

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian keluarga

1) Menurut Depkes. RI. 1988

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ke tergantungan.

Menurut S .G . Bailon dan Aracelis Maglaya 1989, keluarga adalah dua atau lebih dari individu yangtergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan, atau pengangkatan dan mereka hidup bersama dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Setiadi, 2008).

Dari kedua definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah :

- a. Unit terkecil dari masyarakat.
- b. Terdiri atas dua orang atau lebih.
- c. Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah.
- d. Hidup dalam satu rumah tangga.
- e. Dibawah asuhan seorang kepala keluarga.
- f. Berinteraksi diantara sesama anggota keluarga
- g. Setiap anggota keluarga mempunyai perannya masing-masing.
- h. Menciptakan dan mempertahankan kebudayaan

2) Keperawatan kesehatan keluarga

Menurut S.G. Bailon dan Aracelis Maglaya 1998, Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai sarana penyalur (Sulistyono, 2012)

2. Struktur Keluarga

Menurut Effendy (1998) struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

- a. *Patrilineal* : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- b. *Matrilineal* : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. *Matrilokal* : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- d. *Patrilokal* : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- e. *Keluarga Kawinan* : adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

3. Tipe Keluarga

Terdiri dari :

- 1) Keluarga inti (nuclear family) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, anak-anak.
- 2) Keluarga besar (extended family) adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakandan sebagainya .
- 3) Keluarga berantai (serial family) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- 4) Keluarga duda / janda (single family) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- 5) Keluarga berkomposisi (composite) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama.
- 6) Keluarga kabitas (cahabitasia) adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga .

4. Keluarga sebagai unit keperawatan

Alasan keluarga sebagai unit pelayanan (R.B freedman,1981) adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.
- 2) Keluarga sebagai suatu dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah – masalah dalam kelompoknya.
- 3) Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan dan apabila salah satu anggota keluarganya mempunyai masalah kesehatan

akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain.

- 4) Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien) keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggota keluarganya yang menderita kusta.
- 5) Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah dalam upaya kesehatan bagi anggota keluarga yang menderita kusta.

5. Tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan

Menurut Freedman keluarga mempunyai lima (5) tugas memelihara kesehatan keluarga khususnya keluarga yang anggotanya menderita kusta yaitu :

- 1) Mengenal gangguan dan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga tentang gejala kusta.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat terhadap anggota keluarga yang menderita kusta.
- 3) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang menderita kusta.
- 4) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepada anggota keluarganya.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik dengan fasilitas kesehatan yang dapat mengatasi kusta.

6. Peran perawat dalam memberi asuhan keperawatan pada keluarga yang menderita kusta.

Dalam proses membantu keluarga yang menderita kusta maka peran perawat diperlukan sebagai berikut :

1) Pengenal tentang kusta.

Perawat membantu keluarga untuk mengenal tentang kusta.

2) Pemberi perawatan pada anggota keluarga yang menderita kusta.

Dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga yang menderita kusta, Perawat memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mengembangkan kemampuan mereka dalam melaksanakan perawatan dan memberikan demonstrasi kepada keluarga bagaimana merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

3) Koordinator pelayanan kesehatan kepada keluarga yang menderita kusta.

Perawat melakukan hubungan yang terus menerus dengan keluarga yang menderita kusta, sehingga dapat menilai, mengetahui masalah dan kebutuhan keluarga serta mencari cara penyelesaian masalah penyakit yang sedang dihadapi

4) Fasilitator

Menjadikan pelayanan kesehatan dengan mudah untuk mengenal masalah pada keluarga yang menderita kusta dan mencari alternatif pemecahannya .

5) Pendidik kesehatan

Perawat dapat berperan sebagai pendidik untuk merubah perilaku keluarga dari perilaku tidak sehat menjadi sehat dalam mencegah kusta.

6) Penyuluh dan konsultasi

Perawat berperan sebagai petunjuk dalam asuhan keperawatan dasar terhadap keluarga yang anggotanya menderita kusta.

2.2 Tinjauan Teori Medis Tentang Kusta

2.2.1 Definisi

Kusta adalah penyakit yang menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mikobakterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya. (Depkes RI, 2005).

