputi komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) pada penderita asma dan keluarga, menghindari faktor pencetus serta medikamentosa (Wong, 2008). Adapun penatalaksanaan secara rinci dapat dilihat seperti dibawah ini:

a. Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE)

- 1) Memfasilitasi penyesuaian sosial anak dalam keluarga, sekolah, komunitas, peran normal dalam aktivitas rekreasi dan olahraga.
- 2) Pengenalan episode akut secara dini
- 3) Kontrol asma secara teratur
- 4) Pengaturan terapi obat dengan tepat
- 5) Mengidentifikasi dan menghilangkan iritan dan faktor alergi dari lingkungan anak
- 6) Memberikan pendidikan kesehatan dan informasi pada orang tua mengenai penyakit asma dan penatalaksanaannya serta bagaimana membantu anak menghadapi masalah yang ditimbulkan asma secara konstruktif

b. Pengendalian alergen

Terapi nonfarmakologik merupakan upaya pencegahan dan pengurangan pajanan anak terhadap alergen dan iritan yang dapat mencetuskan asma. Cara yang dapat dilakukan untuk menghindari alergen (Wong, 2008) adalah:

- 1) Menjaga kelembaban dalam rumah tetap berada di bawah 50% untuk mencegah tungau debu hidup didalam rumah
- 2) Membersihkan lantai dan lemari dapur secara teliti dan rutin, menyimpan makanan setelah dimakan, serta membuang sampah sesuai prosedur untuk mengusir kecoa
- 3) Mengidentifikasi alergen spesifik melalui uji kulit, selanjutnya menghilangkan atau menghindari alergen tersebut serta menghindari faktor non spesifik yang dapat mencetuskan asma

c. Terapi farmakologik

Tujuan terapi farmakologik adalah untuk mencegah dan mengendalikan gejala asma, mengurangi frekuensi dan derajat keparahan asma serta menghilangkan obstruksi aliran udara. Medikasi pada asma meliputi pengontrol (*Controller*) dan pelega (*Reliever*). Medikasi Pengontrol untuk pengobatan asma jangka panjang bertujuan untuk mencegah, dan

mempertahankan pengendalian inflamasi. Medikasi pelega ditujukan untuk pengobatan asma segera atau mengobati gejala dan eksaserbasi (GINA, 2011). Sebagian besar pengobatan asma diberikan melalui inhalasi dengan nebulizer atau disebut inhaler dosis terukur (*Metered-dose-inhaler* atau MDI). MDI dapat menggunakan unit *spacer* atau tersambung dengan reservoir, untuk mempermudah penggunaannya pada anak.

Obat asma yang sering digunakan adalah kortikosteroid, merupakan obat anti-inflamasi yang berguna untuk mengatasi obstruksi jalan nafas yang *reversible* dan membantu mengendalikan gejala serta mengurangi hiperaktivitas bronkus pada asma yang kronis. Natrium kromolin merupakan jenis obat nonsteroid untuk asma, obat ini dapat menstabilkan membran sel mast, menghambat aktivasi dan pelepasan mediator dari eosinofil dan sel epitelial. *Agonis adrenergik- β* (terutama *albuterol*, *metaprotenerol*, dan *terbutalin*) digunakan untuk pengobatan eksaserbasi akut dan untuk mencegah bronkospasme akibat latihan. Metilsantin, terutama teofilin untuk mengurangi gejala dan mencegah serangan asma (Wong, 2008).

d. Latihan fisik

Latihan fisik pada penderita asma dapat dilakukan dengan pemilihan jenis olahraga atau aktivitas yang dapat di toleransi, seperti renang, *baseball*, senam, atau aktivitas lain yang hanya memerlukan ledakan energi singkat. Aktivitas berat seperti latihan fisik pada penderita asma dapat mengakibatkan bronkospasme akibat latihan fisik, yaitu obstruksi jalan nafas akut reversibel yang ditandai dengan batuk, sesak, mengi, nyeri dada, dan masalah ketahanan fisik selama melakukan aktivitas, dan biasanya keadaan ini dapat sembuh sendiri (Wong, 2008).

e. Fisioterapi dada

Fisioterapi dada bertujuan untuk relaksasi fisik dan mental, memperbaiki postur, memperkuat otot-otot pernafasan, serta membantu pola pernafasan yang efisien. Kegiatan yang dilakukan pada fisioterapi dada adalah melatih bernafas dan pengendalian nafas yang dapat mencegah inflasi berlebih dan meningkatkan efektivitas batuk (Wong, Hockenberry, Wilson, & Schwartz, 2008).

f. Tata laksana jangka panjang diberikan pada anak dengan serangan asma sering dan persisten. Pemberian kortikosteroid topikal (inhalasi) dalam jangka panjang dengan dosis dan cara yang tepat tidak menyebabkan gangguan dan pertumbuhan pada anak serta tidak menyebabkan efek samping lainnya (Lenfan & Khaltaeu, 2002; dalam Supriyatno, 2005).

2.1.9 Prognosis

Menurut Depkes RI (2009) gejala asma pada anak dapat terjadi hingga usia remaja atau dewasa, walaupun sebagian besar anak mengalami penurunan gejala asma seiring dengan bertambahnya usia. Prognosis asma pada anak disesuaikan dengan tingkat keparahan dan seringnya serangan, mulai dari gejala ringan sampai timbulnya status asmatikus. Banyak anak mengalami eksaserbasi yang terus berkembang menjadi hiperesponsivitas jalan nafas dan batuk hingga usia dewasa, terutama jika disertai penurunan fungsi paru. Banyaknya pajanan terhadap alergen, perubahan keparahan penyakit, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, kegagalan keluarga dan petugas kesehatan untuk mengenali keparahan asma disertai dengan faktor psikologis dapat menyebabkan terjadinya kematian akibat asma.

2.1.10 Status asmatikus

Seorang anak dikatakan berada pada kondisi status asmatikus ketika menunjukkan keadaan gawat nafas walaupun sudah dilakukan berbagai tindakan terapeutik. Kondisi ini dapat terus berkembang secara bertahap atau cepat, terutama jika disertai dengan komplikasi yang dapat mempengaruhi lamanya dan pengobatan saat serangan. Untuk mengatasi serangan asma pada

kondisi status asmatikus anak perlu hospitalisasi dengan observasi ketat dan pemantauan status kardiorespiratori secara terus menerus (Wong, 2008).

2.2 Konsep Anak

Anak adalah manusia yang masih bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Periode anak menurut WHO diukur berdasarkan usia yaitu mulai usia 0 – 18 tahun. Anak merupakan individu yang unik karena memiliki indikator penilaian tumbuh dan kembang (UNICEF, 2000; Muscari, 2005). Menurut Muscari (2005) pertumbuhan dan perkembangan anak dibagi dalam rentang usia yang mendekati, antara lain: neonatus 0–28 hari, infant 1 bulan–1 tahun, toddler 1–3 tahun, pra sekolah 4–6 tahun, sekolah 7–12 tahun, dan remaja 12–18 tahun.

Tumbuh-kembang merupakan suatu kesatuan yang menggambarkan berbagai perubahan yang terjadi dalam kehidupan seorang anak. Seluruh proses tumbuh-kembang terjadi secara dinamis dan berkaitan, terjadi secara bersamaan, dan bersifat kontinyu. Pertumbuhan adalah segala sesuatu yang dapat diukur misal Berat Badan (BB), Panjang Badan (PB). Sedangkan perkembangan adalah kemampuan organ dalam menjalankan fungsinya yang ditinjau dari aspek motorik kasar, motorik halus, bahasa, dan psikososial (Wong, 2008).

2.2.1 Pertumbuhan pada anak

Pertumbuhan pada anak dilihat dari pertumbuhan biologis dan perkembangan fisik serta perubahan fisiologis. Pertumbuhan anak disertai dengan perubahan fungsi dan organ internal dan jaringan. Pertumbuhan ini dapat dilihat dari bertambahnya tinggi badan, berat badan, otot rangka, jaringan otak, dan pertumbuhan reproduksi secara individual (Wong, 2008).

2.2.2 Perkembangan anak

Perkembangan pada anak adalah peningkatan kapasitas untuk berfungsi pada tingkat yang lebih tinggi. Sesuai dengan penambahan usianya anak mengalami perubahan perkembangan dan tugas perkembangan yaitu serangkaian ketrampilan dan kompetensi yang harus dicapai dan dikuasai anak pada setiap tahap

perkembangannya. Tujuan dari pencapaian tahap perkembangan anak sesuai dengan usianya adalah agar anak mampu berinteraksi dan beradaptasi secara efektif dengan lingkungannya (Muscari, 2005; Wong, 2008). Teori perkembangan mengatakan bahwa ketrampilan emosional, sosial, kognitif, dan moral berkembang secara bertahap pada anak (Muscari, 2005), antara lain:

a. Perkembangan psikososial

Teori perkembangan psikososial menurut Erik Erikson bahwa setiap tahun anak mengalami krisis yang memerlukan integrasi antara kebutuhan dan ketrampilan pribadi dengan tuntutan sosial dan budaya. Perkembangan psikososial menekankan pada kepribadian yang sehat, dimana individu memiliki kemampuan untuk mengatasi setiap konflik yang dihadapinya. Konflik yang tidak teratasi akan menimbulkan masalah berkepanjangan pada anak.

b. Perkembangan kognitif

Perkembangan kognitif terdiri dari perubahan-perubahan aktivitas mental sesuai dengan tahap usia. Anak berkembang sesuai dengan potensi dan intelektualitas yang dimilikinya. Potensi dan intelektualitas dikembangkan melalui interaksi dengan lingkungan. Perkembangan bahasa, moral, dan spiritual muncul ketika kemampuan kognitif anak meningkat Tahap berpikir logis anak terbentuk dari tahap sebelumnya.

c. Perkembangan moral

Anak memiliki cara berpikir moral sesuai dengan tahap perkembangannya. Tingkat perkembangan moral anak semakin terbentuk ketika mereka mampu menerapkan prinsip etis dalam mengambil suatu keputusan berdasarkan hati nurani, seperti menghargai hak asasi manusia dan mengargai martabat seseorang sebagai individu.

d. Perkembangan konsep diri

Konsep diri mencakup konsep, keyakinan, dan pendirian yang dimiliki seseorang tentang dirinya sendiri dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain. Konsep diri berkembang sesuai dengan pengalaman seseorang terhadap sesuatu yang nyata dilingkungan. Pada masa bayi konsep diri konsep diri berupa kesadaran terhadap kemandirian yang didapat dari pengalaman sebelumnya. Pada usia toddler, anak mengembangkan konsep dirinya dengan menggali batasan kemampuan dan dampaknya pada orang lain. Anak usia

sekolah mulai menyadari adanya perbedaan dengan orang lain, lebih sensitif terhadap tekanan sosial, dan menjadi lebih kritis dalam mengevaluasi diri. Pada masa remaja anak lebih fokus pada perubahan fisik dan emosi, anak mulai memikirkan penerimaan teman sebaya. Saat mencapai masa remaja akhir konsep diri mulai diperjelas, anak mulai mengatur konsep diri mereka, termasuk nilai, tujuan, dan kompetensi yang mereka capai pada tahap sebelumnya.

2.2.3 Dampak penyakit asma pada anak

Menurut Shidartani (2007) gejala asma pada anak akan berdampak pada penurunan fungsi pernafasan, komponen fisik, sosial, dan emosional. Asma pada anak akan menyebabkan gangguan aktivitas sehari-hari, seperti rasa sesak nafas yang bertambah saat bermain dan berlari, anak menjadi sering absen kesekolah, berkurangnya kesegaran jasmani, dan meningkatnya kecemasan anak. Serangan asma yang berulang pada anak dan asma yang berlangsung lama, serta dengan penanganan asma yang tidak baik akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup dan gangguan tumbuh dan kembang anak.

Asma pada anak berpengaruh terhadap berbagai aspek kehidupan, antara lain pertumbuhan dan perkembangan anak, meningkatkan morbiditas fisik, psikis, dan menyebabkan disabiliti (Akib, 2002). Penelitian yang dilakukan Marsac, Funk, dan Nelson (2006) tentang fungsi psikologis pada anak penderita asma, dengan mengikutsertakan 47 orang anak yang didiagnosis asma didapatkan bahwa terjadi penurunan fungsi psikologis seperti adanya masalah koping, anak berusaha mengingkari bahwa dirinya menderita asma, tidak mau menerima kenyataan bahwa ia harus beradaptasi dengan penyakitnya dan anak larut dalam perasaan sedih. Anak juga merasa berbeda dengan anak lainnya sehingga anak penderita asma cenderung menyendiri dan membatasi keterlibatan mereka dalam bermain karena seringnya terjadi serangan asma.

Penurunan kualitas hidup pada anak yang menderita asma juga terlihat dalam penelitian ini berdasarkan nilai total skoring kualitas hidup. Pengukuran psikologis ini menggunakan kuesioner fungsi psikologis *Strength and Difficulties Questionnaire*. Pengukuran kualitas hidup anak menggunakan *Pediatric Asthma Quality of life Questionnaire*.

Penelitian yang juga dilakukan oleh Spagnola dan Fiese (2010) menjelaskan adanya masalah hidup sehari-hari yang terjadi pada anak yang menderita asma. Masalah yang terjadi pada anak dengan asma dilihat dari tiga domain yaitu aktivitas sehari-hari, gejala, dan fungsi emosional. Penelitian dilakukan pada 200 orang anak (34% anak wanita dan 66% anak laki-laki). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi masalah kehidupan sehari-hari pada anak dengan asma antara lain 97% adanya gangguan aktivitas sehari-hari seperti bermain bola, bermain dengan teman, aktivitas disekolah, dan masalah istirahat dan kebutuhan tidur. Domain gejala menunjukkan bahwa lebih dari 50% anak dengan asma merasa terganggu dengan gejala asma yang sering muncul. Lebih dari 50% anak dengan asma juga mengalami masalah emosional seperti adanya perasaan marah, frustrasi, cemas, dan ketidaknyamanan karena serangan asma.

Serangan asma pada anak jika tidak segera diatasi dan berlangsung dalam waktu yang cukup lama akan menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup dan gangguan tumbuh-kembang pada anak. Masalah asma pada anak juga mempengaruhi kualitas hidup orang tua maupun keluarga berupa beban psikologis dimana orang tua merasa frustrasi karena adanya keterbatasan melakukan aktivitas, orang tua hanya fokus dengan masalah kesehatan anak, merasa letih dengan rutinitas merawat anak, kurangnya dukungan emosional dari keluarga, kurang tidur dan istirahat, masalah ekonomi terjadi karena besarnya biaya yang harus dikeluarkan keluarga untuk perawatan dan pengobatan anak karena serangan asma berulang (Akour & Khader, 2008).

2.3 Peran dan fungsi keluarga pada anak dengan asma

Keluarga merupakan sekelompok orang yang tinggal bersama dan berhubungan erat secara biologis, saling berinteraksi satu sama lain dalam bentuk perhatian, memiliki peran sosialisasi, komitmen dalam emosi, serta bimbingan bagi anggota keluarga mereka (Lerner, Sparks, & McCubbin, 1999 dalam Hockenberry & Wilson, 2009). Keluarga memiliki keterkaitan emosi yang besar, keluarga berfungsi membesarkan anak, memenuhi kebutuhan dasar anak seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, kesehatan, pendidikan, dan keamanan, keluarga saling berkomunikasi dan

memberikan dukungan emosional, adaptasi budaya, dan sosialisasi, serta mempersiapkan anak-anak menjadi generasi penerus (Muscari, 2005).

Setiap individu memiliki posisi atau status tersendiri dalam struktur keluarga. Setiap anggota keluarga memiliki tata nilai masing-masing dalam menjalankan perannya. Dalam kelompok keluarga ayah dan ibu memiliki peran penting dalam membesarkan dan bertanggungjawab pada kehidupan anak. Peran sebagai orang tua lebih bersifat intensif dengan berbagai tekanan untuk mengukur apa yang menjadi keinginan keluarga. Seiring dengan perannya orang tua terus belajar bagaimana cara merawat dan memenuhi kebutuhan anak, sehingga terkadang orang tua memiliki kemampuan dan pengalaman lebih banyak dalam merawat anak (Wong, 2008).

Menurut Hafetz dan Miller (2010) saat anak didiagnosis mengalami masalah kesehatan kronis (asma) dan dengan berbagai keterbatasannya, orang tua dihadapkan pada situasi krisis yang mempengaruhi sistem keluarga. Keluarga memerlukan sistem pendukung, mekanisme coping, dan penyelesaian masalah yang terus menerus. Beban fungsional dan psikologis yang dihadapi keluarga memerlukan proses penyesuaian, sehingga sumber-sumber dalam keluarga, dukungan sosial, teman, kerabat, profesional, dan jaringan komunitas sangat diperlukan untuk memberikan dukungan yang fleksibel pada keluarga dengan anak yang mengalami masalah kesehatan kronis. Selanjutnya keluarga berperan untuk meningkatkan rasa percaya diri dan kemandirian anak, serta membantu anak untuk beradaptasi terhadap keterbatasannya.

Peran dan tanggung jawab orang tua yang memiliki anak dengan masalah kronis menjadi semakin besar, karena mereka harus memberikan perhatian dan perawatan yang lebih intensif di rumah. Waktu, energi, serta fokus orang tua lebih banyak diberikan pada anak dengan masalah kesehatan. Saat anak berada dalam kondisi ini orang tua berbagi tanggung jawab sesuai peran dan kemampuannya, hal ini juga mempengaruhi keberadaan dan fungsi saudara kandung (sibling). Peran dan tanggung jawab orang tua pada anak yang menderita penyakit kronis seperti asma adalah bagaimana mempertahankan normalisasi pada anak. Pada dasarnya normalisasi pada anak dengan masalah kronis bertujuan untuk mempertahankan

agar anak dapat berperilaku sesuai dengan tahap tumbuh kembangnya, dimana konsekuensi penyakit diminimalkan, sehingga anak dan orang tua dapat hidup senormal mungkin disamping keterbatasan yang dimiliki anak (Wong, 2008; Hafetz & Miller, 2010). Tujuan perawatan yang diberikan orang tua di rumah dalam upaya pencapaian normalisasi anak (Wong, 2008) adalah:

- a. Menormalkan kehidupan anak dengan penyakit kronis, termasuk anak dengan perawatan kompleks yang memerlukan teknologi
- b. Meminimalkan dampak kondisi anak yang dapat mempengaruhi peran dan fungsi keluarga
- c. Membantu pertumbuhan dan perkembangan maksimum anak

Peran ibu sebagai orang yang melahirkan dan merawat anaknya sangat besar bagi perkembangan anak, sehingga sosok ibu sangat mempengaruhi kehidupan dan kesehatan anaknya. Dengan fungsi dan perannya dalam keluarga karakteristik ibu dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya, seperti pengalaman dengan anak sebelumnya, stress yang dihadapi, dan dukungan keluarga (Wong, 2008). Penelitian yang dilakukan Cheng, Chen, Liou, Wang, dan Mu (2010) tentang pengalaman ibu merawat anak dengan asma beradaptasi disekolahnya, bahwa adanya perasaan khawatir saat anak berada disekolah, ibu merasa takut anak mengalami serangan asma, sehingga seringkali ibu melakukan kontak dengan guru disekolah dan memberikan nomor kontak emergensi pada guru jika anak mengalami kekambuhan asma. Ibu merasa khawatir jika para guru disekolah tidak mampu memberikan penanganan yang tepat pada anak. Ibu selalu memantau aktivitas anak disekolah, menanyakan apa yang dilakukan anak disekolah, bagaimana hubungan anak dengan temannya, dan bagaimana kenyamanan yang dirasakan anak saat berada disekolah. Ibu juga melakukan upaya agar anak selalu mendapatkan pengobatan dan penanganan terbaik, walau tidak jarang ibu juga merasa khawatir dengan dampak jangka panjang dari pengobatan. Ibu melakukan berbagai upaya pencegahan kekambuhan asma pada anak dengan cara memantau aktifitas dan makanan yang dapat mencetuskan asma pada anak, seperti apakah anak bermain ditempat yang penuh debu, bagaimana makanan yang dikonsumsi anak, apakah dapat menimbulkan batuk dan sesak.

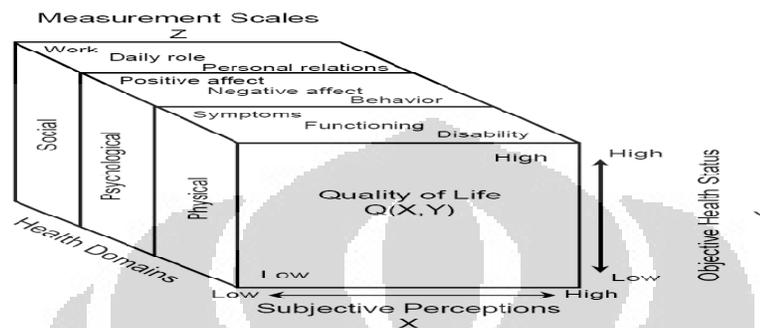
Menurut Getch, Jones, Pritchett dan Chapmen (2007) pengalaman seorang ibu dalam merawat dan membesarkan anak yang menderita penyakit kronis seperti asma banyak menghadapi berbagai masalah seperti masalah ekonomi, psikologis, dan masalah dalam keluarga. Masalah yang dihadapi ibu antara lain asuransi kesehatan yang menjamin biaya pengobatan tidak berperan sesuai dengan yang diharapkan keluarga, sementara anak memerlukan biaya pengobatan yang cukup besar karena seringnya mengalami kekambuhan asma. Ibu juga menyatakan bahwa prosedur asuransi tidak jelas sehingga semakin menyulitkan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang seharusnya. Keluarga juga tidak puas dengan pelayanan kesehatan yang kurang berkualitas. Ibu merasakan hubungan suami-istri semakin meregang karena sulitnya membagi waktu dan tingkat stressor yang tinggi serta tuntutan peran sebagai ibu dan orang yang bekerja. Ibu merasa kesulitan dalam merawat anak dan kesulitan membagi waktu serta perhatian pada anak yang lain. Selain masalah ekonomi dan masalah hubungan keluarga, ibu juga merasa kurang mendapat dukungan keluarga dan berkurangnya aspek spiritual.

2.4 Kualitas hidup anak dengan asma

Kualitas hidup merupakan keadaan yang dipersepsikan pada seseorang dengan konsep yang berbeda, definisinya berdasarkan filosofi, politik, dan hubungannya dengan kesehatan. Kualitas hidup mencakup domain atau komponen multidimensi seperti fisik, psikologis, fungsional, aktivitas, dan peran sosial (Dphil, 2009). Menurut *Australian centre for asthma monitoring* (2005) kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan diartikan sebagai gambaran kondisi seseorang yang mempengaruhi kehidupan mulai dari aspek fisik, psikologis, dan kesejahteraan sosial. Kualitas hidup juga dipengaruhi oleh aspek pengalaman hidup, harapan, keyakinan, kognitif, dan persepsi individu terhadap kesehatan (*Australian Center for Asthma Monitoring, 2005*).

Domain kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mencakup fisik, psikis, dan sosial. Semua domain mencakup aktivitas sehari-hari, hubungan personal, aspek perilaku, gejala, fungsi, dan disabilitas. Domain ini diukur dalam dua dimensi yaitu penilaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan (aksis Y) dan persepsi sehat yang lebih subyektif (aksis X). Walaupun dimensi obyektif penting

untuk menentukan derajat kesehatan, tetapi persepsi subyektif dan harapan membuat penilaian obyektif menjadi kualitas hidup yang sebenarnya (Testa & Samonson, 1996 dalam Handerson, 2011) Gambar 2.4. menjelaskan hubungan kesehatan dengan kualitas hidup berdasarkan domain fisik, psikologis dan sosial.



Gambar 2.4. Skema kualitas hidup

Sumber: Assessment Of Quality-Of-Life Outcomes (Taste and Simonson, 1996 dalam Handerson, 2011).

