

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat dengan seseorang. Di keluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai, pola pikiran, dan kebiasaan dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar, dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya (Setiadi, 2008).

2.1.2 Ciri-Ciri Keluarga

Menurut (Setiadi, 2008) Ciri-ciri keluarga adalah :

1. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
2. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
3. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (nomen clatur) termasuk perhitungan garis keturunan.
4. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
5. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga (Setiadi, 2008)

2.1.3 Tipe Keluarga

Menurut (Setiadi, 2008) pembagian tipe ini bergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan:

1. Secara tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

- a. Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (anak kandung atau anak angkat).
- b. Keluarga besar (*extended family*), yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah misalnya kakek, nenek, paman, bibi atau keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti keluarga nuclear family disertai paman, tante, orang tua (kakek–nenek) dan keponakan.

2. Secara modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain di atas adalah :

a. *Tradisional nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi–sanksi dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

b. *Reconstituted nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak–anaknya, baik itu bawaan perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

c. *Niddle age/Aging couple*

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah mereka karena sekolah/perkawinan/meniti karir.

d. *Dyanic nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak lagi mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

e. *Single parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

f. *Dual carrier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

g. *Commuter married*

Suami/istri atau keduanya orang karir dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

h. *Single adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

i. *Three generation*

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah

j. *Institusional*

Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam satu panti-panti.

k. *Communal*

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama sama dalam penyediaan fasilitas.

l. *Group marriage*

Yaitu suatu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunan di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

m. *Unmarried Parent and Child*

Yaitu ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

n. *Cohibing couple*

Yaitu dua orang atau satu pasangan tinggal bersama tanpa kawin.

o. *Gay and lesbian family*

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

2.1.4 Struktur Keluarga

Menurut (Friedman,2010) struktur keluarga terdiri atas:

1. Pola Komunikasi

Pola komunikasi keluarga sebagai suatu simbolis, proses transaksional menciptakan dan membagi arti dalam keluarga. Seperti halnya setiap orang mempunyai gaya komunikasi yang berbeda, begitu pula setiap keluarga mempunyai gaya dan pola komunikasi yang unik. Komunikasi yang jelas dan fungsional antara anggota keluarga merupakan alat yang penting untuk mempertahankan lingkungan yang kondusif yang diperlukan untuk mengembangkan perasaan berharga dan harga diri serta menginternalisasikan

ya. Sebaliknya komunikasi yang tidak jelas diyakini sebagai penyebab utama fungsi keluarga yang buruk.

2. Struktur Kekuasaan

Kekuasaan merupakan kemampuan (potensi atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah orang lain kearah positif. Kekuasaan selalu melibatkan hubungan interpersonal yang tidak simetris. Salah seorang yang berinteraksi memiliki pengaruh/ kendali yang lebih besar dalam suatu hubungan. Kekuasaan dimanifestasikan melalui proses pembuatan keputusan dalam keluarga. Pembuatan keputusan dan kekuasaan keluarga pada umumnya lebih sering dilakukan secara bersama dalam keluarga saat ini dan masa lampau.

3. Struktur Peran

Peran adalah perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu, posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial. serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai istri, suami atau anak.

4. Nilai Keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga jugamerupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma peraturan.

Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat sistem nilai dalam keluarga, budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

2.1.5 Fungsi Pokok Keluarga

Menurut (Setiadi,2008) secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut :

1. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2.1.6 Peran Perawat Keluarga

Menurut (Muhlisin,2012) menyatakan bahwa perawat kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan pada keluarga sebagai unit pelayanan

untuk mewujudkan keluarga yang sehat. Fungsi perawat, membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga.

Peran perawat dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga antara lain:

1. Pendidik

Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan secara mandiri dan bertanggungjawab terhadap masalah kesehatan keluarga.

2. Koordinator

Koordinator diperlukan pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai. Koordinasi juga sangat diperlukan untuk mengatur program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin ilmu agar tidak terjadi tumpang tindih dan pengulangan.

3. Pelaksana

Perawat yang bekerja dengan klien dan keluarga baik di rumah klinik maupun di rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung. Kontak pertama perawat kepada keluarga melalui anggota keluarga yang sakit. Perawat dapat mendemonstrasikan kepada keluarga asuhan keperawatan yang diberikan dengan harapan keluarga nanti dapat melakukan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit.

4. Pengawas Kesehatan

Sebagai pengawas kesehatan perawat harus melakukan "*home visit*" atau kunjungan rumah yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan tentang kesehatan keluarga.