Kusta adalah suatu penyakit infeksi granulomaktosa menahun yang disebabkan oleh organisme intra seluler obligat *Mikobakterium Leprae*. Awalnya kuman ini menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis (Amirudin.M.D, 2012).

2.2.2 Etiologi

Mycrobacterium Leprae merupakan agen kausal pada lepra, kuman ini berbentuk batang tahan asam yang termasuk famili *mycobacteriellae* atau morfologik, triokimiawi dan kemiripan genetika dengan *mycobacterium* lainnya.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. Penderita kusta adalah seseorang yang menunjukkan gejala klinik kusta dengan atau tanpa pemeriksaan bakteriologik dan memerlukan

pengobatan (M. D. Amirudin, 2012).

Untuk mendiagnosa penyakit kusta perlu dicari kelainan-kelainan yang berhubungan dengan gangguan saraf tepi dan kelainan-kelainan yang tampak pada kulit. Untuk itu dalam menetapkan diagnosis penyakit kusta perlu mencari tanda-tanda utama atau “Cardinal Sign,” yaitu :

1. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa .

Kelainan kulit atau lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (hypopigmentasi)atau kemerah-merahan (Eritemtous) yang mati rasa (anestesi).

2. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf.

ganggguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangankronis saraf tepi (neuritis perifer). gangguan fungsi saraf ini bisa berupa :

a. Gangguan fungsi saraf sensoris : mati rasa.

b. Gangguan fungsi motoris : kelemahan (parese) atau kelumpuhan / paralise).

c. Gangguan fungsi saraf otonom: kulit kereing dan retak-retak.

3. Adanya kuman tahan asam didalam kerokan jaringan kulit (BTA+), pemeriksaan ini hanya dilakukan pada kasus yang meragukan (Dirjen PP & PL Depkes, 2005).

2.2.4 Patofisiologi

Masuknya kuman kedalam tubuh dapat melalui kulit yang tidak utuh, saluran pernafasan atau saluran penemaan. Setelah mycobakterium leprae masuk kedalam tubuh, kemudian menuju sel schwan pada syaraf tepi

sebagai tempat predileksinya, selnya pecah dan berkembang biak yang kemudian menginfeksi sel schwan yang lain atau kekulit tergantung pada kerentangan seseorang. Kalau tidak rentan tidak akan sakit dan sebaliknya jika rentan, setelah masa tunasnya dilampui akan timbul segala penyakitnya. Untuk selanjutnya tipe yang akan terjadi tergantung pada derajat imunitas seseorang. Pada imunitas yang tinggi akan terjadi kusta tipe tuberkuloid, sedangkan pada imunitas yang rendah akan terjadi kusta tipe Lepromatous. (FKUI. 2000)

2.2.5 Klasifikasi

Dalam klasifikasi menurut WHO (2003) seluruh penderita hanya dibagi dalam 2 tipe yaitu : Tipe Paucibacillary (PB) dan tipe Multibacillary (MB). Pedoman utama untuk menentukan klasifikasi/tipe penyakit kusta menurut WHO adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Pembagian Kusta Menurut WHO (2003)

No	Tanda dan gejala	PB	MB
1.	Lesi kulit (makula datar, papul yang meninggi, modus).	- 1,5 lesi. - Hipopagmentasi / ertemen.	- > 5 lesi. - Distribusi lebih simetris.
2.	Kerusakan syaraf (menyebabkan hilangnya sensasi / kelemahan otot yang dipersarafi oleh syaraf yang terkena).	- Hilangnya sensasi yang jelas. - Hanya satu cabang syaraf.	- Hilangnya sensasi. - Banyaknya cabang syaraf.