Pengukuran kualitas hidup pada anak dengan asma bertujuan untuk melihat dampak penyakit terhadap kemampuan adaptasi dan kemampuan hidup anak sehari-hari. Penilaian kualitas hidup pada anak dengan asma penting dilakukan untuk menentukan intervensi yang diperlukan anak, penilaian dilakukan dengan melihat skor gejala, keterbatasan aktivitas, dan fungsi psikososial. Ukuran yang berkaitan dengan kualitas hidup memberikan informasi pengalaman subyektif pasien, dan kemampuan menjalankan fungsi kehidupannya. Kualitas hidup dapat diukur menggunakan beberapa instrumen khusus yang dapat mengukur skor kualitas hidup. Pada anak dengan asma skor kualitas hidup dapat diukur dengan salah satunya kuesioner *asthma pediatric quality of life* atau *PedsQL* yang penggunaannya juga sudah diterapkan di Indonesia. Nilai total kualitas hidup anak sehat secara umum adalah $81,38 \pm 15,9$. Jika total skor kualitas hidup anak dibawah standar maka anak termasuk kelompok risiko mengalami masalah kualitas hidup (Suharto, 2005). Kuesioner ini memuat beberapa pertanyaan terkait domain kualitas hidup anak seperti intensitas perasaan, frekuensi perasaan atau perbandingan antara ideal diri anak dengan anak lain. Pernyataan dalam kuesioner berupa pertanyaan seberapa banyak masalah, apa kesulitan yang dihadapi, seberapa sering anda merasa terganggu. Instrumen ini juga menanyakan tentang kepuasan anak terhadap aktivitas

yang dijalannya dan frekuensi gejala asma yang dirasakan anak, apakah sering, kadang-kadang, atau jarang (Suharto, 2005; Garro & Klein, 2008; Devis, et al. 2009).

2.5 Teori Maternal Role Attainment oleh Ramona T. Mercer

Teori Mercer tentang *Maternal Role Attainment* menjelaskan pencapaian peran dan identitas ibu serta pencapaian rasa nyaman ibu (Tomey & Alligood, 2006). Teori dan model *Maternal Role Attainment* diperkenalkan Ramona T. Mercer didasari penelitiannya yang dimulai sejak tahun 1960. Model *Maternal Role Attainment* menggunakan konsep *Brofenbrenner's* berupa konsep lingkaran yang menggambarkan pengaruh interaksi lingkungan dengan peran ibu. Mercer juga menggambarkan pentingnya peran ayah dalam respon paternal menjadi orang tua (ayah).

2.5.1 Asumsi dasar teori

Asumsi mayor tentang *Maternal Role Attainment*/ pencapaian peran ibu menurut Ramona T. Mercer (Tomey & Alligood, 2006) bahwa pencapaian peran menjadi seorang ibu dipengaruhi oleh berbagai aspek seperti karakteristik ibu, konsep diri, dan dukungan orang terdekat yaitu suami sebagai orang yang cukup besar kontribusinya terhadap pencapaian peran ibu. Anak juga sangat berkontribusi dalam pencapaian peran ibu, karena anak merupakan salah satu motivasi ibu untuk mencapai peran dan tanggungjawabnya secara optimal. Upaya ibu dalam pencapaian peran dan tanggungjawabnya dipengaruhi juga oleh tingkat kematangan ibu, respon ibu, dan kasih sayang yang dimilikinya.

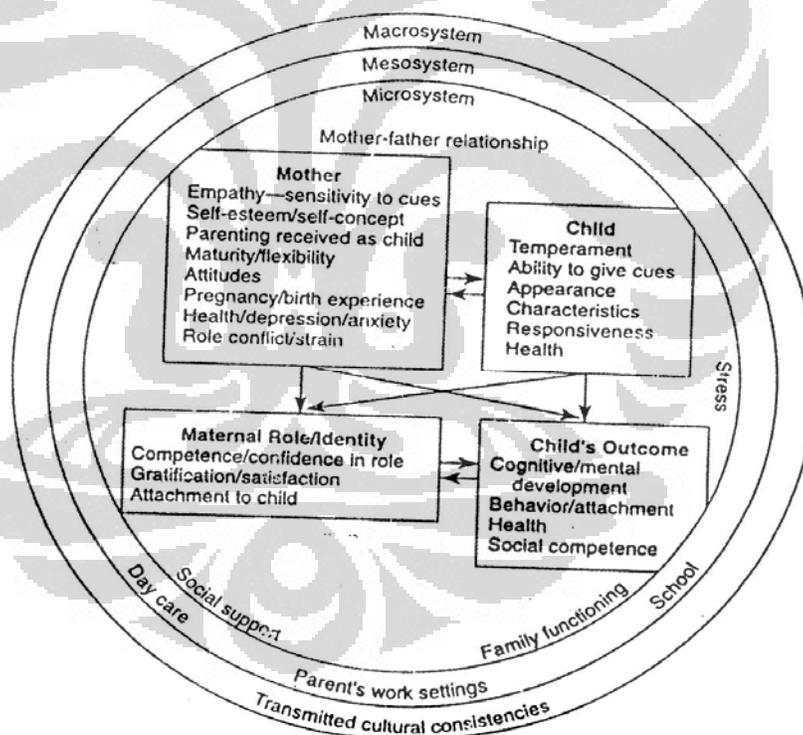
2.5.2 Konsep utama teori Ramona T. Mercer

Mercer dalam teorinya menggunakan beberapa konsep yang menjelaskan pencapaian peran ibu. Pencapaian peran ibu merupakan proses perkembangan hasil interaksi ibu-anak berdasarkan rasa empati, kasih sayang, dan nilai yang dimiliki ibu. Kemampuan ibu mencapai peran secara kompeten dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pandangan diri, penghargaan diri dalam bentuk penerimaan diri ibu dalam perannya.

Status kesehatan keluarga juga mempengaruhi pencapaian peran ibu. Kondisi kesehatan anak mempengaruhi hubungan ibu dan anak, dimana masalah kesehatan anak menimbulkan penolakan dan meningkatkan kecemasan ibu sehingga ibu rentan dengan kondisi stres, depresi, dan konflik peran. Dukungan keluarga dan sosial sangat berperan dalam pencapaian peran ibu. Ayah sebagai suami berkontribusi dalam memfasilitasi dan mendukung pencapaian peran ibu.

2.5.3 Model *Maternal Role Attainment*

Menurut Mercer menjadi seorang ibu merupakan proses pengalaman luar biasa dari siklus kehidupan seorang wanita, dimana proses ini tidak pernah berhenti dan terus berlanjut. Teori Mercer meliputi tiga ruang lingkup yaitu mikrosistem, mesosistem, dan makrosistem (Tomey & Alligood, 2006). Model *Maternal Role Attainment* digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.5 Model *Maternal Role Attainment* oleh Ramona T. Mercer

Tiga ruang lingkup teori dan model *Maternal Role Attainment* oleh Mercer adalah mikrosistem, mesosistem, dan makrosistem (Tomey & Alligood, 2006) antara lain:

a. Mikrosistem

Mikrosistem merupakan lingkungan yang paling dekat dalam proses pencapaian peran maternal, termasuk di dalamnya adalah fungsi keluarga, hubungan ibu-ayah, dukungan sosial, status ekonomi, nilai dan kepercayaan dalam keluarga serta sumber stressor yang dipandang melekat dalam sistem keluarga. Variabel-variabel tersebut saling berinteraksi satu sama lain dan memberikan pengaruh dalam transisi menjadi *motherhood*.

b. Mesosistem

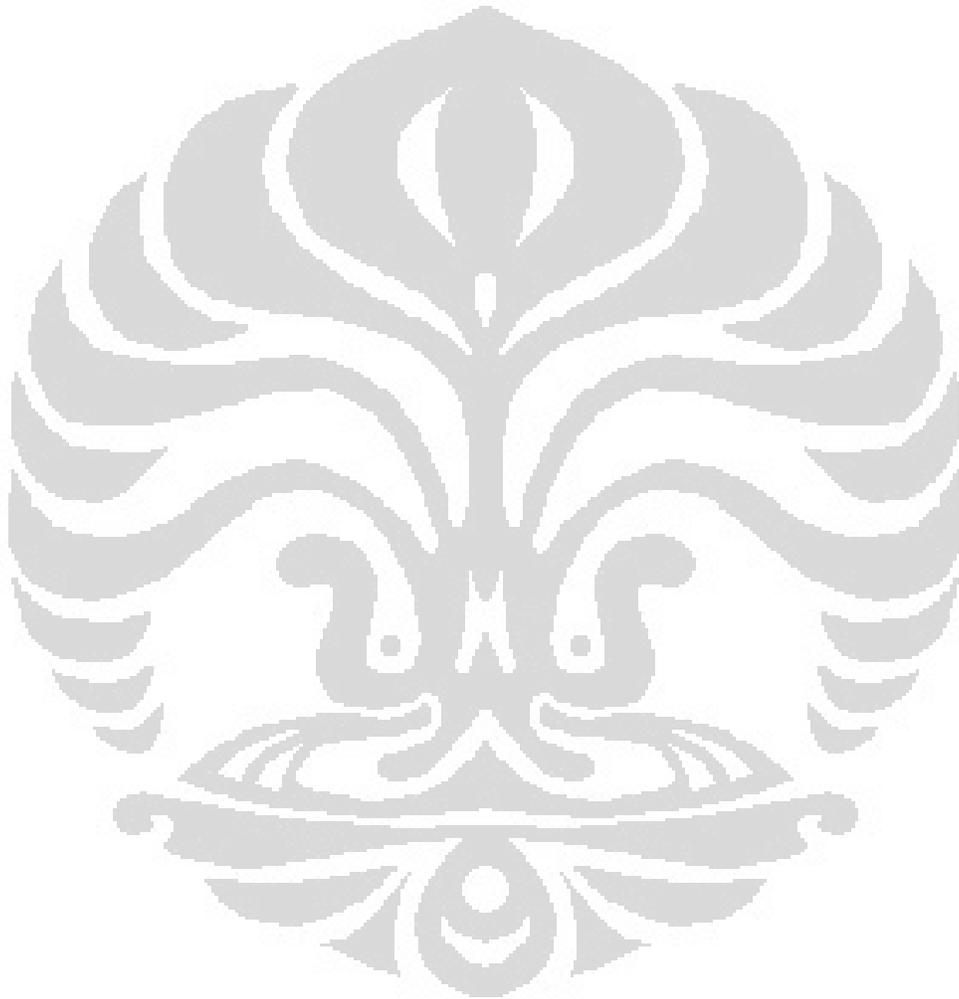
Mesosistem meliputi pengaruh interaksi antara individu di dalam mikrosistem. Interaksi mesosistem dapat mempengaruhi perkembangan dari masa bayi menuju masa anak. Termasuk di dalamnya adalah perawatan sehari-hari, sekolah, tempat kerja, tempat beribadah, yang ada di dalam komunitas (Tomey & Alligood, 2006).

c. Makrosistem

Makrosistem mengacu pada model asli yang umumnya dari budaya atau transmisi budaya, termasuk di dalamnya sosial, politik, pengaruh budaya antar dua sistem. Lingkungan pelayanan kesehatan dan kebijakan sistem pelayanan saat ini berdampak pada pencapaian peran maternal.

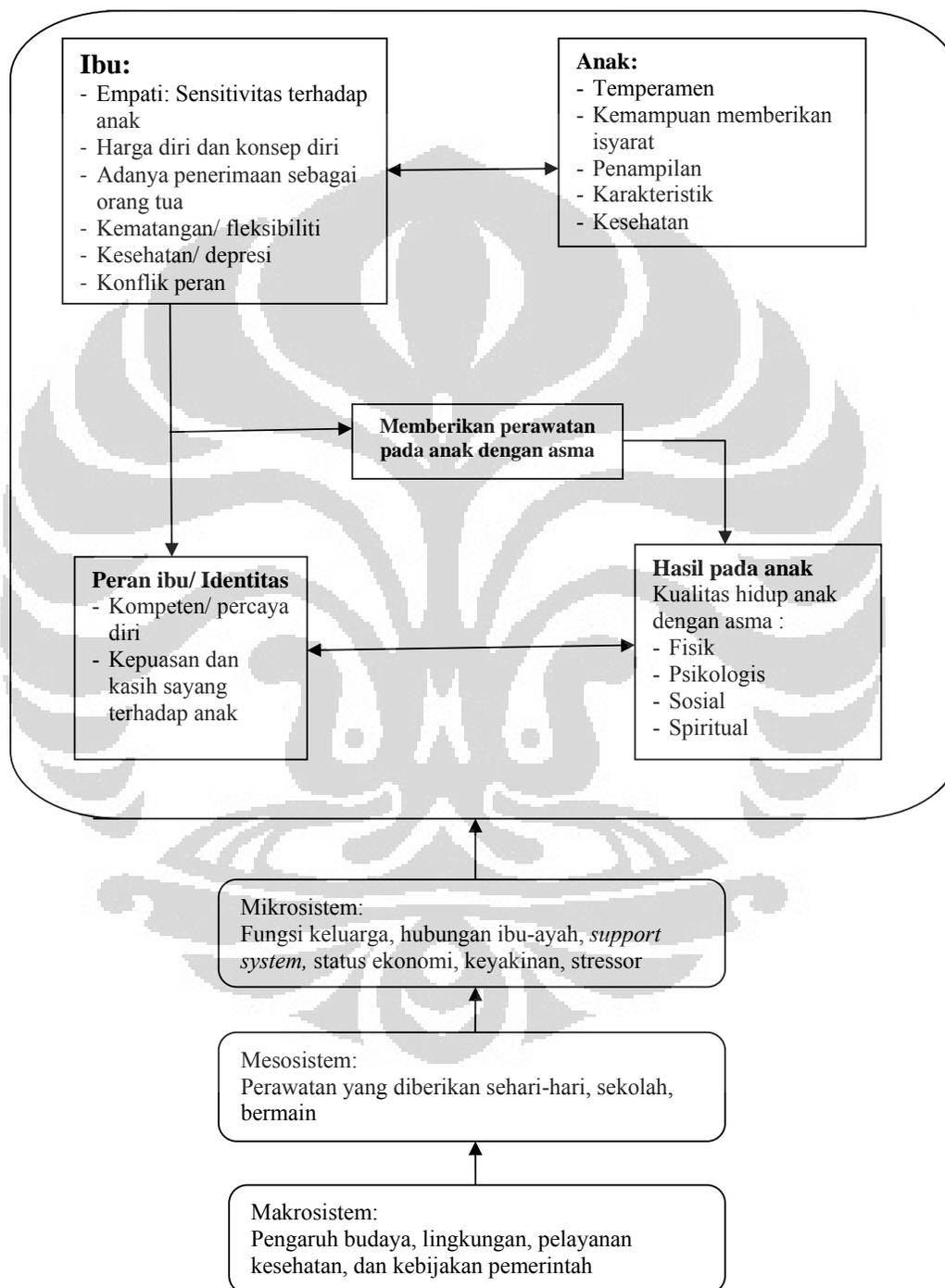
Ibu adalah orang yang sangat berperan dalam kehidupan anak. Anak dengan berbagai karakteristik, konsep diri, dan temperamen yang dimilikinya mempengaruhi kematangan dan penerimaan ibu terhadap perannya. Banyak faktor yang mempengaruhi pencapaian peran ibu, selain faktor dari ibu sendiri yaitu karakteristik ibu, pengalaman, dan konsep dirinya. Pencapaian peran ibu juga dipengaruhi oleh faktor lainnya seperti: mikrosistem yaitu fungsi keluarga, hubungan ibu-ayah, dukungan sosial, status ekonomi, stressor, nilai, dan kepercayaan. Faktor mesosistem yaitu pengaruh interaksi individu dengan mikrosistem yaitu pekerjaan, sekolah, dan perawatan yang diberikan sehari-hari sehingga membantu tahap tumbuh kembang anak. Faktor lainnya makrosistem yaitu pengaruh budaya, kebijakan, dan pelayanan kesehatan.

Pencapaian peran ibu terlihat dari kemampuan dan rasa percaya diri ibu dalam merawat anak penderita asma dengan perhatian dan kasih sayang. Ibu memberikan perawatan pada anak penderita asma agar anak dapat beradaptasi dengan masalah kesehatannya dan dapat meningkatkan kualitas hidup anak yang meliputi aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.

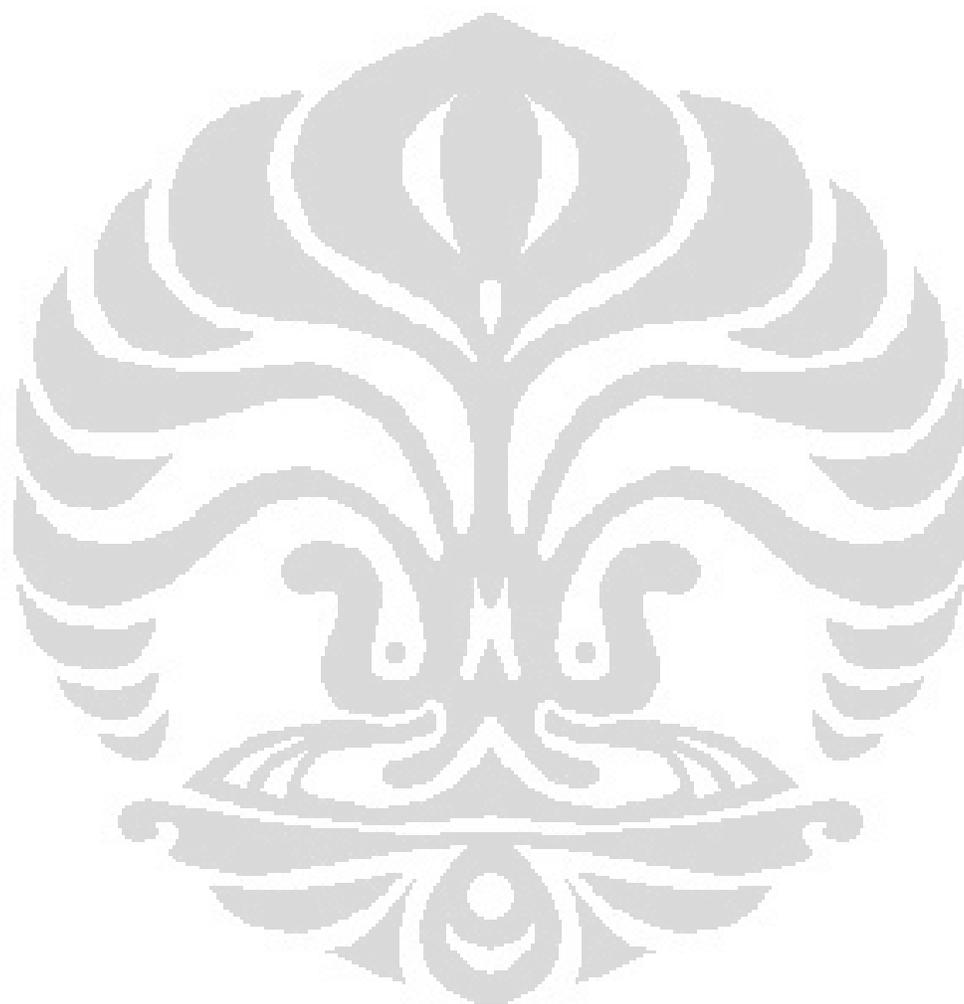


2.6 Aplikasi teori Ramona T. Mercer

Pencapaian peran ibu dengan anak penderita asma digambarkan dalam kerangka teori berikut ini berdasarkan Model *Maternal Role Attainment* oleh Ramona T. Mercer:



Sumber: Model *Maternal Role Attainment* oleh Ramona T. Mercer; Tomey dan Alligood, 2006



BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan aplikasi rencana penelitian kualitatif dalam metode yang terdiri dari desain penelitian, pemilihan sampel penelitian, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, analisis data, dan keabsahan data.

3.1 Desain penelitian

Penelitian tentang asma pada anak cukup banyak dikembangkan, namun belum menggambarkan peran ibu dalam merawat anak yang menderita asma secara lebih mendalam. Penelitian tentang asma yang sudah dilakukan saat ini lebih banyak membahas faktor risiko, kualitas hidup anak dengan asma, dan peran edukasi pada orang tua dengan anak yang menderita asma. Penelitian yang menggambarkan pengalaman ibu merawat anak dengan asma bertujuan untuk menggali makna pengalaman ibu yang berfokus pada peran, fungsi, dan koping ibu dalam merawat serta bagaimana ibu memberikan dukungan psikologis pada anak agar dapat beradaptasi dengan masalah kualitas hidupnya.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang menggunakan latar alamiah, bertujuan untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami subyek penelitian seperti perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain sebagainya secara holistik, dengan melibatkan metode yang ada serta menuangkannya dalam bentuk deskripsi kata dan bahasa (Denzin & Lincoln, 1987 dalam Moleong, 2006). Pendekatan kualitatif mengeksplorasi pandangan-pandangan dasar seperti realita sosial yaitu subyektivitas individu dan interpretasinya, bagaimana manusia menjelaskan rangkaian makna kehidupannya, dasarnya adalah gambaran seseorang menjalankan kehidupan sehari-hari, dan adanya tujuan untuk memahami kehidupan sosial seseorang (Sarantakos, 1993 dalam Poerwandari, 2005). Penelitian dengan pendekatan kualitatif sering digunakan dalam bidang keperawatan untuk melihat fenomena ataupun deskripsi pengalaman pasien, hubungan profesional perawat-klien, dan pengembangan teori keperawatan. Penelitian kualitatif menjadikan pengalaman

subyektivitas dan interpretasinya sebagai dasar pengembangan ilmu keperawatan (Carper, 1978; Mitchel, 2001 dalam Speziale & Carpenter, 2003).

Fenomenologi merupakan pengalaman subyektif yang menggambarkan kesadaran dan perspektif seseorang. Fenomenologi adalah pandangan berfikir yang berfokus pada pengalaman-pengalaman subyektif manusia dan apa yang mempengaruhi pandangan seseorang serta bagaimana ia menjalaninya. Dalam pandangan fenomenologis peristiwa yang terjadi berkaitan dengan obyek yang ada disekitarnya, dan peneliti berupaya memahami dan mengembangkan setiap pengalaman subyektif seseorang berdasarkan kejadian sehari-harinya (Moleong, 2006).

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif fenomenologi yang bertujuan untuk melihat gambaran subyektivitas pengalaman seorang ibu berdasarkan pandangan, interaksi, dan bagaimana seorang ibu memahami pandangan mereka terhadap masalah yang ditemukan selama merawat anak penderita asma, serta bagaimana ibu melakukan pendekatan dengan obyek masalah dan mengatasinya. Ibu dengan karakteristiknya akan menilai pandangannya sebagai pendekatan peran dan fungsinya sebagai orang tua dan ibu yang selalu merawat anak dalam berbagai keterbatasan. Pada penelitian ini peneliti menggali gambaran pengalaman ibu dalam merawat anak penderita asma dengan masalah kualitas hidup.

Pendekatan fenomenologi yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif fenomenologi. Deskriptif fenomenologi melibatkan eksplorasi pengalaman individu secara langsung, analisis, dan deskripsi fenomena tertentu tanpa batasan dengan tujuan mempresentasikan aspek intuitif dengan maksimal. Fenomenologi deskriptif menstimulasi persepsi kita tentang pengalaman hidup dan memfokuskannya sebagai pengalaman yang mendalam (Spiegelberg, 1975 dalam Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti secara langsung mengeksplorasi pengalaman partisipan berdasarkan fenomena yang dialaminya. Partisipan menggambarkan pengalamannya ketika pertama kali anak mendapat serangan asma, masalah kualitas hidup anak, peran dan tanggung jawab ibu, masalah yang dihadapi ibu, serta bagaimana upaya-upaya

yang dilakukan untuk kesembuhan anak, masalah dan dukungan yang didapatkan, serta gambaran pelayanan kesehatan yang didapatkan.

Polit dan Beck (2008) mengidentifikasikan fenomena deskriptif dalam empat langkah antara lain: *bracketing*, *intuiting*, *analyzing*, dan *describing*. Langkah pertama: *bracketing*, merupakan proses mengidentifikasi dan mempertahankan keyakinan tentang fenomena yang akan diteliti. *Bracketing* merupakan proses dimana peneliti berfokus pada data yang akan diteliti berdasarkan fenomena (Polit & Beck, 2008). Peneliti melakukan *bracketing* dengan cara menyimpan untuk sementara pengetahuan, teori, dan asumsinya tentang fenomena yang diteliti ketika partisipan mendeskripsikan pengalamannya secara subyektif, pada saat analisis data peneliti mendengarkan pengalaman partisipan, kemudian mempelajari dan menelaah data yang telah ditranskrip berulang-ulang.