5. Konsultan (penasehat)

Perawat sebagai narasumber bagi keluarga didalam mengatasi masalah kesehatan. Agar keluarga mau meminta nasehat kepada perawat maka hubunga perawat-keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya.

6. Kolaborasi

Perawat keluarga juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.

7. Fasilitator

Peran perawat keluarga disini adalah membantu keluarga didalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Kendala yang sering dialami keluarga adalah keraguan didalam menggunakan pelayanan kesehatan; masalah ekonomi, dan sosial budaya. Agar dapat melaksanakan peran fasilitator dengan baik maka perawat komunitas harus mengetahui sistem pelayanan kesehatan, misalnya sistem rujukan dan dana sehat.

8. Penemu Kasus

Peran perawat keluarga yang juga sangat penting adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan atau wabah.

9. Modifikasi Lingkungan

Perawat keluarga juga harus dapat memodifikasi lingkungan masyarakat agar dapat tercipta lingkungan yang sehat.

2.1.7 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Menurut (Setiadi, 2008) menyatakan bahwa, sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatan kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi, jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

3. Merawat keluarga yang memiliki gangguan kesehatan. Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan seperti keluarga selalu memeriksa / kontrol secara rutin.

2.2 Tinjauan Teori Tuberculosis Paru

2.2.1 Pengertian

Tuberculosis Paru adalah penyakit infeksius yang disebabkan oleh basil *Mycobakterium Tuberculosis* yang hampir seluruh anggota tubuh dapat terserang olehnya, tapi yang paling banyak adalah paru-paru, dengan gejala yang sangat bervariasi (Padila, 2013)

2.2.2 Etiologi

Agen infeksius utama, *Mycobakterium Tuberculosis* adalah batang aerobik tahan asam yang tumbuh ssdengan lambat dan sensitive terhadap panas dan sinar ultraviolet. *Mycobakterium Tuberculosis* berbentuk batang dengan panjang 1-4/um dengan tebal 0,3-0,5um. Selain itu juga terdapat *Mycobakterium Bovis* dan *avium* pada kejadian yang jarang berkaitan dengan terjadinya infeksi Tuberculosis. Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering di sebut (BTA) Basil Tahan Asam (Padila, 2013)

2.2.3 Klasifikasi Tuberkulosis

Klasifikasi Tuberculosis Paru menurut gejala klinis, radiologic dan riwayat penyakit sebelumnya yaitu :

1. Kategori 0
 - a. Tidak pernah terpapar / terinfeksi
 - b. Riwayat kontak negatif
 - c. Tes tuberculin
2. Kategori I
 - a. Terpapar TBC tapi tidak terbukti ada infeksi
 - b. Riwayat / kontak negatif
 - c. Tes tuberkulin negatif
3. Kategori II
 - a. Terinfeksi TBC tapi tidak sakit
 - b. Tes tuberculin positif
 - c. Radiologi dan sputum negative
4. Kategori III
 - a. Terinfeksi dan sputum positif / sakit

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatannya ada beberapa tipe pasien yaitu :

1. Baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah minum OAT kurang dari 1 bulan (4minggu)

2. Kambuh

Adalah pasien Tuberculosis yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan Tuberculosis dan dinyatakan sembuh, pengobatan lengkap diagnosis kembali dengan BT positif (apusan kultur)

3. Putus berobat (Droup Out)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 (dua) bulan atau lebih dengan BTA positif

4. Gagal (Failure)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan (Padila, 2013)

2.2.4 Patofisiologi

Basil tuberkel yang mencapai permukaan alveoli biasanya sesuai diinhalasi sebagai suatu unit yang terdiri dari satu sampai tiga hasil karena gumpalan yang lebih besar cenderung bertahan dirongga hidung dan tidak dapat menyebabkan penyakit setelah berada dalam ruang alveolus, basil tuberculosis ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear tampak pada tempat tersebut dan mefagosit bakteri. Sesudah hari pertama maka leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang menyerang mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Makrofag yang mengalami infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu, sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi ini berlangsung selama sepuluh sampai dua puluh hari. Nekrosis bagian sentral lesi memberikan gambaran yang relative pada seperti keju, lesi nekrosis ini disebut nekrosis kaseosa. Daerah yang mengalami nekrosis kaseosa dan jaringan granulasi disekitarnya yang terdiri Dari sel

epiteloid dan fibroblast menimbulkan respon berbeda. Jaringan granulasi menjadi lebih fibrosa, membentuk jaringan perut yang akhirnya membentuk suatu kapsul yang mengelilingi tuberkel. Lesi primer paru-paru disebut focus Ghon dan gabungan terserangnya kelenjar limfe regional dan lesi primer dinamakan kompleks Ghon (Price, 2005)

2.2.5 Manifestasi klinik

Gejala umum Tuberculosis Paru adalah batuk lebih dari 4 minggu dengan atau tanpa sputum, malaise, gejala flu, demam ringan, nyeri dada dan batuk darah, dengan gejala lain yaitu kelelahan, penurunan berat badan serta keluar keringan malam hari.