Untuk para petugas kesehatan di lapangan, bentuk klinis penyakit kusta cukup dibedakan atas dua jenis yaitu:

1. Kusta bentuk kering (tipe tuberkuloid)

- a. Merupakan bentuk yang tidak menular
- b. Kelainan kulit berupa bercak keputihan sebesar uang logam atau lebih, jumlahnya biasanya hanya beberapa, sering di pipi, punggung, pantat, paha atau lengan. Bercak tampak kering, perasaan kulit hilang sama sekali, kadang-kadang tepinya meninggi
- c. Pada tipe ini lebih sering didapatkan kelainan urat saraf tepi pada, sering gejala kulit tak begitu menonjol tetapi gangguan saraf lebih jelas.
- d. Komplikasi saraf serta kecacatan relatif lebih sering terjadi dan timbul lebih awal dari pada bentuk basah.
- e. Pemeriksaan bakteriologis sering kali negatif, berarti tidak ditemukan adanya kuman penyebab.
- f. Bentuk ini merupakan yang paling banyak didapatkan di Indonesia dan terjadi pada orang yang daya tahan tubuhnya terhadap kuman kusta cukup tinggi

2. Kusta bentuk basah (tipe lepromatosa)

- a. Merupakan bentuk menular karena banyak kuman dapat ditemukan baik di selaput lendir hidung, kulit maupun organ tubuh lain.

- b. Jumlahnya lebih sedikit dibandingkan kusta bentuk kering dan terjadi pada orang yang daya tahan tubuhnya rendah dalam menghadapi kuman kusta.
- c. Kelainan kulit bisa berupa bercak kamarahan, bisa kecil-kecil dan tersebar diseluruh badan ataupun sebagai penebalan kulit yang luas (infiltrat) yang tampak mengkilap dan berminyak. Bila juga sebagai benjolan-benjolan merah sebesar biji jagung yang sebesar di badan, muka dan daun telinga.
- d. Sering disertai rontoknya alis mata, menebalnya cuping telinga dan kadang-kadang terjadi hidung pelana karena rusaknya tulang rawan hidung.
- e. Kecacatan pada bentuk ini umumnya terjadi pada fase lanjut dari perjalanan penyakit.
- f. Pada bentuk yang parah bisa terjadi "muka singa" (facies leonina)

Diantara kedua bentuk klinis ini, didapatkan bentuk pertengahan atau perbatasan (tipe borderline) yang gejala-gejalanya merupakan peralihan antara keduanya. Bentuk ini dalam pengobatannya dimasukkan jenis kusta basah.

2.2.6 Cara Penularan

Penyakit kusta dapat ditularkan melalui dua macam cara yaitu : secara langsung dan tak langsung.

2.2.6.1 Penularan langsung

Penularan langsung adalah kondisi penularan yang dimana proses perpindahan kuman mycobacterium leprae dari penderita kepada orang yang

sehat, tanpa melalui perantara, hal tersebut bisa melalui kontrak kulit yang lama terlebih kulit yang mengalami kerusakan integritas *droplet infection* serta ciuman antara orang sehat dengan penderita.

2.2.6.2 Penularan tak langsung

Penularan tak langsung adalah kondisi yang memungkinkan penularan kuman tidak langsung yakni kuman berasal dari penderita melalui obyek tertentu sebelum masuk ke dalam tubuh calon penderita, misalnya melalui alat-alat mandi, alat-alat makan dan pakaian penderita ataupun yang mengandung kuman *mycobacterium leprae*.

2.2.7 Komplikasi

2.2.7.1 Kerusakan Fungsi Sensorik

Kelainan fungsi sensorik ini menyebabkan terjadinya kurang atau mati rasa (anestesi). Akibat kurang atau mati rasa pada telapak tangan dan kaki dapat terjadi luka. Sedangkan pada kornea mata akan mengakibatkan kurang atau hilangnya reflek kedip sehingga mata mudah kemasukan kotoran, benda-benda asing yang dapat menimbulkan infeksi mata dan akhirnya kebutaan.

2.2.7.2 Kerusakan Fungsi Motorik

Kekuatan otot tangan dan kaki dapat menjadi lemah/lumpuh dan lama-lama ototnya mengecil (atrofi) oleh karena tidak dipergunakan. Jari-jari tangan dan kaki menjadi bengkok ("*claw hand/claw toes*") dan akhirnya dapat terjadi kekakuan pada sendinya (kontraktur). Bila terjadi kelemahan/kelumpuhan pada otot kelopak mata maka kelopak mata tidak dapat dirapatkan ("*lagophthalmos*").