Langkah kedua: *intuiting*, merupakan proses identifikasi fenomena yang akan diteliti melalui tahap investigasi dan analisis pernyataan partisipan (Speziale & Carpenter, 2003). Pada tahap *intuiting* ini peneliti sebagai alat pengumpulan data dalam proses wawancara, fokus peneliti adalah mengumpulkan data sesuai deskripsi pengalaman partisipan. Selama tahap pengumpulan data peneliti menghindari kritik, evaluasi, dan menyampaikan pendapat, sehingga partisipan dapat menggambarkan pengalaman hidup berdasarkan pendapatnya sendiri.

Langkah ketiga *analyzing*, merupakan proses mengidentifikasi esensi dari fenomena yang diteliti dan bagaimana data ditampilkan berdasarkan pernyataan partisipan melalui wawancara mendalam. Data yang ada saling dihubungkan dan dikaitkan dengan fenomena, selanjutnya dilakukan analisis data. Data yang dianalisis akan menggambarkan fenomena secara akurat (Spiegelberg, 1975 dalam Speziale & Carpenter, 2003). Pada tahap analisis ini peneliti mengeksplorasi semua informasi pengalaman partisipan dan menghubungkannya dengan fenomena yang akan diteliti. Selanjutnya peneliti mengidentifikasi tema-tema terkait gambaran pengalaman partisipan dalam merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup berdasarkan data yang diperoleh dari transkrip wawancara bersama partisipan untuk menjamin keakuratan hasil penelitian.

Langkah keempat adalah *phenomenological describing*, adalah proses ketika peneliti mengkomunikasikan hasil wawancara dengan partisipan, dan menuliskannya dalam bentuk narasi (Spiegelberg, 1975 dalam Speziale & Carpenter, 2003). Pada tahap ini peneliti melakukan klasifikasi dan pengelompokan data seluruh elemen kritikal hasil wawancara sesuai dengan pengalaman dan makna hidup yang dirasakan partisipan sesuai dengan fenomena. Peneliti menanyakan dan melakukan konfirmasi kembali kepada partisipan terkait deskripsi pengalaman partisipan dalam merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup.

3.2 Partisipan

Penelitian kualitatif menggunakan istilah sampel sebagai partisipan, subyek, ataupun informan (Sugiyono, 2011). Menurut Sarantakos (1993 dalam Poerwandari, 2005) penentuan besar sampel pada penelitian kualitatif berdasarkan kasus-kasus tipikal yang diangkat dan sesuai kekhususan masalah penelitian. Besarnya sampel tidak ditentukan secara tegas diawal penelitian, namun dapat berubah jumlahnya sesuai pemahaman konseptual yang berkembang selama proses penelitian, serta diarahkan pada kesesuaian konteks. Besarnya jumlah sampel pada penelitian kualitatif lebih menekankan pada titik jenuh, sehingga dapat meningkatkan akurasi dan validitas penelitian. Pedoman pengambilan jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif disesuaikan dengan masalah dan tujuan penelitian (Patton, 1990 dalam Poerwandari, 2005). Penelitian kualitatif berfokus pada proses, sehingga sering menggunakan partisipan dalam jumlah sedikit, bahkan jumlah partisipan hanya tunggal sesuai dengan konteks dan tujuan dalam penelitian (Poerwandari, 2005). Dalam studi fenomenologi pengambilan subyek dalam jumlah kecil, bisa 10 partisipan atau lebih sedikit (Polit & Beck, 2008). Jumlah partisipan dalam penelitian semakin berkembang sesuai dengan makin terarahnya fokus penelitian yang sedang berlangsung (Lincoln & Guba dalam Sugiyono, 2011). Prinsip *sampling* dalam penelitian kualitatif adalah saturasi, yaitu hasil informasi dan konfirmasi dari partisipan sama dan tidak diperoleh data lain lagi (Morse, 1994 dalam Speziale & Carpenter, 2003).

Banyaknya partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini sebanyak 7 orang, karena saturasi data diperoleh pada subyek ke-7. Penelitian tentang pengalaman ibu merawat anak yang menderita penyakit kronis (asma) mendapatkan saturasi pengumpulan data pada partisipan ke enam (Getch, Jones, Pritchett, & Chapmen, 2007). Sedangkan berdasarkan penelitian kualitatif sebelumnya mengenai pengalaman ibu merawat anak usia sekolah dengan asma untuk beradaptasi dengan aktivitas sekolahnya di Taiwan, saturasi data didapat pada subyek ke-15 (Cheng, Chen, Liou, Wang, & Mu, 2010).

Pemilihan partisipan pada penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *purposeful sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan bahwa partisipan memahami fenomena yang akan diteliti sehingga dapat memberikan pandangan tersendiri tentang pengalaman hidupnya melalui proses wawancara mendalam. Pengambilan sampel dengan metode *purposive sampling* melalui investigasi dan berdasarkan kriteria dan tujuan penelitian (Speziale & Carpenter, 2003).

Partisipan yang menjadi sasaran dalam penelitian ini adalah ibu dengan anak yang menderita asma dan mengalami masalah kualitas hidup di rumah sakit yang ada di Jambi. Kriteria partisipan dalam penelitian ini adalah ibu dengan anak yang menderita asma dan mengalami masalah kualitas hidup. Penentuan masalah kualitas hidup pada anak berdasarkan adanya masalah kualitas hidup anak yang diperoleh melalui pengisian kuesioner asma pada pediatrik. Kuesioner ini diberikan pada ibu dengan bimbingan pengisian oleh peneliti. Pengisian kuesioner kualitas hidup pada anak penderita asma dilakukan sebelum penetapan partisipan. Hasil kuesioner yang menyatakan anak mengalami masalah kualitas hidup menjadi dasar menetapkan ibu menjadi partisipan atas persetujuan ibu untuk berperan serta. Kriteria inklusi berikutnya ibu bersedia dilakukan wawancara mendalam untuk mengeksplorasi pengalamannya dan ibu mampu menceritakan dengan baik pengalamannya.

3.3 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai dengan Juni 2012. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Raden Mattaher Provinsi Jambi karena dari studi awal diketahui angka kejadian asma pada anak di unit rawat jalan Rumah Sakit tersebut mengalami peningkatan sebesar 15,77% pada tahun 2011, dan asma pada anak termasuk dalam 10 kasus terbanyak pada tahun 2009.

3.4 Etika penelitian

Prinsip dan pertimbangan etik merupakan standar yang harus diterapkan untuk mencegah dan mengatasi masalah etik dalam suatu penelitian. Masalah etik sering terjadi dalam penelitian di bidang keperawatan, dimana pelanggaran etik terjadi ketika hak partisipan dan manfaat penelitian tidak diperhatikan. Pelanggaran etik dalam penelitian menimbulkan dilema dan konflik antara peneliti dan partisipan (Polit & Beck, 2008). Pertimbangan dan penerapan prinsip etik dalam penelitian sangat penting dilakukan mengingat dampak penelitian yang besar pada subyek. Penelitian tidak hanya menguntungkan peneliti, namun juga memberi manfaat pada subyek penelitiannya (Poerwandari, 2005). Ada tiga prinsip primer yang menjadi dasar standar etik dalam penelitian (Polit & Beck, 2008) antara lain: *beneficence*, *respect for human dignity*, dan *justice*.

Prinsip etik *beneficence* merupakan standar etik yang mengutamakan kesejahteraan bagi partisipan. Penelitian bertujuan untuk memberikan manfaat bagi subyek penelitian, dimana penjelasan lengkap tentang manfaat dan tujuan penelitian harus dipaparkan sebelum penelitian dilakukan. Selama penelitian subyek harus merasa nyaman dan bebas dari kerugian fisik, psikologis, sosial, dan *financial (harm and discomfort)*. Peneliti harus meminimalkan dampak yang dapat merugikan subyek dalam penelitian (*nonmaleficence*) (Polit & Beck, 2008).

Peneliti berkewajiban melindungi kesejahteraan peserta jika terjadi masalah etik yang merugikan partisipan dengan cara mengakhiri wawancara atau memberikan tindak lanjut konseling dan arahan (Speziale & Carpenter, 2003; Polit & Beck, 2008). Manfaat dari penelitian diupayakan dengan risiko seminimal mungkin dan tidak menimbulkan dampak negatif pada subyek penelitian.

Peneliti menerapkan prinsip *beneficence* dalam penelitian ini dengan melakukan proses pengambilan data sesuai waktu yang telah disepakati bersama partisipan sebelumnya. Partisipan diberi kebebasan dalam memilih tempat wawancara yang nyaman sesuai keinginan partisipan. Waktu wawancara ditetapkan sesuai dengan kesepakatan dan waktu luang yang dimiliki partisipan yaitu selama 35-50 menit. Peneliti memberikan kebebasan pada partisipan untuk tidak mengungkapkan informasi yang tidak ingin disampaikan, tujuannya agar partisipan merasa nyaman selama proses wawancara.

Prinsip etik *respect for human dignity* meliputi hak otonomi (*autonomy*) seorang partisipan untuk menentukan sikap dan pilihan dalam menyampaikan pendapat dan partisipasinya dalam penelitian. Peneliti meminta kesediaan partisipan untuk ikut serta dalam penelitian dan mau mengungkapkan seluruh fenomena yang dialaminya tanpa ada paksaan. Partisipan mempunyai hak untuk menolak ikut serta dalam penelitian, selama proses menetapkan partisipan ada dua orang partisipan yang menolak untuk ikut serta dalam penelitian ini. Persetujuan keterlibatan partisipan dalam penelitian ini dinyatakan secara lisan dan dalam *informed consent* yaitu lembar yang memuat penjelasan singkat proses pelaksanaan penelitian, lamanya, keterlibatan partisipan, dan hak partisipan dalam penelitian. Pada awal kontrak dengan partisipan peneliti memberikan *informed consent* yang menjelaskan secara singkat tentang tujuan, prosedur, hak partisipan, dan lamanya keterlibatan partisipan dalam penelitian. Subyek penelitian menyatakan persetujuannya untuk terlibat dalam penelitian setelah mendapatkan informasi yang lengkap dan jelas tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Dalam penelitian ini semua partisipan diminta menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) jika telah memahami tujuan penelitian dan bersedia menjadi partisipan.

Prinsip etik selanjutnya adalah *justice*, dalam prinsip ini semua partisipan diperlakukan sama, tanpa membedakan satu dengan yang lainnya. Peneliti menjamin kerahasiaan data atau informasi yang disampaikan (*confidentiality*) partisipan dan menjaga kerahasiaan identitas (*anonymity*) partisipan (Speziale & Carpenter, 2003; Polit & Beck, 2008). Penelitian ini menjaga kerahasiaan identitas partisipan dengan cara mengganti identitas partisipan dengan memberi kode P1

untuk partisipan satu, dan P2 untuk partisipan dua dan seterusnya pada laporan penelitian. Peneliti meyakinkan partisipan bahwa data dan informasi ini tidak akan dipublikasikan. Peneliti menyimpan identitas asli partisipan dalam lemari tertutup, dan menggantinya dalam bentuk transkrip yang telah menghilangkan identitas partisipan, sehingga data yang disajikan tetap akurat tanpa harus merugikan partisipan dalam penelitian ini. Peneliti menjelaskan pada partisipan proses pelaksanaan penelitian serta kapan data dibutuhkan, dan data tidak dipergunakan untuk hal lain diluar penelitian.

3.5 Prosedur pengumpulan data

Menurut Moleong (2006) tahapan pengumpulan data terdiri dari tahap pra-lapangan, tahap pekerjaan lapangan, dan tahap analisis data. Pada tahap pra-lapangan dilakukan pemilihan lapangan penelitian berdasarkan rumusan masalah penelitian. Penjajakan dalam pemilihan lapangan penelitian dilakukan untuk menentukan kesesuaian dengan kenyataan dilapangan seperti waktu, biaya, dan tenaga yang diperlukan.

Tahap selanjutnya peneliti mengurus perizinan, perizinan diberikan oleh pemegang wewenang. Perizinan melakukan penelitian diberikan kepada mahasiswa oleh komite etik keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia berdasarkan berbagai pertimbangan etik. Perizinan untuk melakukan penelitian dilapangan diberikan oleh Direktur dan komite etik Rumah Sakit Umum Raden Mattaher Jambi. Sebelum memilih dan menetapkan partisipan peneliti telah mendapat izin secara lisan dan tertulis dari Kepala Unit Poliklinik anak di Rumah Sakit Umum Raden Mattaher Jambi untuk memilih partisipan berdasarkan kriteria. Selain mendapatkan izin secara tertulis, peneliti mempersiapkan persyaratan lain yang diperlukan seperti identitas diri, perlengkapan penelitian, dan persiapan diri sebelum memasuki tahap pekerjaan lapangan. melakukan *screening* untuk menetapkan ibu sebagai partisipan dengan memberikan ibu kuesioner yang memuat pertanyaan terkait kualitas hidup anak penderita asma.

Kuesioner yang digunakan untuk melihat gambaran umum masalah kualitas hidup anak penderita asma adalah kuesioner PedsQL. Kuesioner terdiri atas 15 item

pertanyaan, masing-masing keadaan fisik (empat pertanyaan), emosi dan sosial (enam pertanyaan), dan gejala asma (lima pertanyaan). Penilaian dengan memberi nilai 0-4 (0: tidak pernah ada masalah; 1: hampir tidak pernah ada masalah; 2: kadang-kadang ada masalah; 3: sering ada masalah; 4: selalu ada masalah). Jawaban dikonversikan dalam skala 0-100. Jumlah total nilai dibagi jumlah pertanyaan yang dijawab. Skor total merupakan nilai kualitas hidup anak, jika berada pada rentang nilai $81,38 \pm 15,9$ maka anak mengalami masalah kualitas hidup. Selanjutnya jika anak mengalami masalah kualitas hidup, maka ibu diminta kesediaannya untuk menjadi partisipan dalam penelitian setelah peneliti menjelaskan tujuan penelitian.

Dalam tahap pekerjaan lapangan peneliti mempersiapkan diri dan mempersiapkan latar penelitian yang akan dilaksanakan. Pengaturan tempat wawancara perlu diperhatikan agar tempat wawancara nyaman dan wawancara berlangsung tanpa adanya gangguan (Basrowi & Suwandi, 2008). Tempat penelitian disesuaikan dengan tujuan penelitian. Peneliti memilih tempat tertutup agar dapat melakukan wawancara secara mendalam. Untuk pengumpulan data mendalam diperlukan tempat tertutup agar makna dan respon subyek dapat lebih dieksplorasi (Moleong, 2006).

Tempat penelitian ditentukan berdasarkan data yang mendukung fenomena dan kesepakatan antara peneliti dan partisipan yang telah ditetapkan. Selanjutnya tahap memasuki lapangan, pada tahap ini peneliti membina hubungan saling percaya dengan partisipan agar terbentuk hubungan yang akrab dan terbina *rapport* yaitu adanya hubungan saling percaya hingga tidak ada dinding pemisah antara peneliti dan partisipan. Peneliti dan partisipan membuat kontrak tempat wawancara setelah ibu menyetujui partisipasinya dalam penelitian. Dari semua ibu di poliklinik yang memenuhi kriteria untuk menjadi partisipan menyepakati untuk dilakukan wawancara di rumah, dan menetapkan waktu wawancara sesuai dengan waktu luang yang mereka miliki, ada yang menetapkan kontrak waktu jam 1 siang, namun rata-rata menyepakati wawancara dilakukan pada sore hari.

Pada penelitian kualitatif pengumpulan data dilakukan pada *natural setting* (kondisi yang alamiah) dan wawancara mendalam (*in depth interview*) (Creswell, 2010).

Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan catatan lapangan. Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini adalah wawancara tidak terstruktur. Wawancara tidak berstruktur atau wawancara terbuka bertujuan untuk mendapatkan informasi awal dan informasi yang lebih mendalam tentang subyek yang diteliti. Pada wawancara terbuka ini peneliti lebih banyak mendengarkan apa yang diceritakan oleh partisipan, berdasarkan analisis setiap jawaban peneliti mengajukan pertanyaan berikutnya hingga mendapatkan informasi lengkap terkait pertanyaan.

Wawancara dilakukan secara *face to face* dengan melakukan orientasi sebelumnya terhadap situasi dan kondisi yang dihadapi partisipan karena akan mempengaruhi validitas data jika kondisi subyek tidak memungkinkan untuk dilakukan wawancara. Sebelum kegiatan wawancara dilakukan pewawancara meminta waktu terlebih dahulu pada partisipan, dan menentukan kapan serta dimana wawancara dapat dilakukan. Lamanya wawancara berdasarkan kesepakatan antara peneliti dan partisipan sebelumnya, dan waktu yang dibutuhkan untuk satu kali wawancara ini adalah 40-50 menit. Waktu yang diperlukan untuk wawancara sebaiknya tidak lebih dari 1 jam (Field & Morse, 1985; Holloway & Wheeler, 1996 dalam Rachmawati, 2007). Sedangkan jumlah pertemuan sesuai kontrak dengan partisipan dan kebutuhan informasi data sesuai tujuan penelitian. Rata-rata pertemuan dengan partisipan sebanyak tiga kali pertemuan, yang pertama *screening* dan menetapkan serta menjelaskan tujuan penelitian, pertemuan kedua proses wawancara, pertemuan ketiga menambahkan informasi tambahan dan validasi data.

Patton (1980 dalam Moleong, 2006) menjelaskan enam jenis pertanyaan yang diajukan pewawancara pada orang yang diwawancara, dalam hal ini subyek (1) Pertanyaan yang berkaitan dengan pengalaman atau perilaku, pertanyaan yang disampaikan pada ibu, “Bagaimana pengalaman ibu” atau “Coba ibu ceritakan pengalaman tentang...”, (2) Pertanyaan yang berkaitan dengan pendapat, pertanyaan ini bertujuan untuk melihat proses kognitif dan interpretasi ibu, pertanyaan dapat berupa “Apa yang ibu lakukan...”, Apa pendapat ibu tentang....?”, (3) Pertanyaan yang berkaitan dengan perasaan, “Apakah ibu merasa khawatir...”. (4) Pertanyaan tentang pengetahuan, pertanyaan ini bertujuan untuk

mengetahui pengetahuan yang dimiliki ibu dan pandangan ibu tentang pengetahuan tersebut, pertanyaannya dapat berupa, “ Bagaimana cara ibu mengatasi...”, (5) Pertanyaan berkaitan dengan indera, pertanyaan ini memberikan kesempatan pada pewawancara untuk memasuki indera responden, “Apa yang ibu tanyakan ketika bertemu dengan konselor?”, (6) Pertanyaan yang berkaitan dengan latar belakang, pertanyaan baku dapat berupa pekerjaan, pendidikan ibu, dan lain sebagainya.

Setelah memperkenalkan diri, menjelaskan maksud, etika, dan tujuan penelitian peneliti melakukan wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara dan alat perekam suara. Peneliti meminta izin terlebih dahulu pada partisipan untuk menggunakan alat perekam selama wawancara. Selama melakukan wawancara peneliti senantiasa memperhatikan strategi dalam mewawancarai. Peneliti mendengarkan dan memperhatikan gambaran yang diberikan partisipan terkait pertanyaan yang diajukan selama wawancara dengan menunjukkan respon nonverbal yang tepat. Selama wawancara peneliti mengajukan pertanyaan pendalaman dengan menggunakan teknik mencari kronologi, seperti...lalu selanjutnya?, teknik klarifikasi seperti.....tadi ibu mengatakan..., dan teknik mencari penjelasan seperti...mengapa?.

Setelah wawancara selesai dilakukan peneliti mengakhiri wawancara dengan menggunakan terminologi yang tepat dan membuat kontrak selanjutnya jika ada informasi yang perlu ditambahkan atau ada hasil wawancara yang memerlukan klarifikasi lanjut, dan peneliti membuat catatan lapangan secara lengkap. Catatan lapangan merupakan metode pengumpulan data yang digunakan peneliti untuk mendeskripsikan apa yang diamati selama penelitian berlangsung. Catatan lapangan berisi tentang deskripsi konteks yang diamati, karakteristik orang yang diamati, deskripsi siapa yang melakukan observasi, deskripsi mengenai perilaku orang yang diamati, dan ditambah interpretasi sementara peneliti tentang apa yang diamati. Informasi dan keterangan waktu pada catatan lapangan ditulis secara lengkap (Poerwandari, 2005; Moleong, 2006).

Dalam penelitian kualitatif analisis data awal dapat dilakukan di lapangan sebelum proses analisis tema dilakukan pada tahap selanjutnya. Analisis data dilakukan

berdasarkan hasil pengamatan secara keseluruhan. Analisis data lapangan dilakukan dengan cara mencatat dan melengkapi hasil wawancara dan catatan lapangan, kemudian memberikan kode pada data dan menganalisis kesamaan data dengan konsep dan fenomena dalam penelitian (Moleong, 2006).

3.6 Alat bantu pengumpulan data

Pada penelitian kualitatif yang menjadi instrumen dalam penelitian adalah peneliti sendiri, dimana peneliti merupakan alat pengumpul data yang akan menggali informasi lebih dalam pada partisipan (Moleong, 2006). Metode pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam dan observasi dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, catatan lapangan, serta alat perekam suara.

Peneliti sebagai instrumen melakukan uji coba wawancara dengan cara melakukan latihan wawancara dan juga sekaligus uji coba membuat field notes dengan 2 partisipan uji coba sebelum melakukan wawancara penelitian pada partisipan di Rumah Sakit Umum Raden Mattaher Jambi. Peneliti mampu melakukan wawancara karena pada saat uji coba peneliti dapat berkomunikasi dengan baik dan mampu menggali pengalaman partisipan sesuai dengan tujuan penelitian. Uji coba juga dilakukan pada alat perekam suara yang digunakan selama wawancara berlangsung.

Tujuan uji coba wawancara ini bertujuan untuk melihat pemahaman partisipan pada pertanyaan yang diajukan. Segera setelah dilakukan wawancara peneliti membuat transkrip berdasarkan data hasil wawancara dengan partisipan. Transkrip hasil uji coba wawancara ini dikonsultasikan dengan pembimbing untuk melihat kemampuan peneliti dalam mengumpulkan data melalui wawancara mendalam dengan alat bantu pedoman wawancara.

Pedoman wawancara digunakan untuk mengingatkan peneliti terkait apa yang akan dibahas dalam wawancara mendalam. Dalam pedoman wawancara diberi daftar *checklist* yang menjelaskan aspek apa saja yang telah atau belum dibahas dalam wawancara. Peneliti mengembangkan 4 pertanyaan dalam pedoman wawancara

dengan bentuk pertanyaan mengenai berbagai aspek kehidupan dan pengalaman ibu. Pedoman wawancara ini meliputi beberapa pertanyaan antara lain bagaimana peran ibu dalam merawat anak penderita asma, hambatan, dan masalah yang ibu hadapi, serta informasi dan pelayanan kesehatan apa yang ibu harapkan dalam merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup.

Alat bantu yang digunakan untuk merekam wawancara antara peneliti dan partisipan adalah MP3 dan perekam *handphone* sebagai *backup* data. Sebelum dipergunakan alat perekam di uji coba dengan memeriksa fungsi alat perekam seperti volume, baterai, dan mempelajari petunjuk penggunaan. Alat perekam diletakkan ditempat yang stabil dan mikrofon diarahkan ke dekat partisipan. Hasil uji coba alat perekam didengar kembali dengan jarak 30-40 cm, suara terdengar jelas dengan volume cukup. Setelah selesai peneliti mendengarkan kembali hasil wawancara dan melakukan pengecekan ulang alat perekam yang telah digunakan.

3.7 Rancangan analisis data

Analisis data merupakan proses yang melibatkan pengumpulan data, interpretasi, dan pelaporan hasil penelitian secara berkelanjutan, serta dapat terjadi secara bersamaan. Peneliti membuat beberapa analisis tentang data yang dikumpulkan, memperdalam pemahaman tentang data tersebut, menyajikan data, dan membuat interpretasi yang lebih luas dari makna tersebut (Creswell, 2010). Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun data hasil penelitian secara sistematis. Sumber data yang dianalisis dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data menjadi kategori, menjabarkan kategori ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilah data, dan membuat kesimpulan sehingga hasil analisis dapat dipahami (Moleong, 2006).