- a. Demam : subfebril menyerupai influenza
- b. Batuk : batuk kering (non produktif), batuk produktif (sputum)
hemoptoe (batuk darah)
- c. Sesak nafas : pada penyakit TBC yang sudah lanjut dimana infiltrasinya sudah $\frac{1}{2}$ bagian paru-paru
- d. Nyeri dada
- e. Malaise : anoreksia, nafsu makan menurun, sakit kepala, nyeri otot, dan keringat malam (Padila, 2013)

2.2.6 Pengobatan TB Paru

Pengobatan TB Paru adalah sebagai berikut :

Program nasional pemberantasan TBC di Indonesia sudah dilaksanakan sejak tahun 1950-an. Ada 6 macam inisial yang telah dipakai sbb; isoniazid (H), Paraamino salisilik acid (PAS), Streptomisin (S), Etambutol (E), Rifampisin (R),

dan Pirazinamid (P). Sejak tahun 1994 sampai saat ini program pengobatan TBC indonesia sudah mengacu pada program *Directly Observasy Treatment Course Strategy* (DOTS) yang berdasarkan rekomendasi WHO.

Regimen Pengobatan saat ini (metode DOTS)

1. Kategori I

Pasien TBC dengan sputum BTA positif dan kasus baru, regimen pengobatan fase insial regimen terdiri dari 2 HRZSE, setiap hari selama 2 bulan obat H, R, Z dan S atau E. Sputum BTA awal yang positif diharapkan setelah 2 bulan menjadi negative, dan kemudian dilanjutkan ke fase lanjutan 4HR atau 4H R3 atau 6HE. Apabila sputum BTA masih tetap positif setelah 2 bulan , fase intensif diperpanjang dengan 4 minggu lagi, tanpa melihat apakah sputum sudah negative apa tidak.

2. Kategori 2

Pasien kasus kambuh atau gagal dengan sputum BTA positif. Pengobatan fase insial terdiri dari 2HRZES/1HRZE yaitu R dengan H, Z, E setiap hari selama 3 bulan, ditambah dengan S selama 2 bulan pertama. Apabila sputum menjadi negative, fase lanjutan bisa segera dimulai. Apabila sputum BTA masih positif pada minggu ke-12, fase insial dengan 4 obat dilanjutkan 1 bulan lagi. Bila akhir bulan ke-4 sputum masih positif, semua obat dihentikan selama 2-3 hari dan dilakukan kultur sputum untuk uji kepekaan. Obat dilanjutkan memakai regimen fase lanjutan, yaitu 5HRE.

3. Kategori 3

Pasien TBC dengan sputum BTA negative tetapi kelainan paru tidak luas (selain dari kategori 1). Pengobatan fase insial terdiri dari 2HRZ.

4. Kategori 4

Tuberculosis kronik, pada pasien ini mungkin mengalami resistensi ganda, sputumnya harus di kultur dan uji kepekaan obat.

Tabel 2.1 Regimen pengobatan TBC

No	Kategori pasien TBC	Fase Awal	Fase lanjutan
1.	TBC sputum BTA positif baru bentuk TBC berat, dan TBC BTA negative	2 SHRE (EHRZ) 2 SHRZ (EHRZ) 2 SHRZ (EHRZ)	6 HE 4 HR 4 HR
2.	Kegagalan pengobatan	2 SHZE/ 1HRZE 2 SHZE/ 1HRZE	5 HRE 5 HRE
3.	TBC sputum BTAnegatif TB ekstra-paru (menengah berat)	2 HRZ 2 HRZ 2 HRZ	6 HE 2 HR/4H 2 HR/ 4H
4.	Kasus kronik (masih BTA positif setelah pengobatan ulang yang disupervisi)	Tidak dapat diaplikasikan	

Tabel 2.2 dosis obat

Nama Obat	Dosis Harian		Dosis berskala 3 x Seminggu
	BB < 50 kg	BB > 50 kg	
Isoniazid	300 mg	400 mg	600 mg
Rifamfisn	450 mg	600 mg	600 mg
Pirazinamid	1000 mg	2000 mg	2-3 g
Steptomisin	750 mg	1000 mg	1000 mg
Etambutol	750 mg	1000 mg	1-1,5 g
Etionamid	500 mg	750 mg	
PAS	99 g	10 g	