2.2.7.3 Kerusakan Fungsi Otonom.

Terjadi gangguan pada kelenjar keringat, kelenjar minyak dan gangguan sirkulasi darah sehingga kulit menjadi kering, menebal, mengeras dan akhirnya dapat pecah-pecah. Pada umumnya apabila akibat kerusakan fungsi syaraf tidak ditangani secara cepat dan tepat maka akan terjadi cacat ketinggian yang lebih berat.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

2.2.8.1 Pemeriksaan Bakteriologis

Ketentuan pengambilan sediaan adalah sebagai berikut:

1. Sediaan diambil dari kelainan kulit yang paling aktif.
2. Kulit muka sebaiknya dihindari karena alasan kosmetik kecuali tidak ditemukan lesi ditempat lain.
3. Pemeriksaan ulangan dilakukan pada lesi kulit yang sama dan bila perlu ditambah dengan lesi kulit yang baru timbul.
4. Lokasi pengambilan sediaan apus untuk pemeriksaan mikobakterium leprae ialah:
 - a. Cuping telinga kiri atau kanan
 - b. Dua sampai empat lesi kulit yang aktif ditempat lain
5. Sediaan dari selaput lendir hidung sebaiknya dihindari karena:
 - a. Tidak menyenangkan pasien
 - b. Positif palsu karena ada mikobakterium lain
 - c. Tidak pernah ditemukan mikobakterium leprae pada selaput lendir hidung apabila sediaan apus kulit negatif.

- d. Pada pengobatan, pemeriksaan bakterioskopis selaput lendir hidung lebih dulu negatif dari pada sediaan kulit ditempat lain.
6. Indikasi pengambilan sediaan apus kulit:
 - a. Semua orang yang dicurigai menderita kusta
 - b. Semua pasien baru yang didiagnosis secara klinis sebagai pasien kusta
 - c. Semua pasien kusta yang diduga kambuh (relaps) atau karena tersangka kuman resisten terhadap obat.
 - d. Semua pasien MB setiap 1 tahun sekali
 7. Pemeriksaan bakteriologis dilakukan dengan pewarnaan tahan asam, yaitu ziehl neelsen atau kinyoun gabett
 8. Cara menghitung BTA dalam lapangan mikroskop ada 3 metode yaitu cara zig zag, huruf z, dan setengah atau seperempat lingkaran. Bentuk kuman yang mungkin ditemukan adalah bentuk utuh (solid), pecah-pecah (fragmented), granula (granulates), globus dan clumps

2.2.8.2 Indeks Bakteri (IB)

Merupakan ukuran semikuantitatif kepadatan BTA dalam sediaan hapus. IB digunakan untuk menentukan tipe kusta dan mengevaluasi hasil pengobatan. Penilaian dilakukan menurut skala logaritma RIDLEY sebagai berikut:

0 : bila tidak ada BTA dalam 100 lapangan pandang

1 : bila 1-10 BTA dalam 100 lapangan pandang

2 : bila 1-10 BTA dalam 10 lapangan pandang

3 : bila 1-10 BTA dalam rata-rata 1 lapangan pandang

4 : bila 11-100 BTA dalam rata-rata 1 lapangan pandang

5: bila 101-1000 BTA dalam rata-rata 1 lapangan pandang

6 : bila >1000 BTA dalam rata-rata 1 lapangan pandang

2.2.8.3 Indeks Morfologi

Merupakan persentase BTA bentuk utuh terhadap seluruh BTA. IM digunakan untuk mengetahui daya penularan kuman, mengevaluasi hasil pengobatan, dan membantu menentukan resistensi terhadap obat.

2.2.9 Penatalaksanaan

2.2.9.1 Terapi Medik

Tujuan utama program pemberantasan kusta adalah penyembuhan pasien kusta dan mencegah timbulnya cacat serta memutuskan mata rantai penularan dari pasien kusta terutama tipe yang menular kepada orang lain untuk menurunkan insiden penyakit.

Program Multi Drug Therapy (MDT) dengan kombinasi rifampisin, klofazimin, dan DDS dimulai tahun 1981. Program ini bertujuan untuk mengatasi resistensi dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidaktaatan pasien, menurunkan angka putus obat, dan mengeliminasi persistensi kuman kusta dalam jaringan.

Rejimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai rekomendasi WHO 1995 sebagai berikut:

a) Tipe PB (PAUSE BASILER)

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa :

1. Rifampisin 600mg/bln diminum didepan petugas.

2. DDS tablet 100 mg/hari diminum di rumah

Pengobatan 6 dosis diselesaikan dalam 6-9 bulan dan setelah selesai minum 6 dosis dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif. Menurut WHO(1995) tidak lagi dinyatakan RFT tetapi menggunakan istilah Completion Of Treatment Cure dan pasien tidak lagi dalam pengawasan.

b) Tipe MB (MULTI BASILER)

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa:

1. Rifampisin 600mg/bln diminum didepan petugas.
2. Klofazimin 300mg/bln diminum didepan petugas dilanjutkan dengan klofazimin 50 mg /hari diminum di rumah.
3. DDS 100 mg/hari diminum dirumah

Pengobatan 24 dosis diselesaikan dalam waktu maksimal 36 bulan sesudah selesai minum 24 dosis dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif dan pemeriksaan bakteri positif. Menurut WHO (1998) pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT.

c) Dosis untuk anak

Klofazimin:

1. Umur dibawah 10 tahun :
 - Bulanan 100mg/bln.
 - Harian 50mg/2kali/minggu
2. Umur 11-14 tahun
 - Bulanan 100mg/bln.

- Harian 50mg/3kali/minggu

DDS : 1-2mg /Kg BB

Rifampisin : 10-15mg/Kg BB

d) Pengobatan MDT terbaru

Metode ROM adalah pengobatan MDT terbaru. Menurut WHO(1998), pasien kusta tipe PB dengan lesi hanya 1 cukup diberikan dosis tunggal rifampisin 600 mg, ofloksasim 400mg dan minosiklin 100 mg dan pasien langsung dinyatakan RFT, sedangkan untuk tipe PB dengan 2-5 lesi diberikan 6 dosis dalam 6 bulan. Untuk tipe MB diberikan sebagai obat alternatif dan dianjurkan digunakan sebanyak 24 dosis dalam 24 jam.

e) Putus obat

Pada pasien kusta tipe PB yang tidak minum obat sebanyak 4 dosis dari yang seharusnya maka dinyatakan DO, sedangkan pasien kusta tipe MB dinyatakan DO bila tidak minum obat 12 dosis dari yang seharusnya.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan keluarga seara khusus mengikuti pola keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. (Padila, 2012).

2.3.1 Pengkajian

a. Data Umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat
- 3) Pekerjaan Kepala Keluarga
- 4) Pendidikan Kepala Keluarga
- 5) Komposisi Keluarga dan Genogram
- 6) Tipe Keluarga
- 7) Suku Bangsa
- 8) Agama
- 9) Status Sosial Ekonomi Keluarga
- 10) Aktivitas Rekreasi Keluarga

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini.

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.

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

- 3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan keluarga inti, meliputi

riwayat – riwayat keturunan, riwayat kesehatan masing – masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan tentang riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Pengkajian Lingkungan

a. Karakteristik rumah

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

b. Karakteristik tetangga dan komunitas RW

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

c. Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk

berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

e. Sistem pendukung keluarga

Sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas – fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

d. Struktur Keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

3) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing – masing keluarga baik secara formal maupun informal.

4) Nilai dan norma keluarga

Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga adalah yang bertentangan dengan masalah Kusta seperti halnya pergi ke dukun dan bukan pada petugas fasilitas kesehatan.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Gambaran diri anggota keluarga, anggota keluarga tidak memiliki

orang yang dipercaya dalam keluarga dan tidak ada dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita Kusta sehingga keterlambatan penanganan.

2) Fungsi sosialisasi

Tugas keluarga dalam menjalankan fungsi ini adalah bagaimana keluarga mempersiapkan anggota keluarganya menjadi anggota masyarakat yang baik, mampu menyesuaikan diri dan dapat berinteraksi dengan lingkungan.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang terkena Kusta serta pengetahuan keluarga mengenai perawatan, kesanggupan keluarga melakukan tugas perawatan keluarga yaitu:

1. Mengetahui masalah kesehatan

Ketidaksanggupan keluarga dalam mengetahui masalah pada diabetes melitus salah satu faktor penyebabnya adalah karena kurang pengetahuan tentang kusta. Apabila keluarga tidak mampu mengetahui masalah kusta, penyakit tersebut akan mengakibatkan komplikasi yang lebih parah.