Sebelum dilakukan analisis, data diberi kode untuk mengorganisasi data secara lengkap sehingga data dapat memberikan gambaran mengenai topik penelitian. Pertama peneliti menyusun transkrip verbatim (kata demi kata) dan catatan lapangan dengan rapi, memisahkan kolom bagian kanan transkrip untuk memberi kode dan catatan di samping transkrip tersebut, Kedua peneliti memberikan nomor

pada tiap baris transkrip. Ketiga masing-masing baris diberi kode dan tanggal. Pada analisis awal setelah transkrip selesai dibuat, transkrip tersebut dibaca secara berulang sebelum melakukan koding, setelah memahami kasus dan data yang diperoleh, salah satu kolom kosong digunakan untuk meletakkan kata kunci. Pada lembar terpisah peneliti menyusun tema dari kata kunci yang sudah ada, dan menghubungkan tema-tema tersebut menjadi kategori. Setiap kategori atau subkategori dihubungkan, selanjutnya menyeleksi kategori yang paling mendasar dan secara sistematis menghubungkannya dengan kategori yang lain sehingga menjadi skema atau model hubungan dan divalidasi dalam bentuk deskriptif yang lebih lengkap.

Kegiatan analisis data dimulai dengan mendengar deskripsi verbal partisipan dan diikuti dengan membaca berulang-ulang hasil transkrip verbatim yang telah dibuat. Peneliti mendapatkan gambaran pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup dengan menggunakan metode Collaizi sebagai berikut:

- 1) Mengumpulkan gambaran fenomena pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup. Kegiatan ini dilakukan dengan cara mengumpulkan data melalui wawancara mendalam dan membuat catatan lapangan
- 2) Membaca seluruh deskripsi subyektif dalam bentuk verbatim dan membuat kata kunci dari setiap pernyataan yang menggambarkan fenomena dari pengalamannya
- 3) Mengungkapkan makna dari setiap pernyataan tersebut kedalam kelompok kategori
- 4) Mengorganisasikan kelompok kategori dalam kelompok sub tema dan tema dan membuat tabel kisi-kisi tema yang menggambarkan pengalaman partisipan
- 5) Menuliskan deskripsi mengenai pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup
- 6) Memvalidasi deskripsi mengenai gambaran pengalaman partisipan, dengan meminta mengecek kembali hasil deskripsi yang telah dibuat dalam bentuk verbatim

- 7) Peneliti memasukkan data yang telah divalidasi oleh partisipan untuk mendapatkan gambaran pengalaman partisipan secara utuh dalam bentuk deskripsi lengkap

3.8 Keabsahan penelitian

Menurut Poerwandari (2005) dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen dalam penelitian adalah peneliti sendiri, sehingga untuk mendapatkan data yang akurat peneliti juga harus divalidasi, seberapa jauh peneliti memahami area penelitian, dan bagaimana penguasaannya dilapangan agar dapat menggali data lebih dalam lagi dalam bentuk pertanyaan pendalaman (*probing*). Validasi yang dilakukan terhadap peneliti adalah validasi pemahaman metode, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, dan kesiapan peneliti. Validasi terhadap peneliti dilakukan melalui uji coba pengumpulan data penelitian dengan mewawancarai beberapa subyek sebelum pelaksanaan penelitian dilaksanakan. Peneliti terlibat dalam pengamatan subyek dan pengamatan dilapangan selama proses penelitian. Peneliti menyusun protokol pengamatan yang memuat catatan deskriptif, informasi demografis subyek, penjelasan latar fisik, laporan kejadian khusus, dan mencatat pikiran pribadi terkait fenomena pengalaman ibu.

Kredibilitas (*validitas*) pada penelitian kualitatif penting dilakukan karena menyangkut kualitas penelitian. Kredibilitas dalam penelitian kualitatif merupakan istilah yang menggantikan konsep validitas dalam penelitian kuantitatif. Kredibilitas dalam penelitian kualitatif menggambarkan keberhasilan suatu penelitian mencapai tujuan untuk mengeksplorasi hubungan dan interaksi antara aspek yang diteliti secara kompleksitas (Poerwandari, 2005). Untuk menilai keabsahan hasil penelitian kualitatif Lincoln dan Guba (1994, dalam Speziale & Carpenter, 2003) membagi keabsahan data dalam konstruk validasi internal (*credibility*), kebergantungan (*dependability*), kepastian (*confirmability*) dan validasi eksternal (*transferability*).

Credibility merupakan kegiatan untuk meningkatkan kebenaran dan tingkat kepercayaan hasil penelitian. Pada prinsip *credibility* hasil penelitian menggambarkan situasi yang sebenarnya terjadi dalam penelitian. Peneliti terlibat langsung dalam pengumpulan data dan mengamati situasi serta kondisi partisipan

secara langsung agar dapat mempertahankan dan meningkatkan keyakinan terhadap fenomena yang dialami partisipan berdasarkan konteks penelitian (Lincoln & Guba, 1985 dalam Polit & Beck, 2008). Dalam penelitian ini *credibility* dilakukan dengan cara mengembangkan tema-tema hasil penelitian yang menggambarkan pengalaman partisipan sebenarnya. Peneliti menjamin keterlibatan partisipan selama penelitian mulai dari pengumpulan data sampai dengan analisis. Peneliti melakukan prinsip *credibility* dengan cara mengembalikan transkrip wawancara kepada partisipan untuk bersama-sama memvalidasi hasil verbatim yang telah dibuat. Data penelitian juga dikonsultasikan ke pembimbing untuk melihat kredibilitas hasil penelitian ini. Kredibilitas peneliti juga karena adanya pengalaman peneliti merawat anak penderita asma.

Menurut Polit dan Beck (2008) konstruk *dependability* merupakan konsep stabilitas atau *reliability* dalam penelitian kualitatif. Dalam konstruk ini peneliti memperhitungkan dan menganalisis perubahan yang terjadi pada fenomena yang diteliti. Konstruk ini akan memperlihatkan konsistensi penelitian dari waktu ke waktu dan kondisi yang berbeda. Salah satu teknik untuk mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, yaitu proses menelaah data maupun dokumen penelitian secara menyeluruh oleh penelaah eksternal. Penelaah eksternal dalam penelitian ini adalah para pembimbing penelitian selama melakukan penelitian. Peneliti melibatkan penelaah eksternal, dalam hal ini adalah pembimbing dalam menganalisis hasil data penelitian.

Konstruk *confirmability* merupakan konsep yang diajukan untuk menggantikan konsep tradisional mengenai hubungan subyek-subyek dalam penelitian, dan adanya kesamaan pandangan dan analisis antara peneliti terhadap obyek yang diteliti (Speziale & Carpenter, 2003). Obyektivitas dalam penelitian berdasarkan pandangan partisipan dan kondisi yang mempengaruhinya, data tidak bias, adanya motivasi, dan perspektif dari peneliti sendiri (Polit & Beck, 2008). Penelitian dikatakan obyektif jika hasil penelitian yang akan dilakukan telah disepakati oleh partisipan. *Confirmability* dilakukan dengan cara peneliti menunjukkan seluruh transkrip yang sudah dilengkapi dengan catatan lapangan, pengkategorian tema

awal, dan analisis tema kepada pembimbing penelitian dan partisipan. Pembimbing dan peneliti bersama-sama menentukan analisis tematik hasil penelitian.

Prinsip *transferability* merupakan bentuk validasi eksternal yang berhubungan dengan ketepatan hasil penelitian sehingga hasil penelitian tetap sama dengan situasi yang berbeda. Agar hasil penelitian dapat tetap dipahami walau dengan konteks yang berbeda, maka peneliti harus membuat deskripsi yang lengkap dan sistematis tentang hasil penelitiannya. Suatu penelitian dikatakan memenuhi validasi eksternal jika hasil penelitiannya dapat diterima dan dipahami oleh orang lain (Speziale & Carpenter, 2003). Prinsip *transferability* yang diterapkan dalam penelitian ini dengan cara membandingkan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya atau dengan jurnal terkait fenomena pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup. Peneliti pada prinsip ini membandingkan hasil penelitian dengan penelitian yang dilakukan Getch, Jones, Pritchett dan Chapmen (2007) tentang pengalaman ibu merawat anak penderita asma dan penelitian Akour dan Khader (2008) mengenai kualitas hidup anak penderita asma.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan membahas mengenai hasil penelitian yang telah dilakukan. Penelitian ini menghasilkan 7 tema utama yang memberikan gambaran fenomena pengalaman ibu merawat anak penderita asma. Hasil penelitian ini diuraikan dalam dua bagian yaitu : gambaran karakteristik partisipan dalam penelitian ini dan hasil analisis tematik.

4.1 Karakteristik partisipan

Partisipan yang ikut dalam penelitian ini berjumlah tujuh orang dan telah memenuhi kriteria untuk menjadi partisipan dalam penelitian yaitu ibu dengan anak penderita asma yang berdasarkan skoring kualitas hidup melalui *screening* dengan kuesioner kualitas hidup pada anak penderita asma mengalami masalah kualitas hidup dengan skor kualitas hidupnya berkisar antara 70-90. Rentang usia partisipan antara 28-36 tahun. Latar belakang pendidikan ibu yang menjadi partisipan terdiri dari SMP, SMA, dan DIII. D. Ibu-ibu yang menjadi partisipan memiliki status pekerjaan yang berbeda, satu orang karyawan swasta, satu orang berdagang, satu orang *cleaning service* dan empat lainnya adalah Ibu Rumah Tangga (IRT). Rata-rata partisipan memiliki dua atau tiga orang anak, dan hanya satu dari anak-anaknya yang menderita asma dengan rentang usia antara 5 sampai 9 tahun. Hampir sebagian besar partisipan berasal dari suku Jambi, hanya 1 orang suku Minang. Karakteristik partisipan secara lebih terperinci adalah sebagai berikut:

- 1) Partisipan 1 berumur 32 tahun, pekerjaan *cleaning service*, dengan pendidikan terakhir SMP. Mempunyai satu orang anak (5 tahun) menderita asma sejak usia 2 tahun. Partisipan sudah merawat anak selama 3 tahun. Anak mengalami masalah kualitas hidup dengan *scoring* 85, anak mengalami gangguan aktivitas, gangguan tidur dan tidak masuk sekolah jika terjadi serangan asma. Anak juga tidak bisa bermain dengan teman-temannya jika asmanya kambuh.

- 2) Partisipan 2 berumur 43 tahun , pekerjaan ibu rumah tangga, dengan pendidikan terakhir SMA. Mempunyai tiga orang anak. Anak kedua (9 tahun) menderita asma sejak usia 7 tahun. Partisipan sudah merawat anaknya selama 2 tahun. Anak mengalami masalah kualitas hidup dengan *scoring* 70, anak mengalami kekambuhan asma jika terlalu capek karena aktivitas seperti berlari, pada saat sesak anak tidak masuk sekolah dan tidak bisa tidur.
- 3) Partisipan 3 berumur 29 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SMA. Mempunyai dua orang anak. Anak pertama (7 tahun) menderita asma sejak usia 2 tahun. Partisipan sudah merawat anaknya selama 5 tahun. Anak mengalami masalah kualitas hidup dengan *scoring* 90. Anak sering mengalami kekambuhan asma, sering di rawat karena asma, mengalami keterbatasan aktivitas, dan terganggunya kebutuhan tidur. Anak tidak dapat bermain dengan teman-temannya jika asma kambuh, dan harus membatasi aktivitasnya.
- 4) Partisipan 4 berumur 36 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, dengan pendidikan terakhir SMP. Mempunyai dua orang anak, anak pertama (9 tahun) menderita asma sejak berumur 2 tahun. Partisipan sudah merawat anaknya selama 5 tahun. Anak mengalami masalah kualitas hidup dengan *scoring* 85, anak harus membatasi aktivitasnya karena asma sering kambuh jika banyak bermain, anak harus mengatur jadwal bermain agar tidak kecapean, anak juga harus libur sekolah jika asmanya kambuh, dan tidak dapat tidur.
- 5) Partisipan 5 berumur 34 tahun, pekerjaan ibu rumah tanggda dan berdagang kecil-kecilan di rumah. Pendidikan terakhir SMA. Mempunyai 2 orang anak. Anak pertama (7 tahun) menderita asma sejak usia 1 tahun 6 bulan. Partisipan sudah merawat anaknya selama 5 tahun 6 bulan. Anak mengalami masalah kualitas hidup dengan *scoring* 80, anak mengalami keterbatasan aktivitas bermain dan aktivitas di sekolah. Anak tidak bisa tidur jika asmanya kambuh, dan harus membatasi aktivitas bersama teman-temannya.

- 6) Partisipan 6 berumur 28 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, dengan pendidikan terakhir SMP. Mempunyai 2 orang anak. Anak pertama (9 tahun) menderita asma sejak berumur 1 tahun 8 bulan. Partisipan sudah merawat anaknya selama 7 tahun 4 bulan. Anak mengalami masalah kualitas hidup dengan *scoring* 80. Anak sering mengalami kekambuhan jika mengkonsumsi makanan seperti es dan makanan kemasan, asma juga kambuh jika banyak bermain, kebutuhan tidur anak terganggu dan anak juga harus absen sekolah jika asmanya kambuh.
- 7) Partisipan 7 berumur 36 tahun, pekerjaan karyawan swasta, dengan pendidikan terakhir DIII. Mempunyai 2 orang anak. Anak pertama (7 tahun) menderita asma sejak usia 4 tahun. Partisipan sudah merawat anaknya selama 3 tahun. Anak mengalami masalah kualitas hidup dengan *scoring* 80. Anak sering mengalami kekambuhan asma terutama jika cuaca dingin, aktivitas di rumah dan disekolah terganggu, anak juga tidak bisa tidur karena sesak nafas.

4.2 Analisis Tematik

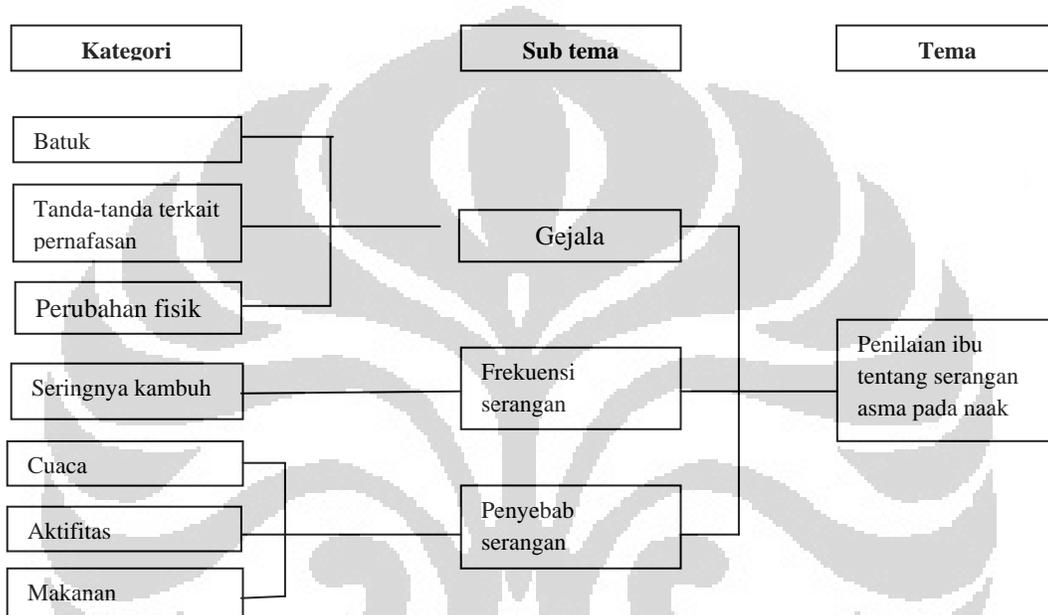
Tema-tema yang teridentifikasi dalam penelitian ini berdasarkan deskripsi pengalaman partisipan dari hasil wawancara dengan menggunakan metode Colaizzi.

Tema-tema yang telah teridentifikasi dalam penelitian ini terdiri dari tujuh tema utama yaitu: 1) penilaian ibu tentang serangan asma pada anak, 2) Penilaian kualitas hidup anak 3) peran dan tanggung jawab ibu selama anak sakit 4) masalah yang dihadapi ibu 5) dukungan sosial 6) peningkatan spiritual 7) Harapan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan.

Tema-tema diatas akan dibahas secara terpisah dan terperinci untuk mengungkap makna dari berbagai pengalaman partisipan. Tema-tema ini akan dibahas secara terpisah, namun tetap berhubungan dan merupakan satu kesatuan yang menggambarkan dan menjelaskan esensi dari pengalaman partisipan dalam merawat anak penderita asma.

4.2.1 Penilaian ibu tentang serangan asma pada anak

Penilaian ibu terhadap serangan asma pada anak merupakan pengalaman ibu tentang gambaran gejala serangan asma pada anak, penyebab kekambuhan, dan perubahan yang terlihat pada anak. Tema penilaian ibu tentang serangan asma pada anak diperoleh dari 7 kategori dan 3 sub tema yang secara skematis dapat digambarkan pada gambar 4.1 berikut ini:



Gambar 4.1 Tema 1: Penilaian ibu tentang serangan asma pada anak

Gejala asma merupakan gejala serangan yang bersifat episodik dan khas, Sub tema gejala asma diperoleh dari ungkapan masing-masing partisipan yang menggambarkan gejala asma pada anak dan terbagi kedalam tiga kategori yaitu batuk, tanda-tanda terkait pernafasan, dan perubahan fisik. Gejala yang diamati ketika anak mendapat serangan asma sesuai dengan pernyataan partisipan antara lain diawali dengan batuk, kadang disertai dengan bertambahnya jumlah sputum, anak terlihat sesak seperti adanya pernyataan ibu tentang kesulitan bernafas, tarikan dinding dada yang kuat, nafas berbunyi (mengi), dan ibu juga melihat adanya perubahan fisik pada anak yang terlihat dari pernyataan partisipan 4 yaitu adanya perubahan bentuk dada anak.

Penilaian ibu tentang serangan asma pada anak terlihat dari pernyataan partisipan berikut ini:

“...kalo lah kambuh asmanyo tu haa payah benafas sampai balu badannyo tu....badan dingin...nafas bebunyi....kayak ngik...ngik...susah kito nengoknyo buk” (P1)

“...sebelum asmanyo kambuh tu mulonyo batuk-batuk dulu, kadang sampe berapo hari...lamo-lamo dak tau jadi sesak...apolagi kalo dahaknyo sudah banyak...” (P2)

“...cubolah ibu tengok bedanyo dio ni dengan anak sebesak dio.....badannyo lebih kecil kurus...dadonyo bentuk itu maju ke muko...”(P4)

Frekuensi serangan merupakan pernyataan partisipan tentang seberapa seringnya anak mengalami kekambuhan asma dalam satu bulannya. Menurut partisipan 1, 4, dan 7 serangan asma pada anak bervariasi mulai dari setiap minggu, dua kali dalam sebulan, atau satu kali sebulan. Pernyataan beberapa partisipan tentang seringnya anak mengalami serangan asma kambuhan sebagai berikut:

“...dulu kambuh tu nak duo kali dalam seminggu, sekarang ni tiap 2 minggu sekali sesak...gek kalo lah anak ado be kambuh lagi...pokoknyo keluar masuk rumah sakit be..” (P1)

“...seringlah kambuh ni buk, setelah sembuh tu 2 minggu lagi nyo lah sesak pulo balek...” (P4)

“...kumatnyo tu mmmmm....kadang sekali dalam sebulan tu...biso duokali, dulu malah setiap minggu kambuhnyo...” (P7)

Munculnya serangan asma terjadi karena adanya beberapa faktor penyebab seperti kelembaban, cuaca, makanan, debu, dan aktivitas. Menurut keseluruhan partisipan penyebab serangan asma pada anak lebih disebabkan karena terlalu letih seperti banyak bermain, kurang istirahat, penyebab lainnya karena udara dingin, dan makanan, menurut partisipan lima anak sering kambuh karena makan makanan

kemasan, es, dan makanan yang manis-manis. Sub tema penyebab serangan diperoleh dari pernyataan partisipan dan terbagi dalam 3 kategori yaitu cuaca, aktivitas, dan makanan. Hal ini terlihat dari beberapa pernyataan partisipan berikut ini:

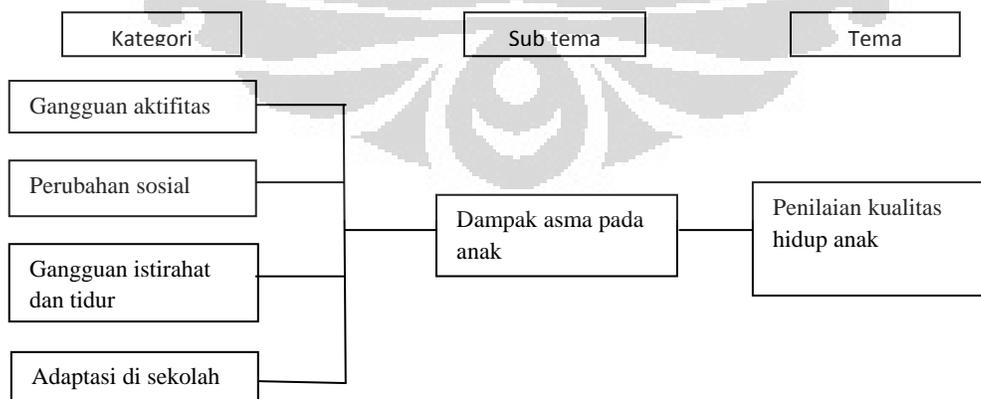
“.....kalo dio ni kambuhnya tu kayaknyo udara dingin...setiap pagi dio ni sesak...kadang malam jugo sesak, kalo sayo tengok dak tahan dinginlah...” (P1)

“.....Biasonyo kalolah istirahatnya kurang...banyak main belari-lari...kecapean....kambuh asmanyo tu.....” (P3)

“.....kambuhlah kalo main dak mau dibilangin...sudah tu kalo lah makan es...coklat-coklat..permen kayak gitu...bungkus-bungkus apo tu...makanan kemasan...” (P5)

4.2.2 Penilaian kualitas hidup anak

Dampak asma pada anak meliputi terjadinya gangguan atau penurunan kualitas hidup anak. Kualitas hidup anak pada penelitian ini terlihat dengan adanya penilaian terhadap domain aktivitas sehari-hari, hubungan personal, dan aktivitas anak lainnya seperti aktivitas dan kehadiran anak di sekolah. Tema penilaian kualitas hidup anak anak diperoleh dari 4 kategori dan 1 sub tema yang secara skematis dapat digambarkan pada gambar 4.2 berikut ini:



Gambar 4.2 Tema 2: Penilaian kualitas hidup anak

Masalah aktivitas yang terjadi pada anak meliputi keterbatasan bermain, partisipan menyatakan anak sering kambuh jika berlari, bermain terlalu capek, dan kurang istirahat seperti pernyataan partisipan berikut:

“.....nah..kalolah kambuh...diam belah tu...dak banyak cakap, kadang tebaring be dak biso nak ngapo-ngapo, nah kalo lah kayak gitu lah tau sayo tu....pastilah sesak...” (P2)

“....kalo lah main lari-lari baleknyo pasti sesak....pokoknyo kalo lah banyak mainnyo malamnyo sesak gek lah baring be di rumah....”(P3)

Perubahan sosial yang terjadi pada anak karena adanya keterbatasan anak dalam bermain sehingga anak menjadi membatasi diri untuk bermain bersama teman-temannya. Partisipan menyatakan anak tidak bisa bermain seperti teman-temannya yang lain seperti pernyataan berikut:

“.....dio nikalo dibilangin kadang maulah tu buk, kalo dak boleh main kato kito kadang nurutlah, cuma kasian dak biso main kayak kawanny...orang main dio cuma diam be di rumah...”(P3)

“....kalo kawan-kawannyo maen kadang dio ni ikutlah tapi kadang kalo lah mulai sesak...nonton be orang main...dak biso nak ikut...”(P2)

Akibat serangan asma anak juga menjadi kurang tidur karena sesak dan batuk yang mengganggu terutama pada malam hari. Partisipan menyatakan anak tidak bisa tidur karena mengalami sesak, anak gelisah ketika tidur, kadang sampai pagi tidak tidur lagi seperti pernyataan partisipan berikut:

“.....sesak macam ini buk, dado tu sampe kayak tetekan...jadi kalolah sesak malam tu sampe dak tiduk, gelisah be tu semalaman...” (P5)

“....kalo malam kambuh dari jam duo tu...gek sampai pagi dak biso tiduk lagi, sesak nafasnyo buk...sudah tu batuk-batuk lagi...”(P2)