2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Ketidaksanggupan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat dan luasnya masalah yang

dihadapi dan masalah tidak begitu menonjol. Penyakit kusta yang tanpa penanganan akan mengakibatkan komplikasi.

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakkampuan dalam merawat anggota keluarga disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit, misalnya keluarga tidak mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan pengelolaan pada kusta

4. Memelihara lingkungan rumah yang sehat

Ketidaksanggupan keluarga dalam memelihara lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan. Ketidakkampuan ini disebabkan karena sumber-sumber dalam keluarga tidak mencukupi, diantaranya adalah biaya.

5. Menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan dimasyarakat.

Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah kusta. Agar penderita dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin.

4) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah :

- a. Jumlah anak.
- b. Rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga.
- c. Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

5) Fungsi ekonomi

Kusta sering terjadi pada keluarga yang mempunyai status ekonomi menengah keatas. Karena faktor lingkungan dan gaya hidup yang tidak sehat.

f. Stres dan Koping Keluarga

1) Stresor jangka pendek dan panjang

a. Stresor jangka pendek adalah stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan

b. Stresor jangka panjang adalah stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stresor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stresor.

3) Strategi koping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stres

4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menhadapi permasalahan / stres.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik.

h. Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

2.3.2 Perumusan Diagnosa Keperawatan Keluarga

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada asuhan keperawatan dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes adalah sebagai berikut:

1. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal tentang penyakit kusta.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
3. Potensial komplikasi (kerusakan fungsi sensori) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah.
4. Resiko terhadap cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
5. Perubahan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

2.3.3 Prioritas dari diagnosa keperawatan yang ditemukan.

Tahap berikutnya setelah ditetapkan rumusan masalahnya adalah memprioritaskan masalah sesuai dengan keadaan keluarga karena dalam suatu keluarga perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan.

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Maglaya)

- i. Tentukan skor untuk tiap kriteria
- ii. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{bobot}$$

Angka tertinggi

Jumlahkan skor untuk semua kriteria

iii. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot

Tabel 2.4 Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		
	• Tidak atau kurang sehat	3	1
	• Ancaman kesehatan	2	
	• Keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	• Mudah	2	2
	• Sebagian	1	
	• Tidak dapat	0	
3.	Potensi masalah dapat dicegah		
	• Tinggi	3	1
	• Cukup	2	
	• Rendah	1	
4.	Menonjolnya masalah		
	• Masalah berat harus segera ditangani	2	1
	• Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	1	
	• Masalah tidak dirasakan	0	

Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala :

1. Kriteria I, yaitu masalah, bobot yang lebih berat yaitu tidak atau sehat karena memerlukan tindakan segera dan disadari dan dirasakan oleh keluarga.

Untuk mengetahui sifat masalah ini mengacu pada tipologi masalah kesehatan yang terdiri dari 3 kelompok besar, yaitu :

a. Ancaman kesehatan

Yaitu keadaan yang memungkinkan keadaan terjadinya penyakit, kecelakaan, dan kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan.

Keadaan yang disebut dalam ancaman kesehatan antara lain :

1. Penyakit keturunan seperti asma, diabetes mellitus, dan sebagainya.
2. Anggota keluarga ada yang menderita penyakit menular, seperti TBC, gonore, hepatitis, dan sebagainya.
3. Jumlah anggota terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan sumber daya keluarga.
4. Resiko terjadi kecelakaan seperti rumah tangga terlalu curam, benda tajam diletakkan disembarang tempat.
5. Kekurangan atau kelebihan gizi dari masing-masing anggota keluarga.
6. Keadaan yang menimbulkan stres antara lain :
 - a) Hubungan keluarga yang tidak harmonis.

- b) Hubungan orang tua dan anak yang tegang.
- c) Orang tua yang tidak dewasa.

7. Sanitasi lingkungan yang buruk, diantaranya :

- a) Ventilasi kurang baik.
- b) Sumber air minum tidak memenuhi syarat.
- c) Polusi udara.
- d) Tempat pembuangan sampah yang tidak sesuai dengan syarat.
- e) Tempat pembuangan tinja yang mencemari sumber air minum.

- a) Kebisingan.
- b) Kebiasaan yang merugikan kesehatan, seperti :

- 1) Merokok.
- 2) Minuman keras.
- 3) Makan obat tanpa resep.
- 4) Makan daging mentah.
- 5) Higiene perseorangan jelek
- 6) Sifat kepribadian yang melekat, misalnya pemarah
- 7) Riwayat persalinan sulit.
- 8) Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal.
- 9) Imunisasi anak yang tidak lengkap.

b. Kurang atau tidak sehat

Yaitu kegagalan dalam menmantapkan kesehatan.

- 1. Keadaan sakit (sesudah atau sebelum didiagnosa).

2. Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.

c. Situasi krisis

1. Perkawinan.
2. Kehamilan.
3. Persalinan.
4. Masa nifas.
5. Menjadi orang tua.
6. Penambahan anggota keluarga (bayi).
7. Abortus.
8. Anak masuk sekolah.
9. Anak remaja.
10. Kehilangan pekerjaan.
11. Kematian anggota keluarga.
12. Pindah rumah

2. Kriteria II, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah.

Perhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut :

- a. Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
- b. Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan, dan tenaga.
- c. Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan, dan waktu.
- d. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.

3. Kriteria III, yaitu potensial masalah dapat dicegah

Faktor-faktor yang diperhatikan adalah :

- a. Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
- b. Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
- c. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- d. Adanya kelompok “High Risk” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

4. Kriteria IV, menonjolnya masalah

Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut (setiadi, 2008)

2.3.4 Perencanaan

Menurut Bailon G.S, Keperawatan kesehatan keluarga. Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan keperawatan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi. (Setiadi. 2008).

1. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal tentang penyakit kusta.

1) Tujuan

Keluarga mengetahui tentang penyakit kusta dan cara merawatnya

2) Kriteria hasil

A. Verbar

Keluarga megatakan mengetahui tentang penyakit kusta.

B. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap yang dapat menyebabkan penyakit kusta.

C. Psikomotor

Keluarga mau mencari informasi tentang penyakit kusta.

3) Rencana tindakan

- a. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit kusta.
- b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan penyebab kusta.
- c. Jelaskan cara pencegahan kusta.
- d. Anjurkan untuk segera memeriksakan diri ke puskesmas jika didapatkan tanda dan gejala kusta.

4) Rasional

- a. Diharapkan keluarga mengatahui tentang kusta.
- b. Diharapkan keluarga mengetahui tentang pengertian tanda dan gejala, penyebab kusta.
- c. Diharapkan keluarga mengetahui bagaiman cara pencegahan kusta
- d. Diharapkan segera mendapatkan pengobatan sehingga tidak sampai bertambah parah.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

1) Tujuan

Resiko infeksi pada salah satu anggota keluarganya tidak terjadi.

2) Kriteria hasil

A. Verbal

keluarga dapat mengetahui tentang pentingnya kebersihan rumah.

B. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap untuk memelihara lingkungan yang sehat.

C. Psikomotor

keluarga mau melakukan usaha untuk meminimalkan resiko infeksi dengan memelihara lingkungan yang sehat.

3) Rencana tindakan

- a. mengkaji pengetahuan keluarga tentang perawatan penyakit kusta.
- b. mengkaji tanda – tanda infeksi
- c. Jelaskan tentang perawatan kusta dirumah.
- d. Diskusikan dengan keluarga cara perawatan luka dan mencegah perluasan luka.
- e. Anjurkan berobat secara teratur

4) Rasional

- a. Diharapkan dapat diketahui sejauh mana pengetahuan

keluarga tentang penyakit kusta.

- b. Agar keluarga mengetahui tentang tanda – tanda infeksi.
 - c. Diharapkan keluarga dapat melakukan perawatan sesuai dengan cara – cara yang diberikan.
 - d. Diharapkan dengan berobat secara teratur penyakit bisa cepat sembuh.
 - e. Diharapkan dengan berobat secara teratur penyakit bisa cepat sembuh.
3. Potensial komplikasi (kerusakan fungsi sensori) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah.

1) Tujuan

Potensial komplikasi (kerusakan fungsi sensori) pada salah satu anggota keluarga.