Anak penderita asma dengan keterbatasan juga mengalami masalah aktivitas di sekolah yang membutuhkan adaptasi. Anak tidak bisa bermain disekolah, karena kelelahan menjadi penyebab kekambuhan bagi anak. Serangan asma juga

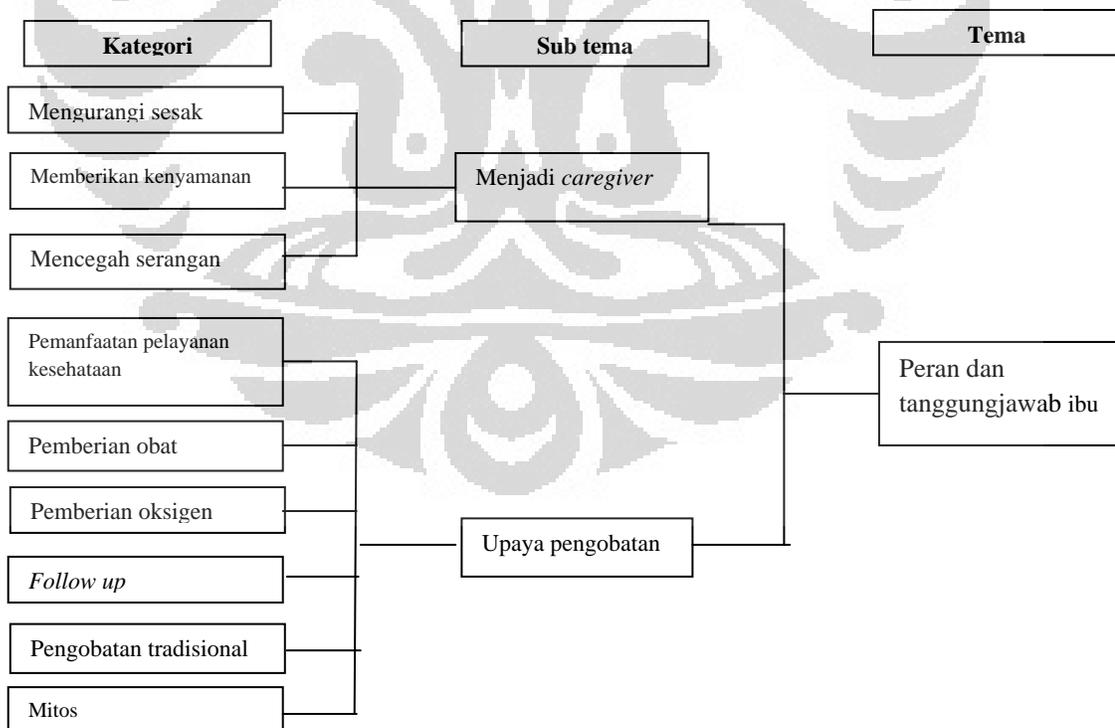
menyebabkan anak tidak bersekolah, menurut partisipan anak bisa sehari-hari bahkan satu minggu tidak masuk sekolah karena serangan asmanya, anak juga menjadi ketinggalan pelajaran, dan sulit mengikuti pelajaran. Pernyataan partisipan tentang dampak asma yang menyebabkan terganggunya kualitas hidup anak antara lain adalah:

“...kalo kambuh asmanyo ni dak sekolah, kadang sampe satu minggu dak sekolah, kayak gitulah terus tuu...masuk...libur....gek libur lagi....”(P1)

“...setiap kambuh asmanyo anak ni jadi dak sekolah...sering nian dak masuk sekolah....takutnyo dak biso ngikuti pelajaran...sudahtu lah ketinggalan pelajaran pulak...”(P4)

4.2.3 Peran dan tanggung jawab ibu selama anak sakit

Tema peran dan tanggung jawab ibu diperoleh dari ungkapan partisipan yang digambarkan dalam 9 kategori dan dua sub tema yang secara skematis digambarkan seperti berikut ini:



Gambar 4.2 Tema 2: Peran dan tanggung jawab ibu

Peran dan tanggung jawab ibu semakin bertambah besar ketika anak sakit dan harus mendapatkan kasih sayang dan perhatian yang lebih besar. Ibu berupaya memberikan upaya terbaik dan tindakan terbaik agar anak terbebas dari masalah asmanya. Partisipan mengungkapkan bahwa ia menjadi *caregiver* yang juga berupaya mengurangi sesak, memberikan kenyamanan, dan mencegah serangan asma pada anak. Ibu menyatakan untuk mengurangi sesak dengan meninggikan bantal, memberikan obat, memberikan kenyamanan dengan memberi pijatan, membaluri anak dengan minyak kayu putih, dan mencegah serangan dengan mengganti kasur kapuk dengan kasur busa, dan menghindari anak dengan faktor pencetus. Peran ibu sebagai *caregiver* terbagi menjadi 3 kategori antara lain mengurangi sesak, memberi kenyamanan, dan mencegah serangan, seperti pernyataan partisipan berikut:

“.....katonyo biak dak kambuh tu ganti kasur kapuk dengan kasur busa....kalo kasur kapukkan dak nyerap...jadi sering buat asmanyo kambuh...”(P3)

“.....Sayo tinggikan bantalnyo kalo tiduk tuu.... beminumkan air hangat...sudah tuu di kipas-kipas badannyo, sayo urutin punggungnyo dengan minyak kayu putih...biak enak badannyo” (P4)

“...kalo kambuh asmanyo .sayo kasih obat be dulu menjelang ke dokter biak bekurang jugo sesaknyo....”(P7)

Untuk mengatasi masalah yang timbul karena serangan asma, ibu selalu berupaya memberikan perawatan terbaik bagi anak-anaknya. Ibu mengupayakan memberikan perawatan sendiri dirumah, mendapatkan pengobatan secara medis, secara tradisional, bahkan mencoba mitos yang ada untuk kesembuhan anaknya. Sub tema upaya pengobatan diperoleh dari 6 kategori yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan, pemberian obat, pemberian oksigen, *follow up*, pengobatan tradisional, dan mitos.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan diungkapkan partisipan dengan membawa anak ke rumah sakit atau puskesmas jika asmanya kambuh, upaya pengobatan medis dengan

memberikan obat pada anak, inhalasi, mendapatkan oksigen di rumah sakit, seperti pernyataan partisipan berikut ini:

“.....kalo lah sesak nian sayo bawak ke dokter, barulah enakan kalo sayo bawa ke rumah sakit atau puskesmas tu...gek sampe disano diasapin.... ” (P1)

“....asmany ni sering datang dak nentu pokoknyo kalo lah sesak tu obatnyo lasal tu lah...” (P6)

“.....kalolah sesak di bawa ke rumah sakit, sudah tu dikasihlah oksigen...kalolah dak ilang jugo sesaknyo yo dirawatlah....” (P7)

Ibu berupaya mencegah serangan asma dengan mengupayakan kontrol ulang yang teratur ke pelayanan kesehatan agar anak selalu mendapatkan obat, dan mengetahui kondisi kesehatan anak seperti pernyataan partisipan 1 dan 3 berikut ini:

“.....Asmany ni sering nian kambuh, jadi dak berhenti makan obat, kalo lah habis obat tu sayo bawa lagi ke poli tu, biak dirumah obatnyo ado terus...” (P1)

“.....pokoknyo kayak gitulah terus...dak pernah mutus obat...kalo habis obat kontrol lagi....kalo dak tu kambuh bengeknyo..”(P3)

Sedangkan untuk pengobatan tradisional ibu menjalankan pengobatan pada anak dengan meminumkan rebusan daun, ekstrak ramuan cina, dan memberikan anak bagian tubuh hewan seperti kalong, burung, unta Ibu juga memberikan anak urine yang berasal dari anak sendiri berdasarkan mitos bahwa ini dapat menyembuhkan asma pada anak. Upaya yang telah dilakukan partisipan untuk kesembuhan dan mengatasi serangan asma pada anak dengan pengobatan tradisional dan mitos terlihat dari beberapa pernyataan berikut ini:

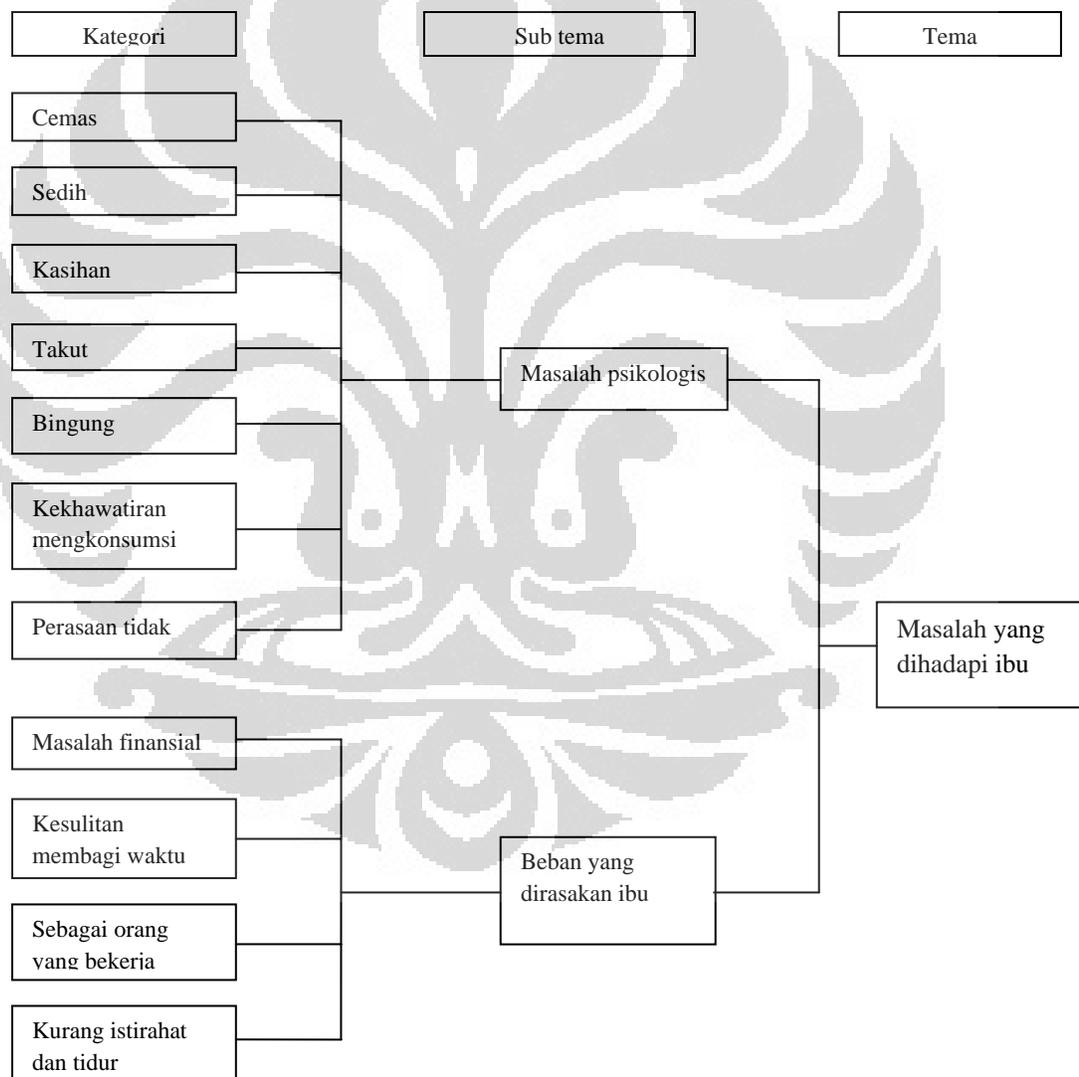
“.....banyak orang bilang cubo kasih hati kalong, yoo sayo cubo makankan hati kalong (kelelawar) ke dio nyo biak sembuh dak.....”(P1)

“.....kadang kalo dak ado obat di rumah....sayo kasih madu untuk ngurangi batuknyo....biak dak sesak...” (P2)

“.....Ado yang ngajarin minum air kencingnyo sesendok-sesendok tiap pagi bu....jadi sayo minumkanlah, tapi lah duo buan ni belum ado perubahan...” (P4)

4.2.4 Masalah yang dihadapi ibu

Perawatan jangka panjang pada anak asma dapat menimbulkan berbagai masalah terutama bagi ibu. Tema masalah yang dihadapi ibu diperoleh dari 11 kategori dan 2 sub tema yang secara skematis digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.3 Tema 3: Masalah yang dihadapi ibu

Pada saat mendampingi anak yang sedang sakit ibu mengalami berbagai masalah, antara lain masalah psikologis. Masalah psikologis yang dialami ibu ketika anak harus berulang kali mengalami kambuhan asma seperti ungkapan partisipan bahwa ia cemas, sedih, kasihan, takut, bingung, kekhawatiran anak mengkonsumsi obat berlebihan, dan perasaan tidak dihargai. Respon psikologis ibu ketika menceritakan pengalamannya saat merawat anak penderita asma terlihat dari beberapa pernyataan partisipan berikut ini:

“...kalo asmanyo sering kambuh kaya gitu yooo.....cemasnyo liat dio tu kalo sesak apo jantungnyo dak rusak...”(P4)

“.....nengok dio kayak gini ni buk....yo sedih jugolah kalo biso jangan sakit kayak gini, biaklah emaknyo be yang sakit..”(P6)

“...kalo lah sudah kambuh tu sampe bingung, panik rasonyo liat anak kayak gitu payah benafasnyo.....” (P6)

“.....pokoknyo dak putus obatlah buk, dari kecil makan obat..makan obat jugolah banyak nian....”(P3)

“.....kadang kalo kito betanyo sering dak di jawab buk...maklumlah kito ni orang susah....kadang dak dihargoi...” (P1)

Sub tema beban yang dirasakan diperoleh dari pernyataan partisipan yang di bagi dalam 4 kategori yaitu perubahan finansial, kesulitan membagi waktu, kurang istirahat dan tidur, serta peran sebagai orang yang bekerja. Perubahan finansial diungkapkan partisipan bahwa seringkali asma kambuh meningkatkan biaya yang dikeluarkan untuk berobat anak, seperti pernyataan dibawah ini:

“ kadang kalo pas lagi kambuh harus dibawa ke rumah sakit, nah duit lagi dak ado...yo terpaksa minjamlah dulu buk....yang penting berobat dululah...” (P1)

“...banyak yang dicemaskan...yo masalah ndak sembuhnyo...masalah biaya kalo harus sering berobat, keluar masuk rumah sakit kan Bu, nak di cari kemano duitnyo....” (P4)

Kesulitan membagi waktu dikatakan partisipan bahwa selain mengurus anak ia juga harus mengurus anggota keluarga lainnya, juga harus mengurus rumah, seperti pernyataan partisipan 5 dan 7 berikut ini:

“nak di bagi-bagi waktu nian apolagi sayo ni jugo be toko jadi sibuk...jadi obat-obat yang adolah yang sayo kasih...”(P5)

“....yoo harus biso nak berejo (bagi waktu) kami ni kerjo dak do yang bantu, jadi padek kito lah (bagaimana kita) ngaturnyo...”(P7)

Partisipan juga mengatakan ikut tidak tidur jika asma anak kambuh, dan partisipan 4 juga mengatakan sebagai orang yang bekerja terkadang harus tidak masuk karena kekambuhan asma yang menyebabkan anak harus dirawat dan diperhatikan. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut:

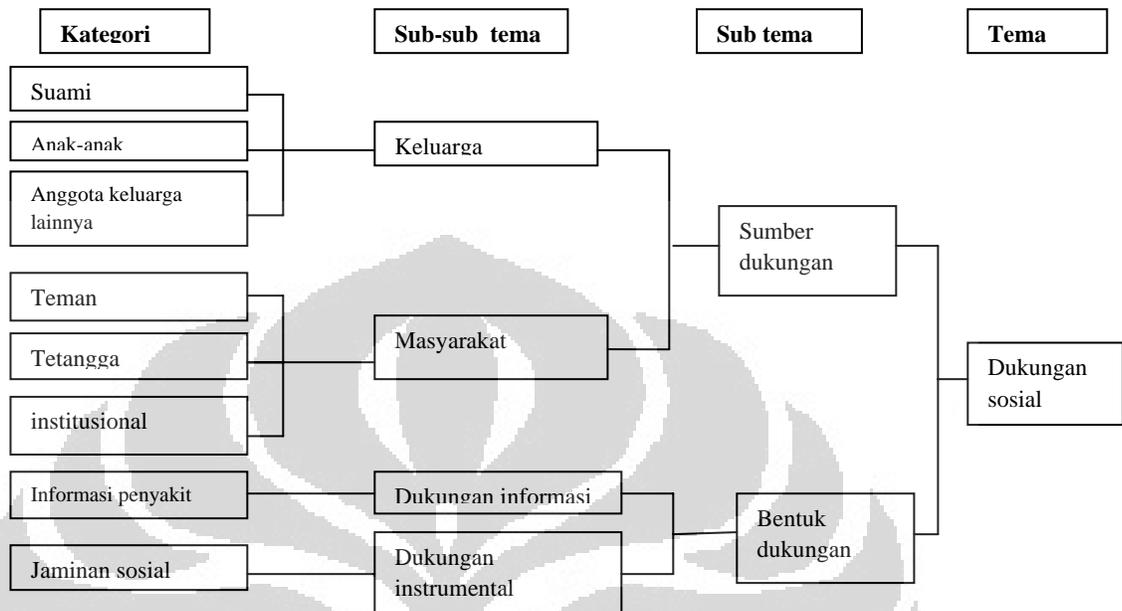
“.....iyo kito jugo ikut dak tiduk...padahal pagi jugo nak ngurus kakaknyo sekolah...jadi kalo kambuh sakitnyo kito rasonyo sakit jugolah...”(P2)

“....kalolah dating sesaknyo tu...nafas tu bunyi...kito yang dengarnyo jugo dak biso tiduk, nengok dio sesak tu...” (P4)

“.....kadang sayo dak masuk kerjo, kalo sering kambuh tu dalam sebulan tu empat kali libur kerjo.....” (P1)

4.2.5 Dukungan sosial

Dukungan terhadap ibu dalam memberikan perawatan pada anak penderita asma sangat diperlukan terutama dukungan yang diberikan oleh orang-orang terdekat seperti suami, anak-anak, keluarga, dan masyarakat. Dukungan berupa informasi dan jaminan sosial juga dibutuhkan. Tema dukungan sosial diperoleh dari 8 kategori, 4 sub-sub tema, dan 2 tema yang secara skematis dapat digambarkan dalam skema berikut:



Gambar 4.4 Tema 4: Dukungan sosial

Dukungan yang didapatkan ibu dapat bersumber dari keluarga seperti suami, anak lainnya, teman-teman, dan tetangga. Partisipan 2 mengatakan mereka mendapat dukungan suami dalam merawat anak yang sakit, seperti memikirkan bersama jalan keluar menghadapi masalah, dan ikut sama-sama menjaga. Partisipan juga mengatakan ikut dibantu anak lainnya menjaga anak yang sakit, partisipan lainnya juga mengatakan bahwa teman-teman dan tetangga juga mendukungnya dalam menjalankan perannya sebagai ibu dengan anak penderita asma. Sub tema sumber dukungan sosial terbagi dalam 2 sub-sub tema, dan 6 kategori yaitu suami, anak, anggota keluarga lain, teman, tetangga, dan institusional. Pernyataan partisipan yang tentang sumber dukungan yang mereka peroleh terlihat dari pernyataan berikut:

“.....kalo ngurus anak ni yoo samo-samolah sayo mikirin anak dengan Bapaknyo buk....” (P2)

“.... Kadang kakaknyo ni ikut bantu mantau (mengawasi) kalau adiknyo ni main...” (P2)

“.....kalo ibu sayo bantu nianlah, diolah yang jago Raffi ni kalo sayopergi kerjo....” (P7)

“.... Yoo kadang dak enak sering dak masuk kerjo.....kawan-kawan bae yang banyak dukung buk...” (P1)

“.... Kalo keluarga kan jauh semua....paling-paling yang negok tu tetanggolah....” (P4)

“....banyak perlu biaya jadi nak bayar pake apo.....untungnyo sayo pake jamkesmas bu.....” (P7)

Bentuk dukungan keluarga dalam hal ini berupa dukungan informasi dan dukungan instrumental yaitu jaminan sosial yang diberikan pemerintah. Dukungan informasi dinyatakan partisipan bahwa mereka mendapatkan informasi tentang penyakit anaknya seperti kapan anak dikatakan asma, mendapat informasi rumah tidak boleh berdebu, mengganti kasur kapuk dengan busa agar mencegah asma pada anak. Bentuk dukungan sosial dinyatakan partisipan bahwa jaminan sosial yang diberikan pemerintah dalam bentuk memberikan jamkesmas yang dapat dimanfaatkan untuk memperoleh fasilitas kesehatan. Sub tema bentuk dukungan terdiri dari 2 sub tema dan 2 kategori yaitu informasi penyakit dan jaminan sosial. Pernyataan partisipan mengenai bentuk dukungan antara lain:

“.....kato dokter dak boleh bantal kapuk, rumah dak boleh bedebu....” (P1)

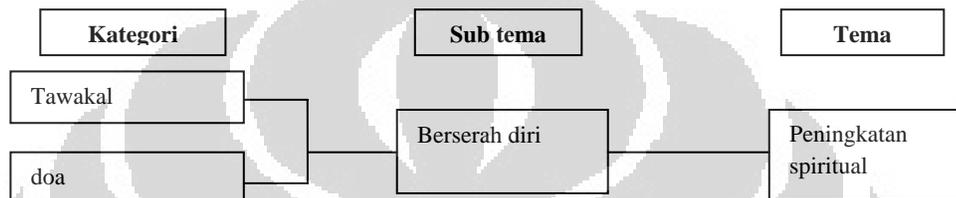
“.....nah pas kumat pertama tu kato dokter kalo di asapin ilang sesaknyo itu artinyo asma....” (P7)

“.....ke rumah sakit pake jaminan tu untuk orang dak mampu tu, dulu dibuatkan pak rt...” (P4)

“yoo kalo diturutin dak sanggup biayanyo bolak balik berobat...untung kami pake asuransi askes tu buk.....bantulah buk....” (P2)

4.2.6 Peningkatan spiritual

Peningkatan spiritual merupakan bagaimana ibu meyakini kekuatan yang bersumber dari spiritualitas sebagai tuntunan bagi mereka menjalani hidupnya. Partisipan 1, 3, 4, dan 6 ini menyatakan bahwa mereka tawakal dan selalu berdoa dengan kondisi yang mereka hadapi, serta dengan tetap mengupayakan kesembuhan anak. Tema peningkatan spiritual diperoleh dari 2 kategori dan 1 sub tema yang secara skematis digambarkan dalam skema berikut ini:



Gambar 4.5 Tema 5 Makna pengalaman ibu

Sub tema peningkatan spiritual terbagi dalam 2 kategori yaitu pasrah dan berdoa. Pernyataan partisipan tentang peningkatan spiritualitas terlihat dari beberapa pernyataan berikut:

“... nengok anak awak kaya gini rasony sedihlah yoo...tapi mungkin ini lah jalannyo Tuhan...” (P1)

“...kalo kami nganggap ini dah jalannyoyo namonyo hidup lebih banyak berserah diri...” (P4)

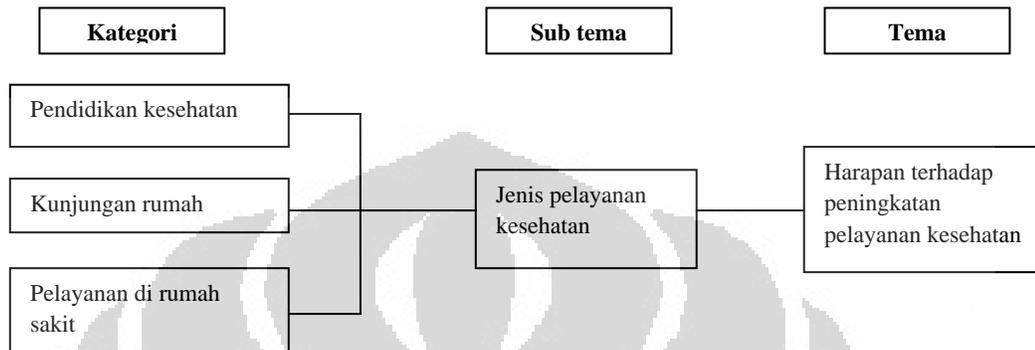
“....oo mau ngomong apo lah bu...ymungkin ini cobaan Tuhan jugo...” (P6)