2) Kriteria Hasil

A. Verbal

keluarga dapat mengetahui dampak tidak kontrol secara teratur

B. Afektif

keluarga dapat menentukan sikap agar pasien selalu kontrol teratur

C. Psikomotor

keluarga mampu melakukan usaha untuk selalu kontrol di puskesmas

3) Rencana Tindakan

- a. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan luka.
- b. Anjurkan keluarga untuk merawat luka setiap hari.
- c. Berikan penjelasan tentang lingkungan yang dapat mengganggu kesehatan dan manfaat dari lingkungan yang bersih.
- d. Anjurkan keluarga untuk membersihkan lingkungan rumah setiap hari.

4) Rasional

- a. Dengan mengkaji tingkat pengetahuan keluarga diharapkan dapat diketahui sejauh mana keluarga mengetahui tentang perawatan luka.
- b. Dengan perawatan luka setiap hari diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi.
- c. Dengan lingkungan yang bersih dapat mencegah terjadinya komplikasi.
- d. Diharapkan keluarga mengikutsertakan secara aktif, sehingga dapat menambah ketrampilan secara nyata dalam pemeliharaan lingkungan rumah..

4. Resiko terhadap cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

1) Tujuan

Resiko cedera pada salah satu anggota keluarga tidak terjadi.

2) Kriteria Hasil

A. Verbal

Keluarga mengatakan mengerti cara merawat anggota keluarga yang sakit.

B. Afektif

Keluarga mampu menyebutkan bagaimana cara merawat anggota keluarganya yang sakit

C. Psikomotor

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

3) Rencana Tindakan

- a. Jelaskan kepada keluarga tentang kemungkinan penyebab terjadi kusta
- b. Jelaskan keluarga tentang tanda dan gejala terjadinya kusta.
- c. Jelaskan keluarga tentang komplikasi dari kusta.

4) Rasional

- a. Agar keluarga mengetahui tentang penyebab dari penyakit kusta
- b. Agar keluarga mengetahui tentang tanda dan gejala penyakit kusta
- c. Menjelaskan kepada keluarga tentang komplikasi dari kusta agar keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit kusta.

5. Perubahan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

1) Tujuan

Keluarga mampu memelihara kesehatan pada keluarga yang lebih baik.

2) Kriteria Hasil

A. Verbal

Keluarga mau menggunakan fasilitas kesehatan secara rutin.

B. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap agar pasien selalu kontrol teratur

C. Psikomotor

Keluarga mampu melakukan usaha untuk selalu kontrol di puskesmas

3) Rencana Tindakan

- a. Mengkaji tingkat sosial ekonomi keluarga.
- b. Jelaskan pada keluarga tentang adanya dana sehat di puskesmas.

4) Rasional

- a. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan ekonomi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.
- b. Keluarga mengerti dan mau mengambil keputusan untuk berobat ke puskesmas.

2.3.5 Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Bailon G.S dan Maglaya S.A Keperawatan kesehatan keluarga, 1998 seperti yang diterjemahkan oleh Anis K. Daud, dkk. Bahwa pada tahap pelaksanaan perawat akan menghadapi kenyataan dalam

perawatan kesehatan keluarga yang dapat mendorong untuk mencoba segala daya cipta dalam mengadakan perubahan – perubahan. (Sulisty, 2012)

Adapun kegiatan dalam tahap pelaksanaan ini antara lain adalah :

- a. Bimbingan dan penyuluhan
- b. Mendidik keluarga tentang perawatan kepada pasien.
- c. Melakukan perawatan paripurna
- d. Mengadakan pencatatan dan pelaporan

2.3.6 Evaluasi

Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (output) dan penilaian selalu berkaitan dengan tujuan. Evaluasi juga dapat meliputi penilaian input dan proses. (Setiadi, 2008)

Evaluasi sebagai suatu proses yang dipusatkan pada beberapa dimensi :

- a. Bila evaluasi dipusatkan pada tujuan kita memperhatikan hasil dari tindakan keperawatan.
- b. Bila evaluasi digunakan pada ketepatangunaan (effisiensi),maka dimensinya dapat dikaitkan dengan biaya.,waktu,tenaga dan bahan.
- c. Kecocokan (Appropriatenes) dari tindakan keperawatan adalah kesanggupan dari tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah.

Kecukupan (Adequacy) dari tindakan keperawatan (F.H.C 2000).