“....tetap sayo usahakan biak dak sering kambuh...yo sayo ni bedoa be.....jangan belah asmanyoy ni kumat...” (P3)

4.2.3 Harapan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan

Tema harapan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan merupakan keinginan dan harapan seorang ibu untuk kesembuhan anaknya dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk peningkatan status kesehatan anak penderita asma. Partisipan mengatakan ingin mendapatkan informasi terkait penyakit anaknya, mendapatkan

kunjungan rumah, dan mendapatkan pelayanan yang baik di rumah sakit. Tema harapan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan digambarkan dalam skema berikut:



Gambar 4.6 Tema 6: harapan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan

Sub tema jenis pelayanan kesehatan terbagi dalam 3 kategori yaitu pendidikan kesehatan, kunjungan rumah, dan pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit. Pernyataan partisipan 2, 6, dan 7 tentang kebutuhan mereka terkait informasi yang mereka harapkan adalah:

“.....yoo kalo kito betanyo tu .pengennyo dijelaskan kalo sakitnyo apo, penyebabnyo apo... jadi biak kito ni dak cemas” (P2)

“.....kito ni kan banyak yang nak ditanyokan, kalo biso anak kito jugo dikasih tau apo yang boleh...yang idak...” (P6)

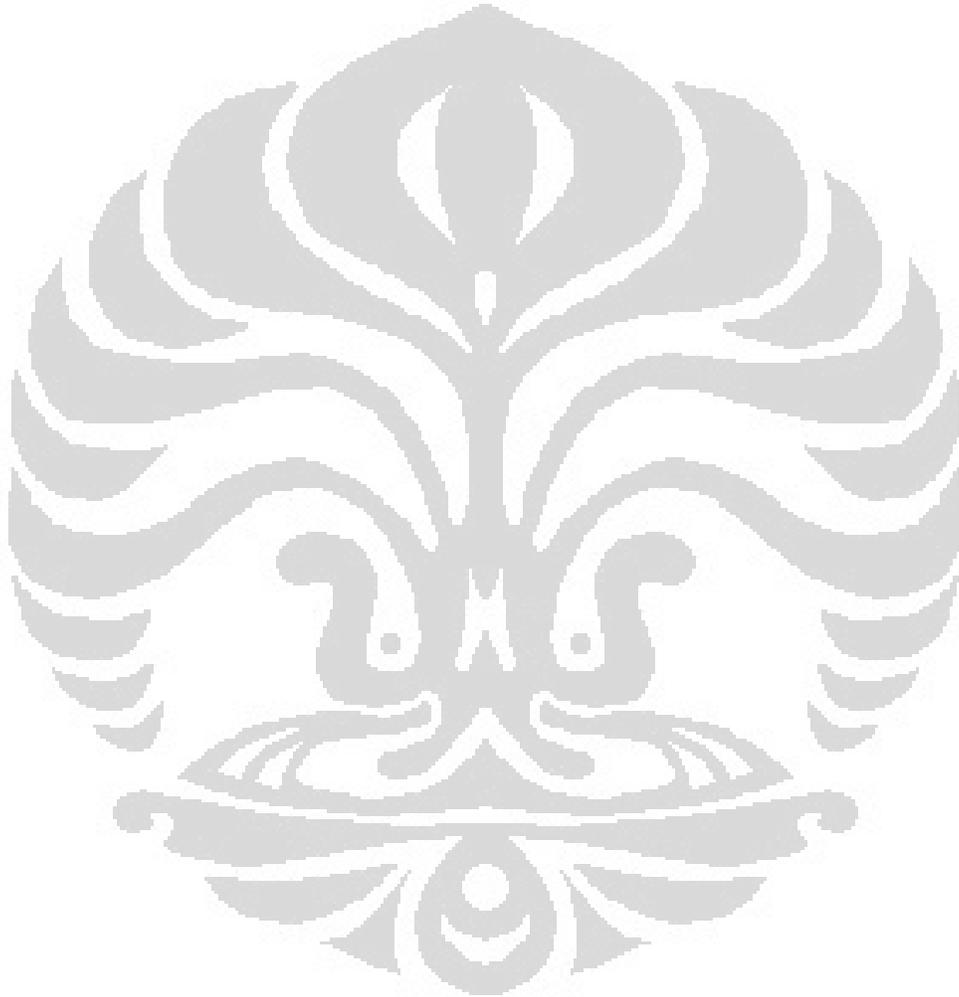
“.....banyak yang kito ni dak begitu jelas....jadi kalo ke rumah sakit tu pengen sayo ni dating berobat tu sayo dijelaskan, biak asmanyo dak kambuh diapokan...” (P7)

Partisipan juga menginginkan adanya kunjungan rumah atau adanya akses pelayanan kesehatan yang bias mengunjungi mereka dan harapan partisipan mengenai pelayanan kesehatan yang mereka dapatkan. Seperti pernyataan partisipan 3, 6, dan 7 berikut:

“.....kadang dak sempat nak bawa ke rumah sakit tu buk...pengennyo kalo biso ado yang biso ke rumah, biak dapat betanyo....” (P7)

“.....kan dirawat anak ni buk....cemas kadag kito kalo lah di rawat tu....nah maunyokalo kito ngelapor tu cepatlah diatasi dak...anak kito ni sesak...cepatlah nak diapokan, kadang nak betanyo takutkalo biso lebih ramah dak buk, banyak senyum maunyo” (P3)

“.....nah pas lagi sesak-sesaknyo tu..kito pengennyo diatasilah dulu, jadi kalo anak ni sesak cubolah cepat di obati dulu...jangan ngerjokan yang lain dulu....” (P6)



BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas uraian mengenai interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini berfokus pada pengalaman ibu dalam merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup. Berdasarkan hasil penelitian, peneliti mengidentifikasi tujuh tema utama yaitu 1) penilaian ibu tentang serangan asma pada anak 2) penilaian kualitas hidup anak 3) peran dan tanggungjawab ibu selama anak sakit 4) masalah yang dihadapi ibu, 5) dukungan sosial, 6) peningkatan spiritual, dan 6) harapan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan. Selanjutnya peneliti akan membahas secara rinci masing-masing tema yang telah teridentifikasi .

5.1.1 Penilaian ibu tentang serangan asma pada anak

Pengalaman seorang ibu menggambarkan apa dan bagaimana keadaan yang dilalui ibu ketika anaknya mendapat serangan awal dan kambuhan. Ibu melihat dan mengamati bagaimana serangan asma terjadi pada anak, mulai dari gejala, seringnya serangan terjadi, penyebab munculnya serangan, dan dampak asma yang ditimbulkan pada anak. Berdasarkan tema penilaian ibu tentang serangan asma pada anak dalam penelitian ini bahwa gejala asma yang terjadi pada anak mulai dari gejala batuk yang kadang disertai pilek, adanya gejala terkait pernafasan seperti sesak nafas, bunyi mengi, tarikan dinding dada, dan sampai terjadi sianosis pada anak. Seorang partisipan juga melihat adanya perubahan fisik yang terjadi pada anak akibat serangan asma berulang seperti terlihatnya perubahan bentuk dada anak. Partisipan pada penelitian ini juga mengatakan bahwa akibat serangan asma yang sering dialami anak menimbulkan berbagai masalah yang berdampak pada kualitas hidupnya seperti adanya gangguan beraktivitas dimana pada saat melakukan aktivitas seperti bermain, berlari, rasa letih karena aktivitas menimbulkan batuk dan sesak pada anak. Partisipan juga mengatakan

dampak asma pada anak mengganggu kebutuhan tidur anak, anak sering absen di sekolah, dan keterbatasan aktivitas bermain bersama teman. penilaian partisipan tentang gejala dan dampak asma pada anak sesuai dengan beberapa konsep dan penelitian fenomena dibawah ini yang menjelaskan gejala yang akibat timbul akibat serangan asma pada anak.

Anak yang mendapat serangan asma dapat dilihat dari gejala-gejala awal yang dapat terjadi secara bertahap atau tiba-tiba, dimana gejala ini dapat didahului dengan adanya Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), episode akut nafas pendek, mengi dan batuk. Tanda-tanda terkait pernafasan lainnya dapat dilihat dengan adanya sesak nafas, sianosis, dan fase ekspirasi memanjang, serta perubahan fisik yang terjadi akibat episode asma yang berulang (Hockenberry & Wilson, 2009). Klasifikasi asma pada anak dapat dilihat dari berat atau ringannya gejala asma termasuk dengan seringnya terjadi serangan asma sehingga terjadinya gangguan waktu tidur dan aktivitas pada anak (Depkes RI, 2009)

Menurut penelitian Shidartani (2007) gejala asma pada anak akan berdampak pada penurunan fungsi pernafasan, komponen fisik, sosial, dan emosional. Serangan asma pada anak menyebabkan terjadinya gangguan aktivitas sehari-hari, seperti rasa sesak nafas yang bertambah saat anak bermain dan berlari, anak menjadi sering absen disekolah, dan berkurangnya kesegaran jasmani. Berdasarkan hasil penelitian Spagnola dan Fiese (2010) pada anak penderita asma akan mengakibatkan munculnya masalah aktivitas sehari-hari pada anak, aktivitas disekolah, dan masalah istirahat dan kebutuhan tidur. Berdasarkan GINA (2004) asma yang tidak ditangani dengan baik dapat mengganggu kualitas hidup anak berupa hambatan aktivitas dan menyebabkan kehilangan hari sekolah. Banyak kasus asma pada anak tidak terdiagnosis dini, karena yang menonjol adalah gejala batuknya, bisa dengan atau tanpa wheezing (mengi).

Pengalaman seorang ibu dalam merawat anaknya dipengaruhi oleh karakteristik ibu dan pengalaman sebelumnya (Wong, 2009). Pengalaman ibu dalam merawat anak

penderita asma terlihat dari bagaimana seorang ibu melakukan penilaian terhadap gejala asma yang terjadi pada anak, mulai dari gejala serangan awal hingga terjadinya serangan asma berulang. Ibu akan mengetahui kondisi dan masalah yang sedang dihadapi anak ketika mereka dihadapkan pada gejala serangan asma dan dampak yang ditimbulkan oleh serangan asma tersebut.

Menurut Robert, dkk (2010) berdasarkan hasil penelitiannya faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup anak penderita asma adalah fungsi paru, karakteristik gejala asma, dan fungsi psikososial. Anak penderita asma sebagian besar menyadari keterbatasan mereka dalam beraktivitas seperti berlari, bermain, dan belajar, terkadang muncul perasaan marah dan frustrasi pada anak karena keterbatasannya. Partisipan dalam penelitian ini juga melihat adanya dampak yang ditimbulkan penyakit asma pada anak-anak mereka seperti gangguan aktivitas sehari-hari seperti bermain, berlari, dan anak terlihat menghindari aktivitas yang biasa mereka lakukan. Dampak lain yang terlihat pada anak penderita asma adanya gangguan istirahat dan tidur, anak terlihat sulit tidur dan adanya gangguan pola tidur.

Seringnya terjadi serangan asma pada anak terlihat dari frekuensi terjadinya serangan selama 1 bulan dan gejala yang ditimbulkan dari serangan tersebut, hal ini menentukan klasifikasi atau derajat keparahan asma pada anak (PNAA, 2004). Menurut partisipan frekuensi munculnya serangan asma pada anak satu sampai dengan empat kali dalam satu bulannya. Frekuensi ini menunjukkan bahwa berdasarkan klasifikasi derajat asma pada anak terlihat adanya asma episodik sering pada anak.

Berdasarkan penelitian Pramita (2006) diketahui bahwa faktor risiko pencetus terjadinya serangan asma pada anak disebabkan karena faktor penjamu dan faktor lingkungan. Faktor penjamu antara lain genetik, hiperresponsibilitas saluran nafas, gender, dan etnik. Faktor lingkungan yang dapat menyebabkan timbulnya serangan asma adalah paparan alergen, asam rokok, polusi udara, infeksi saluran nafas, status sosial ekonomi, diet, dan pengguna bahan pengawet dalam makanan, serta obesitas.

Menurut National Asthma Education and Prevention Program (1997, dalam Wong, 2009) menjelaskan bahwa alergi merupakan penyebab utama terjadinya asma, sedangkan pada bayi lebih cenderung disebabkan karena adanya infeksi virus. Selain faktor alergi, pencetus terjadinya asma juga disebabkan karena zat atau kondisi lain seperti latihan fisik, udara dingin, perubahan lingkungan, flu, infeksi, dan makanan. Menurut partisipan dalam penelitian ini penyebab tersering terjadinya asma pada anak adalah aktivitas yang berlebihan, makanan yang mengandung pengawet dan pewarna, serta udara dingin. Sedangkan untuk penyebab karena adanya infeksi saluran nafas akibat virus atau kuman serta obesitas belum diketahui secara jelas, karena kurangnya informasi dan data terkait status kesehatan anak sebelumnya.

5.1.2 Penilaian kualitas hidup anak

Tema penilaian kualitas hidup anak menggambarkan pengalaman ibu melihat dampak serangan asma terhadap kualitas hidup anak. Kualitas hidup merupakan aspek penting bagi tahap tumbuh kembang anak, sehingga upaya untuk mempertahankannya memerlukan motivasi dan usaha yang optimal bagi ibu dan keluarga.

Domain kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan pada anak mencakup fisik, psikis, dan sosial. Domain ini mencakup bagaimana anak menjalani aktivitas sehari-hari, hubungan personal, aspek perilaku, gejala, fungsi, dan disabilitas. Penilaian kualitas hidup pada anak penderita asma dilihat dari bagaimana kemampuan adaptasi dan kemampuan hidup anak sehari-hari (Suharto, 2005). Setiap orang tua akan berupaya untuk mempertahankan kualitas hidup anaknya, dengan mempertahankan dan meningkatkan upaya penyembuhan dan adaptasi anak. Berdasarkan penelitian Sweeney (2008) peningkatan skor kualitas hidup pada anak terjadi pada keluarga yang memiliki waktu dan rutinitas lebih banyak bersama anak.

Penilaian kualitas hidup anak dalam penelitian ini meliputi dampak asma terhadap kehidupan anak sehari-hari seperti aktivitas sehari-hari: bermain, berlari, aktivitas di sekolah, dan fungsi psikososial anak. Penilaian ini sesuai dengan pendapat Anurogo

(2009) bahwa jika terjadi serangan asma anak akan mengalami gangguan aktivitas sehari-hari, termasuk seringnya absen disekolah, berkurangnya kebugaran fisik, dan menurunnya kualitas hidup anak. Asma pada anak tidak hanya berpengaruh terhadap fungsi pernafasan saja namun juga mempengaruhi komponen fisik, sosial, dan emosional. Jika serangan asma pada anak tidak segera diatasi dan berlangsung lama akan mengakibatkan menurunnya kualitas hidup dan tumbuh kembang anak.

Penilaian kualitas hidup dalam penelitian ini meliputi aspek fisik anak berupa penilaian terhadap bagaimana anak menjalankan aktivitas sehari hari seperti bermain, belajar, ke sekolah, hubungan anak dengan lingkungan sosialnya, dan menggambarkan bagaimana keterbatasan yang dialami anak. Anak mengalami sesak jika berlari, terlalu capek, dan jika banyak beraktivitas, akibatnya anak juga tidak bisa tidur terutama pada malam hari. Serangan asma yang berulang juga menyebabkan anak tidak masuk sekolah, hingga kadang tidak fokus mengikuti pelajaran. Perubahan sosial yang terjadi pada anak juga terlihat dari perilaku anak membatasi diri bermain dengan teman-temannya. Gambaran kualitas hidup anak ini sama dengan hasil penelitian yang telah dipaparkan sebelumnya.

5.1.3 Peran dan tanggung jawab ibu selama anak sakit

Ibu mempunyai peran untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh, pendidik bagi anak-anaknya, pelindung, dan sebagai salah satu kelompok sosial dalam lingkungannya (Dagun, 2002). Menurut penelitian Sales, Fivush, dan Teague (2008) hampir keseluruhan ibu mengatakan bahwa mereka adalah orang yang paling bertanggungjawab dalam memberikan perawatan asma pada anak mereka. Hal ini membuat ibu lebih mencurahkan waktu dan perhatiannya pada anak penderita asma. Menurut Mercer (1960, dalam Tomey & Alligood, 2006) pencapaian peran dan tanggung jawab ibu dipengaruhi oleh karakteristik, tingkat kematangan, dan kasih sayang yang dimiliki ibu. Kemampuan ibu mencapai peran secara kompeten dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pandangan diri, penghargaan diri, dalam bentuk penerimaan diri ibu dalam perannya.

Dalam memberikan asuhan pada anak yang sakit ibu berperan sebagai pemegang kendali yang kuat untuk mengupayakan pencegahan dan pengobatan bagi anak (Aday & Eichhorn, 1972; Rayner 1970 dalam Friedman, 2010). Robinson (1998 dalam Friedman, 2010) mengemukakan bahwa ada teori empat tahap pengalaman wanita/ ibu sebagai *caregiver* anggota keluarga yang mengalami penyakit kronik. Tahap pertama diawali dengan diagnosis penyakit kronik yang dialami anggota keluarga tersebut, tahap kedua adanya ketidakseimbangan dalam menyelesaikan masalah, tahap ketiga adanya upaya untuk mengatasi masalah, dan tahap keempat adalah bertanggung jawab terhadap kehidupan seseorang. Teori ini menjelaskan bagaimana tahapan-tahapan yang dilewati ibu dalam menjalankan peran dan tanggungjawabnya sebagai *caregiver*.

Menurut Soetrisno (2000) berdasarkan hasil penelitiannya peran ibu dalam keluarga sangat penting, mulai dari merawat anak, keterlibatan ibu merawat keluarga sehari-hari, ibu menjadi tumpuan bagi keluarga, terutama dalam mengupayakan kesehatan bagi anak-anaknya. Untuk menjalankan perannya ibu harus memiliki motivasi dan keinginan untuk mengupayakan kesehatan bagi keluarganya. Sedangkan menurut (Arsyanti & Nuryati, 2010) ada tiga faktor yang sangat mempengaruhi peran ibu dalam memberikan dan mengupayakan kesehatan keluarga antara lain adanya keyakinan ibu mengenai penyebab timbulnya suatu penyakit, peran wanita dalam keluarga, dan kebutuhan ibu sendiri untuk menjalankan perannya dalam keluarga, dan mengupayakan kesehatan bagi anak-anaknya.

Berdasarkan hasil penelitian tema peran dan tanggung jawab ibu tergambar dari kasih sayang yang dimilikinya, ibu berupaya mendapatkan pengobatan, menjaga, dan merawat anak penderita asma dengan memberikan kenyamanan, mengurangi gejala sesak, dan mencegah serangan asma pada anak. Tindakan yang dilakukan ibu untuk mengurangi sesak dan memberikan kenyamanan pada anak saat mendapat serangan dilakukan dengan cara mengatur posisi tidur, memberikan pijatan, dan memberikan kehangatan. Ibu juga melakukan tindakan untuk mencegah serangan asma pada anak

dengan cara membersihkan rumah untuk menghindari debu, membatasi aktivitas, membatasi dan menghindari makanan pencetus asma, dan mempertahankan kebutuhan tidur dan istirahat anak secara adekuat. Hal ini sesuai dengan penelitian dan konsep yang telah diuraikan diatas bahwa ibu berupaya menjalankan peran dan tanggung jawabnya dalam mengupayakan kesehatan bagi anggota keluarganya terutama dalam merawat anak dan keluarga yang didasari motivasi dan kebutuhan ibu dalam menjalankan perannya.

Upaya pengobatan yang dilakukan partisipan untuk mengatasi masalah yang dihadapi anak penderita asma meliputi upaya pengobatan medis dan pengobatan tradisional, serta upaya lain berdasarkan mitos yang berkembang di masyarakat. Upaya pengobatan yang dilakukan mulai dari pemanfaatan pelayanan kesehatan berupa penggunaan obat-obatan untuk mengatasi asma seperti obat oral, inhalasi, pemberian oksigen, dan upaya kontrol ulang. Hal ini sejalan dengan tujuan tata laksana asma yang menggunakan terapi farmakologik, dimana terapi farmakologik bertujuan untuk mencegah dan mengendalikan gejala asma, mengurangi frekuensi, dan derajat keparahan asma, serta menghilangkan obstruksi aliran udara (GINA, 2011). Sebagian besar pengobatan asma diberikan melalui inhalasi dengan nebulizer atau disebut inhaler dosis terukur (Wong, 2009). Terapi oksigen merupakan terapi pada asma serangan berat, diberikan sesuai dengan kebutuhan anak dan indikasi (Depkes RI, 2009).

Selain terapi farmakologik, partisipan juga memanfaatkan bentuk pengobatan lain seperti pengobatan tradisional, dan pengobatan yang didasari keyakinan ibu/ mitos yang berkembang di masyarakat. Pengobatan tradisional yang dilakukan partisipan antara lain minum air rebusan serih, pijat, ekstrak tumbuhan, dan makan beberapa jenis hati hewan seperti unta, kelelawar, burung, atau ekstraknya. Pengobatan tradisional merupakan pengobatan dan/ atau perawatan yang dilaksanakan dengan cara mengacu pada pengalaman, keterampilan turun menurun, dan/ atau pendidikan/ pelatihan, dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat. Obat

tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berasal dari tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenik) atau campuran dari bahan-bahan tersebut, dimana secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman (Depkes RI, 2003).

5.1.4 Masalah yang dihadapi ibu

Selama menjalankan peran dan tanggung jawabnya dalam memberikan perawatan pada anak penderita asma, seorang ibu dapat menghadapi berbagai masalah yang dapat menghambat upaya yang dilakukan ibu untuk kesembuhan anak. Saat anak didiagnosis mengalami masalah kesehatan kronis, orang tua dihadapkan pada suatu krisis yang mempengaruhi sistem keluarga. Beban psikologis dan fungsional yang dihadapi keluarga memerlukan penyesuaian (Hafetz & Miller, 2010). Ketika seseorang terpajan stressor, maka akan menimbulkan frustrasi, ansietas, dan ketegangan. Perilaku adaptif psikologis yang konstruktif merupakan mekanisme koping seseorang untuk mengatur distress emosional, seperti halnya ansietas dapat menjadi tanda bagi seseorang bahwa ada ancaman yang memerlukan penanganan untuk mengatasinya (Potter & Perry, 2005).

Masalah asma pada anak juga mempengaruhi kualitas hidup orang tua berupa beban psikologis, dimana orang tua merasa frustrasi karena adanya keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Ketika anak sakit, orang tua hanya fokus dengan masalah kesehatan anak, merasa letih dengan rutinitas merawat anak, kurangnya dukungan emosional dari keluarga, kurang tidur dan istirahat, masalah ekonomi terjadi karena besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk perawatan dan pengobatan anak karena seringnya terjadi kekambuhan asma pada anak (Akour & Khader, 2008).

Orang tua memiliki koping yang berbeda dalam memberikan perawatan pada anak dengan penyakit kronis. Ibu biasanya memiliki pola krisis yang lebih labil dibandingkan ayah. Ibu dengan anak yang menderita penyakit kronis lebih rentan mengalami stress psikologis terutama karena kelelahan (Wong, 2009). Dimensi koping

yang baik dapat menurunkan kecemasan ibu ketika menghadapi berbagai masalah selama memberikan perawatan pada anak. Keberadaan ibu dalam memberikan perawatan pada anak, memenuhi kebutuhan anak, dan masalah yang dihadapi ibu menjadikan pengalaman bagi ibu dalam menjalankan perannya (Sales, Fivush & Teague, 2008).

Beban yang dihadapi orang tua berupa banyaknya waktu, energi, dan sumber keuangan yang diperlukan untuk perawatan pada anak dengan kondisi kronis. Pengalaman seorang ibu dalam merawat dan membesarkan anak yang menderita penyakit kronis seperti asma menghadapi berbagai masalah antara lain peran sebagai ibu dan sebagai orang yang bekerja, masalah merawat anak, kesulitan membagi waktu, dan kesulitan ekonomi (Getch, Jones, Pritchett, & Chapman, 2007).

Dalam penelitiannya Fiese, Winter, Anbar, Howel, dan Poltrock (2008) menyimpulkan bahwa rutinitas sehari-hari yang dijalankan ibu dapat mempengaruhi fungsi psikososial ibu, sehingga beban psikologi yang ditimbulkan dapat mempengaruhi interaksi antara ibu dan anak. Keadaan ini dapat mempengaruhi kualitas hidup anak terutama dalam aspek psikologis karena adanya perubahan pola interaksi antara ibu dan anak. Menurut Mercer (1960, dalam Tomey & Alligood, 2006) masalah kesehatan anak dapat meningkatkan kecemasan ibu sehingga ibu rentan dengan kondisi stress, depresi, dan konflik peran.

Masalah dan beban yang dihadapi ibu ketika anak berada dalam kondisi kronis seperti yang telah diuraikan diatas sesuai dengan hasil penelitian yang sudah dilakukan ini, dimana berdasarkan hasil penelitian perubahan psikologis yang dialami partisipan dalam menghadapi masalah yang ditimbulkan oleh serangan asma berulang pada anak adalah adanya beban psikologis yang semakin meningkat perasaan cemas, sedih, takut, kasihan, bingung, perasaan tidak dihargai, dan adanya kekhawatiran karena seringnya anak mengkonsumsi obat-obatan untuk mengatasi asmanya. Berdasarkan hasil penelitian partisipan menyatakan adanya berbagai kesulitan dan beban yang harus

dihadapinya selama menjalankan perannya dalam merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup seperti perubahan finansial, kesulitan membagi waktu, menjadi ibu dan sebagai orang yang juga bekerja, serta kurangnya waktu istirahat serta tidur karena harus selalu bersama anak dalam menghadapi masalah yang timbul karena asma pada anak. Masalah yang dihadapi ibu ini memerlukan mekanisme koping dan penanganan yang baik mengingat besar dan pentingnya peran ibu dalam kehidupan anak, terutama dalam mengupayakan kesehatan dan mempertahankan kualitas hidup anak.

5.1.5 Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan dukungan yang diberikan sebagai bentuk interaksi interpersonal yang memberikan dukungan emosional, dukungan harga diri, dukungan jaringan, dukungan penilaian, dan dukungan altruistik (Friedman, 2010). Sumber dari dukungan sosial ini adalah orang lain yang akan berinteraksi dengan individu sehingga individu tersebut dapat merasakan kenyamanan secara fisik dan psikologis. Orang lain ini terdiri dari pasangan hidup, orang tua, saudara, anak, kerabat, teman, rekan kerja, staf medis serta anggota dalam kelompok masyarakat.

Menurut McCubbin dan McCubbin (2003 dalam Friedman, 2010) bentuk dukungan keluarga ada lima antara lain: dukungan emosional, dukungan harga diri, dukungan jaringan, dukungan informasi, dan dukungan instrumental. Dukungan emosional meliputi adanya perasaan individu meyakini bahwa mereka dicintai dan disayangi oleh sumber dukungan sosial, dukungan harga diri dimana individu merasa bahwa dirinya dihargai dan dihormati sehingga ia dapat membangun harga dirinya, dukungan penilaian atau dukungan informasional merupakan dukungan yang melibatkan pemberian informasi sehingga individu dapat melakukan penilaian sejauh mana mereka mampu mengatasi masalah yang dihadapi, dan dukungan instrumental merupakan dukungan bagi individu berdasarkan niat dan pertolongan orang lain untuk membantu pemecahan masalah, dapat berupa bantuan finansial untuk biaya pengobatan.

Berdasarkan penelitian Sales, Fivush, dan Teague (2008) seorang ibu yang mendapat dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial melakukan penanganan asma pada anak secara lebih aktif. Penyesuaian orang tua terhadap anak yang mengalami kondisi khusus membutuhkan dukungan dari berbagai sumber dukungan seperti keluarga, dukungan sosial dari teman, kerabat, profesional, dan dukungan dari sumber komunitas. Pada penelitian ini peneliti juga menemukan beberapa dukungan yang didapat partisipan selama merawat anak penderita asma seperti adanya sumber dukungan yang sesuai dengan konsep diatas, dimana dukungan yang didapatkan ibu dari berasal keluarga, tetangga, teman, dan lingkungan sosial lainnya. Bentuk dukungan yang didapat ibu juga berupa dukungan informasi mengenai penyakit anak, dan dukungan instrumental berupa jaminan sosial yang diberlakukan pemerintah untuk meringankan beban keluarga terutama beban ekonomi, sehingga dapat membantu mengatasi besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memberikan perawatan pada anak. Dukungan keluarga dan sosial yang diperoleh ibu dalam penelitian ini sejalan dengan konsep pencapaian peran ibu menurut Mercer (1960, dalam Tomey & Alligood, 2006) bahwa dukungan orang terdekat yaitu suami dan anak sangat besar kontribusinya dalam memberikan motivasi ibu dalam pencapaian perannya.

5.1.6 Peningkatan spiritual

Makna pengalaman ibu dalam merawat anak penderita asma merupakan bagaimana makna yang dirasakan dan dialami ibu sepanjang pengalamannya. Pengalaman ini menjadikan adanya peningkatan spiritual ibu. Peningkatan spiritual ibu adalah bagaimana ibu meyakini kekuatan spiritualnya sebagai sumber dan tuntunan bagi mereka menjalani hidupnya. Kesehatan merupakan aspek penting dalam kehidupan seseorang, sehingga kondisi sakit akan membawa dampak bagaimana seseorang dituntut lebih memahami tentang makna dan keyakinan yang mencerminkan sumber spiritual yang dapat mengatasi berbagai kesulitan yang dihadapi (Potter & Perry, 2005).

Dimensi spiritual merupakan salah satu aspek terpenting dalam kehidupan individu, spiritualitas memberikan makna pada kehidupan dan memberi sumber cinta dan kedekatan antara individu dengan Tuhannya (Lukoff, Lu, & Turner, 1995 dalam Wong, 2009). Menurut Getch, Jones, Pritchett dan Chapmen (2007) dalam penelitiannya bahwa ibu yang merawat anak dengan asma dan penyakit kronis lainnya mengalami perubahan dari aspek spiritualitasnya, ibu merasakan adanya perubahan dalam pola pendekatan diri kepada Tuhan, ibu merasa adanya peningkatan terhadap kebutuhan spiritualitasnya. Sesuai dengan hasil penelitian diatas, dalam penelitian ini ditemukan adanya pernyataan ibu tentang adanya makna pengalamannya merawat anak penderita asma berupa peningkatan aspek spiritualitas. Kekuatan spiritual yang digambarkan partisipan adalah dengan tawakal dan berdoa untuk kesembuhan anaknya disamping upaya yang dilakukan ibu untuk mendapatkan kesembuhan bagi anaknya.

5.1.7 Harapan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan

Upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan harusnya diikuti juga dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan yang terdistribusi sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Depkes RI, 2005). Harapan partisipan terkait dengan pelayanan kesehatan yang mereka terima adalah adanya peningkatan terhadap beberapa jenis pelayanan kesehatan yang ada baik berupa pemberian pendidikan kesehatan bagi anak dan keluarga berupa pemberian informasi mengenai penyakit dan tata laksana di rumah, adanya kunjungan rumah bagi petugas kesehatan, dan peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit mulai dari pelaksanaan komunikasi yang baik antara perawat-klien, adanya prioritas masalah seperti mendahulukan pasien yang kondisinya membutuhkan pertolongan segera, dan adanya pelayanan yang optimal di Rumah Sakit. Menurut Mercer (1960, dalam Tomey & Alligood, 2006) kebijakan dan pelayanan kesehatan yang ada merupakan salah satu pendukung tercapainya peran ibu dalam mengupayakan kesehatan bagi anak.

Manajemen asma yang dilakukan pada orang tua di rumah memerlukan indikator pengetahuan orang tua tentang asma, fisiologi, dan strategi pengobatan, perencanaan

tertulis, serta upaya orang tua untuk meningkatkan kemampuan mereka tentang manajemen asma pada anak (Phillips, 2010). Berdasarkan penelitian Watson, et al (2008) pengetahuan keluarga mengenai perawatan dan penatalaksanaan asma pada anak mempengaruhi kontrol kekambuhan asma. Melalui pendidikan interaktif di rumah sakit orang tua dapat belajar bagaimana mengelola dan mencegah kekambuhan asma pada anak.

Untuk itu pendidikan kesehatan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan orang tua tentang penanganan asma pada anak. Dari hasil penelitian ini juga terlihat adanya kebutuhan keluarga untuk mendapatkan informasi yang akurat dan lengkap tentang bagaimana tata laksana asma yang akan diberikan pada anak, baik tentang informasi penyakit maupun upaya perawatan dan pencegahan. Edukasi yang dibutuhkan keluarga di rumah sakit tentang tata laksana asma pada anak meliputi kapan orang tua harus membawa anaknya berobat dan mencari pertolongan ketika terjadi serangan asma, bagaimana mengenali gejala serangan asma secara dini, mengenal dan mengetahui obat-obatan yang diperlukan untuk pelega dan pengontrol serta cara dan waktu penggunaannya, mengenali penyebab dan menghindari faktor pencetus asma, dan melakukan kontrol teratur (Depkes RI, 2009).

Orang tua dengan anak yang mengalami kondisi kronik akan terus berupaya mendapatkan pengobatan dan pelayanan di rumah sakit, dan selalu berhubungan dengan petugas kesehatan yang ada. Keadaan ini sering menyebabkan adanya hambatan dalam hubungan komunikasi perawat-klien dan akses dalam pelayanan kesehatan (Judson, 2004 dalam Potts & Mondleco, 2007). Berdasarkan penelitian partisipan merasakan adanya ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan yang didapatkan, dimana mereka merasa kesulitan berkomunikasi dan sulitnya mendapatkan informasi sesuai dengan yang mereka harapkan, merasa tidak diperhatikan dan merasa diabaikan. Keadaan ini dapat menimbulkan kekecewaan dan ketidakpuasan bagi ibu dan keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan sebagai upaya mendapatkan pengobatan.

Kebutuhan keluarga akan kesehatan juga dipengaruhi oleh kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, sehingga adanya kebutuhan pelayanan kesehatan di rumah juga menjadi acuan yang perlu mendapatkan perhatian. Lembaga pelayanan kesehatan di rumah merupakan suatu bentuk pelayanan secara profesional dan non professional yang dilakukan di rumah melalui kunjungan rumah. Lembaga perawatan kesehatan di rumah memberikan bantuan perawatan di rumah secara profesional dan terampil dalam waktu yang singkat (Potter & Perry, 2005). Penerapan kunjungan rumah di Indonesia sudah mulai dilakukan walaupun masih terbatas dengan beberapa tindakan khusus saja. Menurut partisipan tujuh dalam penelitian ini kunjungan rumah dapat membantu mereka lebih mengenali masalah yang dihadapi anak, dan memberikan kemudahan akses pelayanan kesehatan yang kadang memerlukan waktu cukup banyak.

5.2 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan terkait dengan metodologi baik dalam hal partisipan, proses wawancara, dan analisis data

- 1) Selama proses wawancara peneliti mendapatkan beberapa kesulitan untuk mendapatkan informasi terkait pengalaman partisipan dalam merawat anak penderita asma, karena beberapa partisipan lebih banyak ingin membahas tentang dampak dan penyebab asma pada anak, sehingga peneliti selalu berupaya mengarahkan pertanyaan kembali, dan meminta waktu tersendiri untuk membahas pertanyaan partisipan.
- 2) Dampak asma salah satunya adalah terganggunya dimensi psikososial anak, sementara dalam penelitian ini masalah psikososial anak belum tergambar secara jelas sesuai dengan kondisi yang sebenarnya dialami anak karena data yang diperoleh adalah pengalaman subyek subyektifitas ibu yang tidak dapat mengamati dan melakukan observasi secara langsung pada anak terkait aspek psikososialnya.

5.3 Impikasi hasil penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi terhadap pelayanan keperawatan anak, penelitian keperawatan, dan pendidikan, antara lain sebagai berikut:

1) Bagi pelayanan keperawatan anak

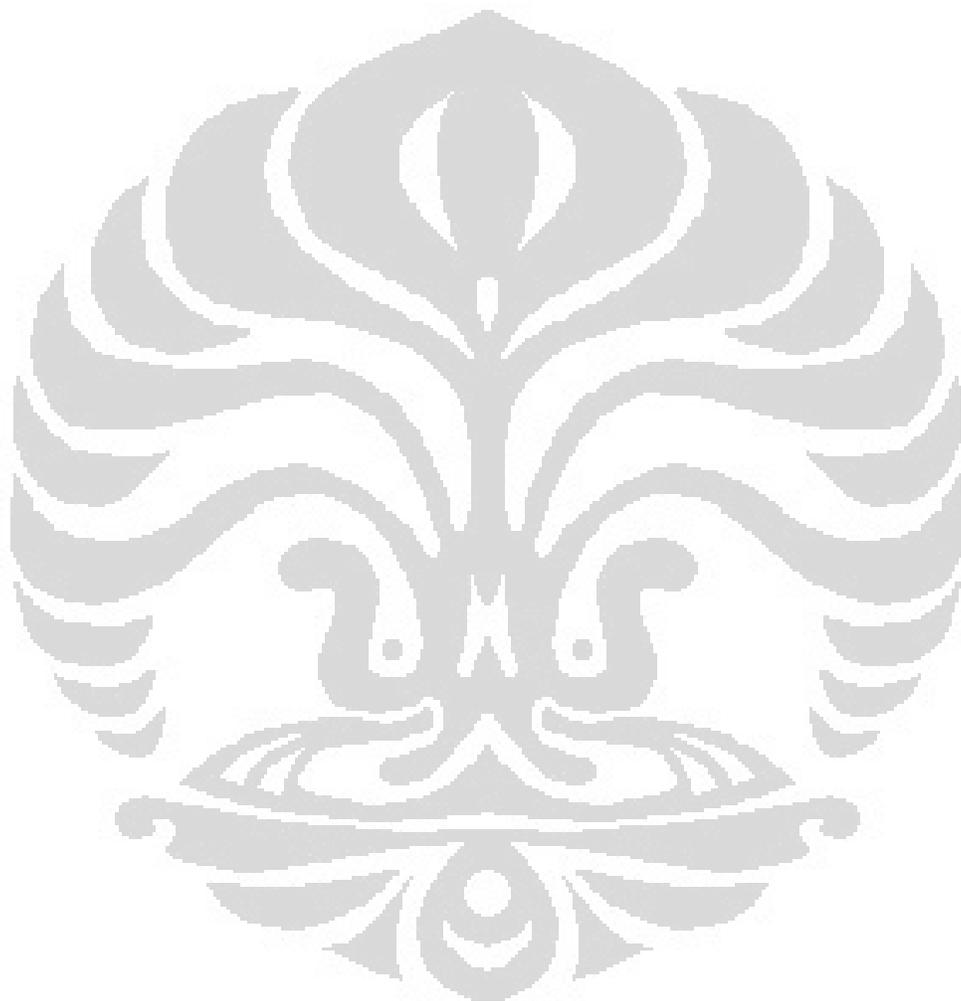
Hasil penelitian ini memberikan gambaran tentang bagaimana pengalaman yang dilalui ibu dalam memberikan perawatan pada anak penderita asma melewati berbagai keterbatasannya karena masalah yang ditimbulkan akibat serangan asma. Pemahaman dan pengetahuan ibu dalam memberikan perawatan pada anak sangat membutuhkan dukungan dan informasi yang lengkap dan jelas, sehingga ibu dapat melakukan manajemen asma pada anak secara baik dan benar. Pendidikan kesehatan yang dibutuhkan ibu memerlukan beberapa strategi penyampaian seperti perlunya media dan alat bantu agar pemahaman ibu dan kepuasan akan pelayanan keperawatan dapat lebih ditingkatkan.

2) Penelitian keperawatan

Pengalaman yang dirasakan ibu selama merawat anak penderita asma dapat dijadikan sumber dan wacana untuk menggali lebih dalam aspek kebutuhan ibu dalam memberikan perawatan pada anak, seperti masalah-masalah yang dialami keluarga pada anak penderita asma.

3) Pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu keperawatan mengenai asuhan keperawatan pada anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup beserta keluarganya.



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan bagian penutup, yang akan menguraikan kesimpulan penelitian dan rekomendasi yang merupakan tindak lanjut dari penelitian ini.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa dari pengalaman ibu merawat anak penderita asma adalah sebagai berikut:

- 1) Penelitian pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup melibatkan tujuh partisipan. Berdasarkan analisis hasil penelitian, penelitian ini menghasilkan 7 tema utama yaitu 1) penilaian ibu tentang serangan asma pada anak 2) penilaian kualitas hidup anak 3) peran dan tanggung jawab ibu selama anak sakit 4) masalah yang dihadapi ibu 5) dukungan sosial 6) makna pengalaman ibu 7) Harapan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan.
- 2) Pengalaman seorang ibu dalam merawat anaknya dipengaruhi oleh karakteristik ibu dan pengalaman sebelumnya. Pengalaman ibu dalam merawat anak penderita asma terlihat dari bagaimana seorang ibu melakukan penilaian terhadap gejala asma yang terjadi pada anak, mulai dari gejala serangan awal hingga terjadinya serangan asma berulang, ibu akan mengetahui kondisi dan masalah yang sedang dihadapi anak ketika mereka dihadapkan pada gejala serangan asma dan dampak yang ditimbulkan oleh serangan asma tersebut.
- 3) Kualitas hidup anak menggambarkan kondisi kehidupan anak dari berbagai aspek antara lain fisik, psikologis, sosial, dan aspek kesejahteraan anak. Gambaran kualitas hidup anak penderita asma terlihat dari adanya keterbatasan yang terjadi pada anak mulai dari keterbatasan melakukan aktivitas sehari-hari seperti bermain, istirahat dan tidur, perubahan sosial, serta keterbatasan anak untuk beradaptasi di

sekolah. Penanganan asma pada anak bertujuan meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup anak sesuai dengan tahap tumbuh kembangnya.

- 4) Ibu mempunyai peran untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh, pendidik bagi anak-anaknya, pelindung, dan sebagai salah satu kelompok sosial dalam lingkungannya. Dalam memberikan asuhan pada anak yang sakit ibu berperan sebagai pemegang kendali yang kuat untuk mengupayakan pencegahan dan pengobatan bagi anak. Upaya pengobatan yang dilakukan ibu ketika ia berupaya mengatasi masalah yang dihadapi anak penderita asma meliputi berbagai upaya seperti pengobatan medis dan pengobatan tradisional, serta upaya lain berdasarkan mitos yang berkembang di masyarakat
- 5) Selama menjalankan peran dan tanggung jawabnya dalam memberikan perawatan pada anak penderita asma, seorang ibu dapat menghadapi berbagai masalah yang dapat menghambat upaya yang dilakukan ibu untuk kesembuhan anak. Masalah dan kesulitan yang kadang dihadapi ibu ketika anak didiagnosis mengalami masalah kesehatan kronis dapat berupa beban psikologis dan fungsional. Beban psikologis yang dihadapi ibu dapat berupa munculnya perasaan cemas, sedih, takut, bingung, kasihan, dan perasaan tidak dihargai. Beban lain yang dihadapi ibu adalah adanya kesulitan dalam mengatur waktu mengurus anak yang sakit dan mengurus rumah tangga, perubahan finansial karena besarnya biaya yang dibutuhkan untuk pengobatan, serta adanya gangguan kebutuhan istirahat dan tidur ibu karena serangan asma yang sering terjadi tiba-tiba dan mengganggu kebutuhan tidur anak.
- 6) Penyesuaian orang tua terhadap anak yang mengalami kondisi khusus membutuhkan dukungan dari berbagai sumber dukungan seperti keluarga, dukungan sosial dari teman, kerabat, profesional, dan dukungan dari sumber komunitas. Ibu yang mendapatkan dukungan dari berbagai pihak akan merasa lebih dihargai, dicintai, dan diperhatikan, keadaan ini akan menumbuhkan

motivasi dan kekuatan bagi ibu dalam menghadapi masalah dan mencari jalan penyelesaiannya.

- 7) Makna pengalaman yang dirasakan ibu selama merawat anak dengan serangan asma yang berulang, hingga terjadinya masalah kualitas hidup pada anak adalah adanya peningkatan spiritualitas ibu dengan selalu bersikap tawakal kepada Tuhan dan berdoa untuk kesembuhan anaknya. Melalui berbagai pengalaman yang dilewati ibu menjadi lebih mandiri untuk selalu mengupayakan kesembuhan anaknya, dan selalu berharap anaknya dapat melewati tahap tumbuh kembang sesuai dengan usianya.
- 8) Keberhasilan ibu sebagai *caregiver* sangat dipengaruhi oleh dukungan berbagai pihak, salah satunya adalah sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit yang sering dimanfaatkan ibu untuk mendapatkan bantuan dan pengobatan bagi anak. Peran tenaga kesehatan sangat besar bagi tata laksana asma pada anak secara berkelanjutan seperti tata laksana yang dapat dilakukan ibu di rumah. Peningkatan pelayanan yang perlu ditingkatkan adalah tindakan edukasi yang meliputi pendidikan kesehatan bagi ibu dan keluarga berupa informasi yang sangat dibutuhkan ibu dalam merawat anak. Pelayanan kesehatan lain yang perlu ditingkatkan adalah bagaimana komunikasi yang diterapkan di rumah sakit dapat lebih efektif dan profesional, sehingga dapat meningkatkan kepuasan konsumen dan kualitas pelayanan kesehatan itu sendiri. Prioritas penanganan masalah pada pasien juga perlu diperhatikan mengingat bahwa penatalaksanaan awal sangat mempengaruhi keberhasilan perbaikan kondisi pasien.

6.2 Saran

Saran yang dapat direkomendasikan peneliti terhadap pihak-pihak terkait untuk peningkatan asuhan keperawatan pada anak penderita asma adalah sebagai berikut:

1) Bagi pelayanan keperawatan anak

Pendidikan kesehatan bagi keluarga dengan anak yang mengalami masalah kesehatan kronis seperti asma sangat dibutuhkan, mengingat besarnya kebutuhan keluarga untuk meningkatkan pengetahuan, manajemen asma pada anak, dan tindakan pencegahan kekambuhan asma. Untuk itu perencanaan dan pelaksanaan program pendidikan kesehatan bagi anak dan keluarga perlu terus ditingkatkan dan aplikatif serta berkesinambungan, sehingga tujuan dari asuhan keperawatan pada anak penderita asma dapat tercapai dan memenuhi sasaran.

2) Petugas kesehatan

Peningkatan pelayanan kesehatan terutama sikap perawat atau tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan anak di rumah sakit. Pelaksanaan dari rencana tindakan yang dilakukan hendaknya selalu memperhatikan etika dan komunikasi terapeutik yang efektif sehingga tidak menimbulkan persepsi negatif dan ketidakpuasan dari masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

3) Bagi praktisi peneliti ilmu keperawatan

Penelitian yang sudah dilakukan ini dapat lebih dikembangkan dan dilanjutkan untuk menggali beberapa aspek yang mempengaruhi asuhan keperawatan pada anak dengan penderita asma, seperti aspek pengaruh asma terhadap psikososial anak, faktor yang mempengaruhi adaptasi anak di sekolah, dukungan sosial apa saja yang dibutuhkan keluarga dalam merawat anak penderita asma.

4) Untuk penelitian terkait selanjutnya perlu mempertimbangkan kondisi partisipan dalam proses pengumpulan data, seperti mengupayakan agar partisipan lebih siap dan fokus selama proses wawancara. Peneliti juga harusnya dapat memanfaatkan waktu penelitian sebaiknya agar proses pengumpulan data sesuai dengan prosedur yang sesuai. Peneliti dan perannya sebagai instrumen dalam penelitian harus lebih meningkatkan kemampuannya dalam membina hubungan saling percaya dengan partisipan dan meningkatkan kemampuan dalam teknik wawancara.

Daftar Referensi

- Akib, A.A. (2002). Asma pada anak. Jakarta. IDAI. *Sari Pediatri*, 4, 78–82.
- Akour, A. N., & Khader, S.Y. (2008). Quality of life in Jordanian children with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 418–426.
- Akour, A.N., & Khader, S.Y. (2009). Having a child with asthma quality life for Jordanian arents. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 574–579.
- Annet, D.R., Bender, G.B., & Allen, C. (2010). Predicting moderate improvement and decline in pediatric asthma quality of life over 24 months. *Journal of Quality life Res*, 19, 1517–1527.
- Anurogo, D. (2009). *Kiat mengatasi asma pada buah hati tercinta*. Diakses melalui [http:// netsain.com](http://netsain.com) pada tanggal 2 Maret 2012.
- Arsyanti, A., & Nuryanti, L. (2010). Keterkaitan komunikasi anak-orang tua dengan manajemen asma. Surakarta : *Eksplanasi* 5 (2).
- Australian center for asthma monitoring. (2005). *Quality of life and markers of asthma control. Asthma in Australian*. Diperoleh tanggal 1 Maret 2012. <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442453765>.
- Binabi, M.A., Mahfouz, A.A., Fifi, A.S., Naser, M.S., & Gelbana. (2010). Asthma knowledge and behaviours among mothers of asthmatic children in Aseer, South-West Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean health journal*, 16 (11), 1153-1158.
- Chen, Y.A., & Escarce, J. (2007). Family structure and the treatment of childhood asthma. Los angeles: *National Bureau of Economic Research*. Working Paper. <http://www.nber.org/papers/w13461>.
- Cheng, C.S., Chen, C.Y., Liou, M.Y., Wang., & Mu, F. P. (2010). Mothers' experience with 1st–3rd-grade children with asthma assisting their child's adaptation of school life in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1960–1968.
- Creswell, J. W. (2010). *Research design: Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dagun, S. (2002). *Psikologi keluarga*. Jakarta : Rhineka Cipta.
- Depkes, RI. (2003). Rencana strategik pelayanankesehatan. Diakses melalui www.ighealth.org/.../Strategic-Plan-MoH-2005-20 pada tanggal 2 Juli 2012.

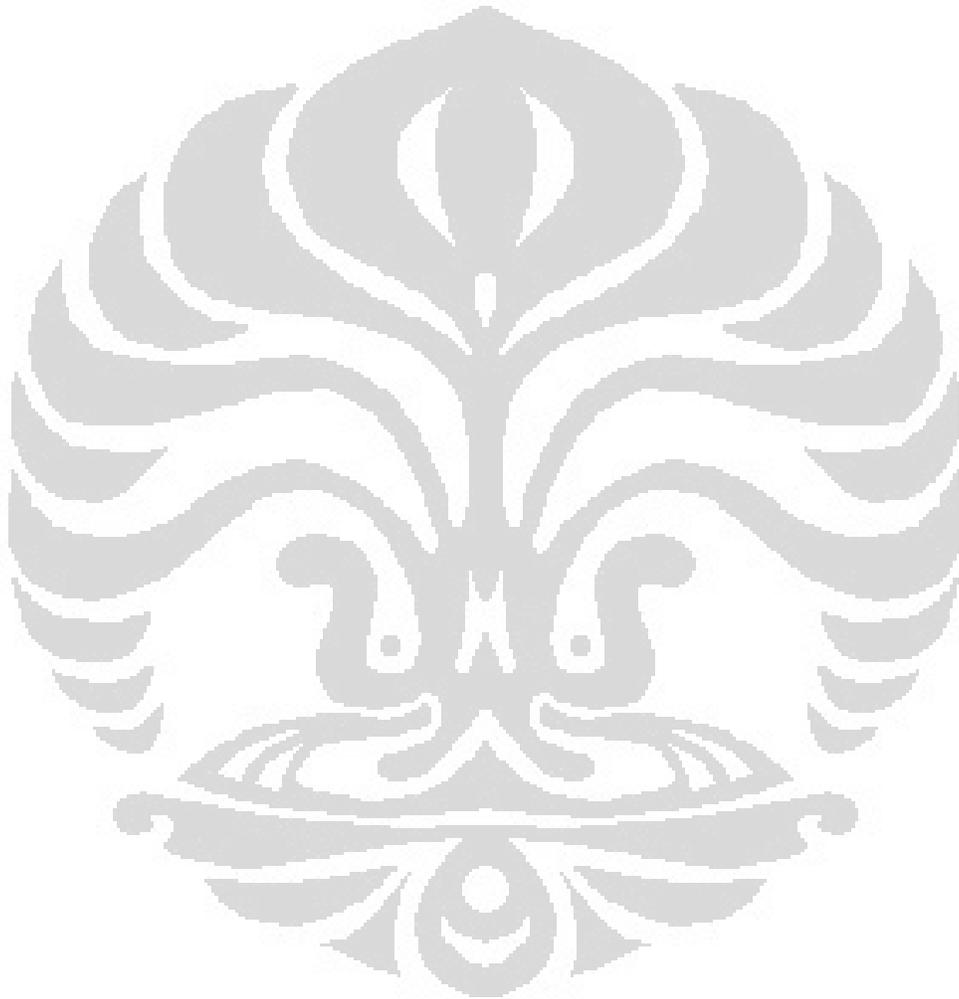
- Depkes, RI. (2009). *Pedoman pengendalian penyakit asma*. Jakarta: Direktorat pengendalian penyakit tidak menular Kemenkes RI.
- Dphil. (2009). What is quality of life?. What is series. *Health economic*. (Second edition). Diperoleh tanggal 1 Maret 2012. <http://WhatisQOL.pdf>.
- Fiese, B., Winter, M., Anbar, R., Howell, K., & Poltrock, S. (2008). Family climate of routine asthma care : Associating perceived burden and mother-child interaction pattern to child well being. *Family process*. 17, 63-79.
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Family nursing: Research, theory and practice (Fifth Edition)*. Corwalk CT: Appeton & Lange
- Garro, A.C & Klein, A.B. (2008). Asthma as a model for chronic disease management programs. The interplay between pulmonary function and quality of life. *Expert opinion. Manage Health out come*: 16 (5), 297-303. Diperoleh tanggal 1 Maret 2012. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>.
- Getch, Q.Y., Jones, S., Pritchett, N.S., & Chapmen, B. (2007). Hear my voice : An African American mother's experience raising a child with a chronic illness. *The Journal of Pan African studies*, 2 (1), 33-52.
- Ghozally, F.R. (2005). *Kecerdasan emosi dan kualitas hidup*. Jakarta: Edsa Malikota.
- Global Initiative in Asthma (GINA, 2006). *Pocket guide for asthma management and prevension in children*. Di akses melalui www.Ginaasthma.org. Tanggal 10 Februari 2012.
- Global Initiative in Asthma (GINA, 2011). *Global strategy for Asthma Management and Prevention*. Di akses melalui www.Ginaasthma.org. Tanggal 10 Februari 2012.
- Hafetz, J., & Miller, V.A. (2010). Child and parent perceptions of monitoring in chronic illness management: a qualitative study. *Center for Injury Research and Prevention*. 36 (5), 655–662.
- Handerson, H. (2011). *Quality of Life Indicators*. Calvert Group. Diperoleh tanggal 3 Maret 2012. <http://www.calvert-henderson.com/current.htm>.
- Hockenberry, M.J., & Wilson. (2009). *Wong's essential of pediatric nursing (7th Ed)*. St Louis : Mosby.
- Konsensus asma. (2003). *Asma. Pedoman diagnosis dan penatalaksanaan di Indonesia*. PDPI. Diperoleh tanggal 3 Maret 2012. <http://www.klikpdpi.com/konsensus/asma/asma.html>.
- Kreitler., & Ben. (2004). *Quality of life in children*. New York : John Willey and Sons.

- LcBlance, H.P. (2004). *Family health communication: The influence of confirmation; intimacy and engagement on parent's report of health communication satisfaction with their children*. Paper of The 54th Annual meeting of the international communication association. New Orleans, Los Angeles.
- Levine, M.D. (1999). *Development behavior pediatric* (3rd ed). Philadelphia : WB Saunders.
- Marsac, M.L., Funk, J.B., & Nelson, L. (2006). Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. *Journal compilation*, 33 (4), 360-367. Diperoleh tanggal 1 Maret 2012. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>.
- Meah, A., Callery, P., Milnes, L., & Rogers, S. (2009). Thinking 'taller': Sharing responsibility in the every day lives of children with asthma. *Journal of clinical nursing*, 19, 1952 – 1959.
- Moleong, L.J. (2006). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: Rosdakarya.
- National Center for Health Statistic. (2008). *Current Asthma*. USA: Centers for Disease Control and Prevention. Diperoleh tanggal 1 Maret 2012. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6001a18.htm>
- Nelson, W.B., Awad, D., Alexander, J., & Clark, N. (2009). The continuing problem of asthma in very young children : A community-based participatory research project. *Journal of School Health*, 79 (5), 209-215.
- Phillips, W. (2010). Managing asthma in children. A guide for parents. *Australian Nursing Journal*, 17 (6), 35-38.
- Poerwandari, E.K. (2009). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. Depok: LPSP3 UI.
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2008). *Essentials of Nursing Research*. Appraising Evidence for Nursing Practice (7th ed). Lippincot: Williams & Wilkins.
- Potts, N.L & Mandleco, B.L. (2007). *Pediatric nursing: caring for children and their families* (2nd ed). New York: Thomson Cooperation.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Basic nursing essentials for practice* (6th ed). Missouri: Mosby Elsevica.
- Pramita, P. (2008). *Faktor-faktor risiko asma pada anak sekolah 13-18 tahun di kepulauan Seribu*. Jakarta: FKUI
- Rachmawati, I.N. (2007). Pengumpulan data dalam penelitian kualitatif: wawancara. *Jurnal keperawatan Indonesia*, 2 (11), 35-40.

- Robert, D., et al. (2010). Predicting moderate improvement and decline in pediatric asthma quality of life over 24 months. *Journal Quality Life Respiratory* 19, 1517 – 1527.
- Sales, J., Fivush, R., & Teague, W.G. (2008). The role of Parental coping in children with Asthma's Psychology well-being and Asthma related Quality of Life. *Journal of Pediatric Psychology* 33 (2), 208 – 219.
- Sidhartini, M (2007). *Peran edukasi pada penatalaksanaan asma pada anak*. Semarang: ISBN.
- Soetrisno, L. A (2000). Perempuan sebagai health provider. PPT- LIPI.
- Suharto, S.(2005). Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup anak asma. Tesis. Tidak dipublikasikan. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Spagnola, M., & Fiese, B. (2010). Preshoolers with asthma : Narratives of family functioning predict behavior problem. *Famiy Process*, 49 (1), 74-91.
- Speziale, Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing* (3rd ed). Lippincot: Williams & Wilkins.
- Sugiyono (2011). *Metode penelitian kualitatif, kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sundaru H, S. (2006). *Asma Bronkial*, Jakarta. Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sweeney, P. K. (2008). The Relationship of household routines to morbidity outcomes in childhood asthma. *Journal for specialists in pediatric nursing*. Wiley periodicals. Inc, 14 (1), 59-69.
- Ukk Pulmonologi. (2004). *Pedoman nasional asma anak*. Jakarta: PP IDAI.
- UNICEF (2000). *Implementation hand book for the convention on the rights of the child*. Diakses tanggal 28 Maret 2012 melalui <http://wed.nic.in/crcpdf/CRC-2.PDF>
- Walker, J., Winkelstein, M., Land, C., Boyer, L.L., Quartey, R., Pham, L., et al. (2008). Factors that influences quality of life in Rural children with asthma and their parents. *Journal of Pediatric Health care*. 22 (6), 343-350.
- Watson, W., Gillespie, C., Thomas, N., Filuk S.E., McColm, J., Piwniuk, M.P., et al. (2009). Small-group, interactive education and the effect on asthma control by children and their families. *Canadian Medical Association Journal*, 181, 5, 257-263.
- WHO. (2011). *Asthma. Media centre*. Diakses tanggal 1 Maret 2012 melalui <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>.

Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2008). *Buku ajar keperawatan pediatric*. Jakarta: EGC.

Yang, H.B., Mu, F.P., Huang, M.C., Lou, L.H., & Wu, G.K. (2011). Relationship among asthma knowledge, behavior management and social adaptation in school-age children with asthma in Taiwan. *Nursing and Health Science*, 3 (1), 1942-2013.



PENJELASAN PENELITIAN
PENGALAMAN IBU MERAWAT ANAK PENDERITA ASMA YANG
MENGALAMI MASALAH KUALITAS HIDUP

Saya:

Nama: Monalisa (NPM 1006800932)

Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan Anak
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Pembimbing 1: Nani Nurhaeni, M.N.

Pembimbing 2: Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. Kom

Meminta kesediaan ibu untuk berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian ini secara sukarela. Sebagai partisipan ibu berhak untuk menentukan sikap dan pilihan tetap menjadi partisipan atau mengundurkan diri dalam penelitian ini karena alasan tertentu.

Berikut ini saya jelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian ini, antara lain:

Tujuan penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup. Manfaat dari penelitian ini untuk mengetahui gambaran dan makna dari pengalaman ibu merawat anak dengan asma yang mengalami masalah kualitas hidup sehingga dapat menjadi dasar menentukan intervensi yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup.

Prosedur penelitian

Pertama peneliti akan melengkapi data demografi partisipan sesuai dengan form yang telah dibuat. Selanjutnya peneliti melakukan wawancara mendalam dengan mengajukan beberapa pertanyaan terbuka sesuai dengan pedoman wawancara. Waktu yang diperlukan untuk wawancara 60 menit dan sesuai dengan kesepakatan antara peneliti dan partisipan sebelumnya. Jika data hasil wawancara memerlukan informasi tambahan untuk melengkapi data yang telah ada maka akan dilakukan

wawancara kembali sesuai dengan waktu yang disepakati. Partisipan diharapkan menyampaikan pengalamannya secara lengkap dan menyeluruh agar data yang didapatkan menjadi gambaran pengalaman partisipan yang sesungguhnya secara mendalam.

Selama proses wawancara peneliti menggunakan alat perekam yang telah dipersiapkan sebelumnya untuk menyimpan semua informasi partisipan dan membantu mempermudah dalam pengumpulan dan pengolahan data. Peneliti akan menjaga kerahasiaan partisipan dan data yang disampaikan dengan membuat inisial identitas partisipan dan mentransformasi informasi dari partisipan dalam bentuk tema dan narasi. Penelitian ini dapat menimbulkan dampak psikologis karena akan menggali makna dan pengalaman ibu dalam merawat anak dengan asma yang mengalami masalah kualitas hidup. Dalam penelitian ini tidak ada intervensi ataupun perlakuan khusus terhadap partisipan terkait pengalaman yang akan disampaikan.

Setelah wawancara selesai dilakukan peneliti akan meminta partisipan untuk mendengarkan seluruh hasil pengumpulan data. Jika ada data yang tidak sesuai, partisipan berhak menyatakan keberatannya, dan mendiskusikan hal ini dengan peneliti. Bila ada informasi yang belum jelas partisipan dapat mengajukan pertanyaan dan meminta penjelasan kepada peneliti. Hasil penelitian ini akan diberikan kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Melalui penjelasan ini peneliti sangat mengharapkan kesediaan ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Atas kesediaan ibu peneliti mengucapkan terima kasih.

Jambi. April 2012
Peneliti,

Monalisa

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
(Informed Consent)

Setelah membaca dan memahami surat saudara mahasiswi Monalisa, NPM: 1006800932 sebagai mahasiswi Program Paska Sarjana Peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan mendapatkan penjelasan tentang tujuan penelitiannya, maka saya bersedia menjadi partisipan dalam penelitian yang akan dilakukan dengan judul “Pengalaman ibu merawat anak penderita asma yang mengalami masalah kualitas hidup”.

Kami sangat memahami bahwa keikutsertaan kami menjadi partisipan pada penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan keberhasilan perawatan anak dengan asma.

Demikianlah persetujuan ini saya tandatangani secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Selanjutnya kami menyatakan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jambi, 2012

Partisipan

Peneliti

(.....)

(Monalisa)

PEDOMAN WAWANCARA

Pertanyaan yang akan diajukan pada partisipan saat wawancara

1. Bagaimana pengalaman ibu ketika anak pertama kali mendapat serangan asma, dan serangan kambuhan?
2. Bagaimana cara ibu merawat anak ketika terjadi serangan asma?
3. Hambatan dan masalah apa saja yang ibu temukan saat merawat anak penderita asma?
4. Informasi dan pelayanan kesehatan apa yang ibu harapkan agar dapat merawat anak penderita asma?



DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Nama (inisial) :

Umur :

Agama :

Suku/ Bangsa :

Pendidikan :

Pekerjaan :

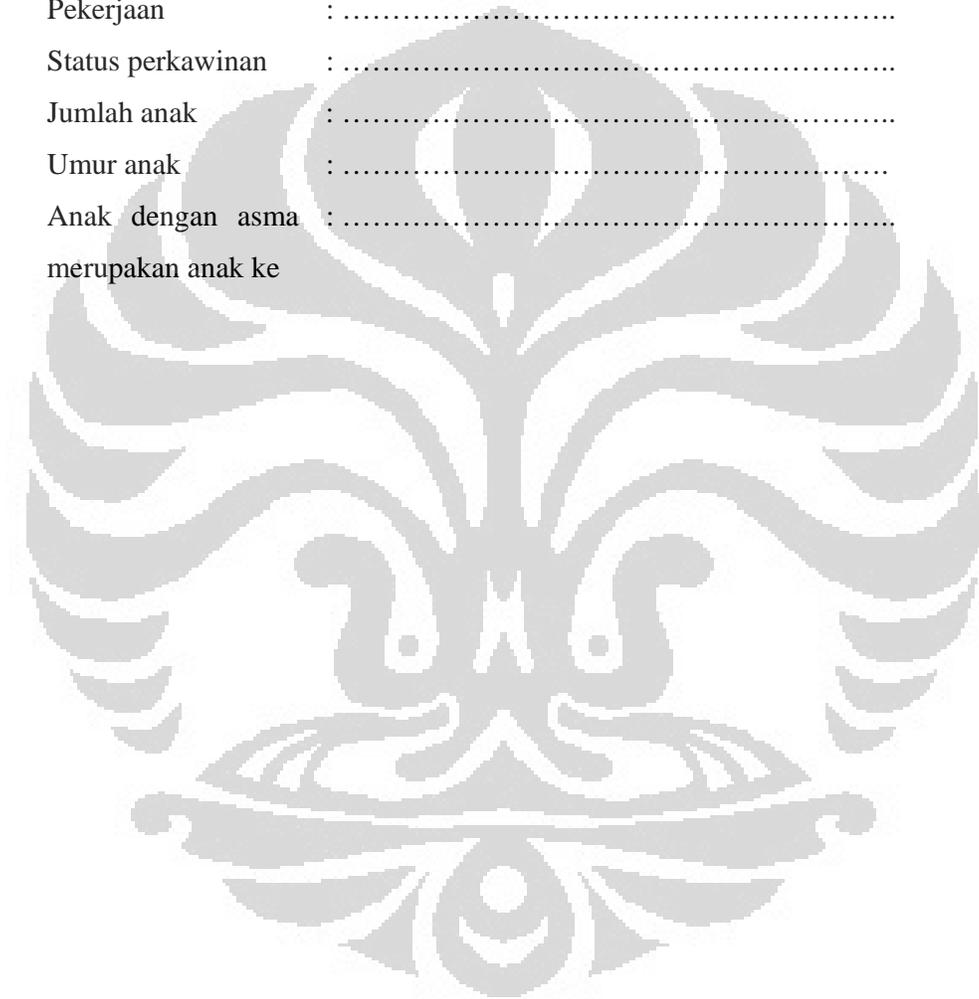
Status perkawinan :

Jumlah anak :

Umur anak :

Anak dengan asma :

merupakan anak ke



FORMAT CATATAN LAPANGAN

Nama Partisipan :	Kode partisipan :
Tempat wawancara :	Waktu wawancara : Tanggal : Jam :
Suasana dan kondisi tempat saat dilakukan wawancara:	
Deskripsi partisipan saat akan dilakukan wawancara:	
Respon partisipan saat wawancara berlangsung:	



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120 , 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.ac.id

Nomor : 31 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012
Lampiran : - -
Perihal : Permohonan pengambilan data

26 Januari 2012

Yth. Direktur
RS. Raden Mattaher Jambi
Di
Jambi

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Anak atas nama:

Sdr. Monalisa
NPM 1006800932

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di RS. Raden Mattaher Jambi sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan judul Pengalaman Ibu Merawat Anak dengan Asma yang Mengalami Penurunan Kualitas Hidup.

Sebagai informasi kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
4. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
5. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengalaman Ibu Merawat Anak Penderita Asma Yang Mengalami Masalah Kualitas Hidup.

Nama peneliti utama : **Monalisa**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

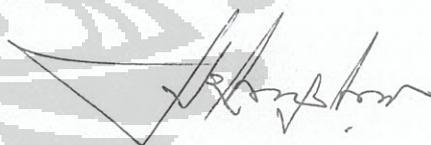
Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 25 April 2012

Dekan,

Ketua,


Dewi Irawaty, MA, PhD



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120 , 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : <http://www.fikui.ac.id>

Nomor : 312 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012
Lampiran : --
Perihal : Permohonan pengambilan data

26 Januari 2012

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan kota Jambi
Di
Jambi

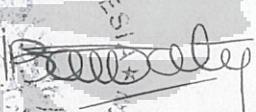
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Anak atas nama:

Sdr. Monalisa
NPM 1006800932

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Jambi sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan judul Pengalaman Ibu Merawat Anak dengan Asma yang Mengalami Penurunan Kualitas Hidup.

Sebagai informasi kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih


Dekan,
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
4. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
5. Peringgal



PEMERINTAH PROVINSI JAMBI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RADEN MATTATHER

NOMOR AKREDITASI : YM 01.10/111.4767/09

Jl. Let. Jend. Soeprapto No. 31 Telanaipura - Jambi 36122

Telp. (0741) 61692 - 61694
63394 - 62364

Fax. (0741) 60014

Jambi, 9 Mei 2012

No : SP 375/RSUD 2.1/Bakordik/ V/2012
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
- Ka. Instalasi Rawat Jalan
- Ka Subid Bidang Yan Keperawatan
- Ka Subid Rekam Medik

di
RSUD Pendidikan Raden Mattaher
Jambi

Sehubungan dengan Surat Wakil Dekan SII Keperawatan Universitas Indonesia Nomor :2007/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 Tanggal 24- 4 - 2012, perihal sebagaimana tersebut diatas, maka bersama ini kami hadapkan kepada saudara mahasiswa :

Nama : Monalisa
NIM : 1006800932
Program Studi :SII Keperawatan /UNIVERSITAS INDONESIA

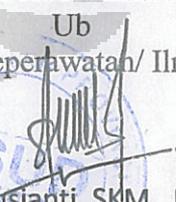
Mohon kiranya saudara untuk dapat memfasilitasi dalam rangka pelaksanaan Penelitian Untuk usulan Tesis dengan Judul "**Pengalaman Ibu Merawat Anak Penderita Asma yang Mengalami Masalah Kualitas Hidup**"

Demikianlah atas perhatian dan kerjasama saudara kami ucapkan terima kasih.

Dir.Pengembangan SDM dan SARPRAS sebagai
Ketua Badan Koordinasi Pendidikan

Ub

Koord. Penelitian Keperawatan/ Ilmu Kesehatan lainnya


Novia Susianti, SKM., M.Biomed
NIP.19771110200604 2 005

Tembusan :

- 1.Direktur Utama RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi (sebagai laporan)
- 2.Direktur Umum dan Keuangan RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi
- 3.Direktur Pelayanan RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi
- 4.Arsip

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. DATA UMUM

Nama : Ns. Monalisa, S. Kep
 Tempat/ Tanggal lahir : Pondok Tinggi/ 11 Agustus 1974
 Agama : Islam
 Pendidikan terakhir : S1 Keperawatan
 Status Perkawinan : Menikah
 Pekerjaan : Mahasiswa Pasca Sarjana Program Magister Keperawatan
 Alamat : Jl. Dr. Purwadi Perumahan Permata Kenali Blok J No. 4 Kenali Besar Jambi 36123

II. LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

1982 - 1988 : SDN 6 Sungai Penuh Jambi
 1988 - 1991 : SMPN 2 Sungai Penuh Jambi
 1991 - 1994 : SMAN 1 Sungai Penuh Jambi
 1994 - 1997 : PAM Keperawatan Depkes Jambi
 2005 - 2008 : S1 Keperawatan FIK Universitas Indonesia
 2010 - : Program Magister Keperawatan Anak FIK UI

III. PEKERJAAN

1997 - 2003 : RS Budi Graha Jambi
 2003 - : Politeknik Kesehatan Kemenkes Jambi

Demikianlah daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sesungguhnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Depok, 30 Juni 2012

(Ns. Monalisa, S. Kep)