Tabel 2.3 Efek Samping Obat

Efek samping Obat	
INH	Neuropati perifer dapat dicegah dengan pemberian vitamin B6
Rifampisin	Sindrom flu, hepatotoksik
Streptomisin	Nefrotoksik, gangguan nervus VIII kranial
Etambutol	Neuritis optika, nefrotoksik, dermatis
Etionamid	Hepatotoksik, gangguan pencernaan
PAS	Hepatotoksik, gangguan pencernaan

2.2.7 Komplikasi

Menurut Ardiansyah (2012), komplikasi yang dari penyakit TB ada 2, yaitu:

1. Komplikasi dini :
 - a. Pleuritis
 - b. Efusi pleura
 - c. Pneumonia
 - d. Laringitis
2. komplikasi lanjut
 - a. Obstruksi jalan nafas
 - b. Kor pulmonale
 - c. Sindrom gagal nafas

2.2.8 Upaya Pencegahan Tuberculosis di Rumah

1. Upaya promotif

Upaya ini dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan memberikan :

- a. Penyuluhan kesehatan masyarakat mengenai Tuberculosis Paru
- b. Peningkatan gizi pada klien dengan Tuberculosis paru
- c. Pemeliharaan kesehatan perorangan
- d. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
- e. Olahraga teratur

2. Upaya Preventif

Ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit gangguan terhadap kesehatan individu, keluarga, kelompok masyarakat melalui kegiatan :

- a. Imunisasi pada bayi, balita dan ibu hamil
- b. Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas maupun kunjungan rumah
- c. Pemberian vitamin A dan yodium melalui posyandu, puskesmas atau di rumah

3. Upaya Kuratif

Upaya kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota keluarga , kelompok dan masyarakat yang menderita penyakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan :

- a. Perawatan orang sakit di rumah
- b. Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas atau rumah sakit

4. Upaya Rehabilitatif

Upaya ini merupakan pemulihan kesehatan bagi penderita yang dirawat , maupun pada kelompok tertentu yang menderita penyakit yng sama, misal:

Tuberculosis, kusta, cacat fisik dan lainnya dilakukan latihan fisik, dan pengobatan rutin.

2.3 Tinjauan Teori Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Menyebutkan bahwa Asuhan keperawatan keluarga adalah rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan kepada keluarga, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan keperawatan Asuhan keperawatan keluarga yang diberikan pada pasien Tuberculosis Paru dengan masalah resiko penularan ini, bertujuan untuk mengurangi resiko penularan penyakit Tuberculosis Paru terhadap keluarga atau masyarakat setempat, serta mempertahankan kondisi pasien Tuberculosis Paru agar tidak bertambah parah dengan melibatkan keluarga sebagai fokus perawatan (Setiadi, 2008)

2.4 Tinjauan Penerapan Asuhan keperawatan keluarga

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan dimana perawat mengambil data secara terus menerus terhadap keluarga yang dibinanya.

1. Identifikasi data

Data yang digunakan oleh perawat untuk mengukur keadaan pasien dengan memakai aturan kesehatan keluarga maupun sosial. Penyakit Tuberculosis Paru ini tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin, karena, laki-laki maupun perempuan sama-sama memiliki potensial resiko Tuberculosis Paru yang mempengaruhi hanyalah riwayat keturunan,

lingkungan, usia dan mengidentifikasi keadaan fasilitas rumah dan lingkungan.

2. Komposisi keluarga.

Menjelaskan anggota keluarga bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga yang lain. Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang lain, sesuai dengan susunan kelahiran mulai dari yang lebih tua, kemudian mencantumkan jenis kelamin, dan hubungan setiap anggota keluarga tersebut.

3. Tipe keluarga

Garis keturunan atau silsilah keluarga dari tiga generasi ada yang menderita penyakit tuberculosis sebelumnya : antara lain extended family beresiko terhadap penularan Tuberculosis.

4. Latar belakang budaya

Adat tempat tinggal keluarga, suku bangsa, agama, sosial, budaya, rekreasi, kegiatan pendidikan, kebiasaan makan dan berpakaian. Adanya pengaruh budaya pada peran keluarga, komunikasi dalam keluarga dan penggunaan tempat pelayanan tempat pelayanan kesehatan yang ada berhubungan dengan penularan tuberculosis.

5. Pola spiritual

Agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya.

7. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Identifikasi aktivitas dalam keluarga, frekuensi aktivitas tiap anggota keluarga dan penggunaan waktu senggang.

8. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga yang beresiko mengalami masalah TBC adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada manusia pola kebiasaan sehari-hari yang kurang bersih dapat menyebabkan resiko penularan pada penyakit TBC (Friedman, 2010)

b. Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Tercapai

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi (Setiadi, 2008).

c. Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan yang dialami keluarga inti saat ini, biasanya ditemukan adanya riwayat penyakit menular yaitu salah satunya penyakit TBC, serta penyakit keturunan seperti diabetes mellitus dan biasanya disertai hipertensi, gout atau radang sendi. biasanya juga dijumpai kurangnya perhatian terhadap pencegahan penyakit, hal ini menyebabkan seseorang berada pada kondisi yang sangat beresiko mengalami penularan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya

Riwayat kesehatan dalam keluarga adalah anggota keluarga yang pernah menderita penyakit kronis TBC, penyakit menular atau menurun atau penyakit yang sifatnya keturunan dan riwayat gangguan tumbuh kembang.

9. Struktur dan Sifat Anggota Keluarga

a. Pola Komunikasi keluarga

Komunikasi yang terjadi secara terbuka dan dua arah akan sangat mendukung bagi penderita TBC. Umumnya penderita TBC pada kasus yang baru sulit untuk berkomunikasi untuk mengungkapkan karena perasaan yang malu atau perasaan harga diri yang kurang. (Friedman, 2010).

b. Struktur Kekuasaan Keluarga

Dukungan sosial keluarga internal yaitu dukungan dari suami-istri atau saudara kandung dapat berperan penting dalam memelihara keadaan psikologis individu yang mengalami tekanan, sehingga menimbulkan pengaruh positif yang dapat mengurangi gangguan psikologis seperti penderita TBC yang berpotensi penuh dengan stres, sehingga dapat menimbulkan kesembuhan psikologis karena adanya perhatian dan kepedulian akan menimbulkan perasaan memiliki meningkatkan harga diri (Friedman, 2010).

c. Struktur Peran Keluarga

Lamanya perawatan keluarga yang salah satu anggotanya menderita TBC akibat sifatnya yang progresif serta adanya kelemahan tubuh pada pasien

TBC menyebabkan peran keluarga terganggu. Terutama jika pasien adalah seorang kepala keluarga (Friedman, 2010)

d. Nilai dan Norma Keluarga

Sistem nilai yang ada pada masyarakat berpengaruh dengan proses penyembuhan penderita TBC. Perlakuan yang tidak baik pada penderita TBC akan membuat takut bila diketahui menderita TBC sehingga memilih untuk berdiam diri dan tidak berusaha untuk memeriksakan diri bila gejala TBC sudah mulai timbul, sehingga tanpa disadari beresiko tinggi menularkan kepada anggota keluarga lainnya (Friedman, 2010).

10. Faktor Sosial Budaya / Kebiasaan

a. kebiasaan makan

Pada keluarga sering dijumpai pola hidup sehat yang tidak benar seperti penderita TBC yang mungkin saat makan sering menggunakan tempat makan piring secara bergantian.

b. Pemanfaatan fasilitas kesehatan

Perilaku keluarga didalam memanfaatkan fasilitas kesehatan kesehatan merupakan faktor yang penting dalam pengelolaan penyakit Tuberculosis.

11. Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Gambaran diri anggota keluarga, anggota keluarga tidak memiliki orang yang dipercaya dalam keluarga dan tidak ada dukungan terhadap anggota keluarga yang menderita TBC sehingga keterlambatan penanganan.

b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga yang menderita penyakit TBC biasanya tidak memiliki kekuatan untuk memutuskan tindakan yang tepat untuk segera berobat ke fasilitas kesehatan yang ada.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Hal-hal yang perlu dikaji adalah sejauhmana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga. Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah TBC pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah TBC. Mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga untuk memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi salah satu anggota keluarganya yang menderita TBC. Mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga, dan mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga. Terganggunya fungsi perawatan kesehatan pada keluarga, akan berakibat fatal karena kondisi pasien tidak terkontrol dan dapat memperbesar resiko terjadinya penularan pada anggota keluarga (Muhlisin, 2012).

d. Fungsi Ekonomi pada keluarga

Penyakit TBC sering terjadi pada keluarga yang mempunyai status ekonomi menengah kebawah. Karena factor lingkungan dan gaya hidup yang tidak sehat, seperti kurang aktivitas fisik, dan stress berperan penting sebagai pemicu penyakit TBC.

12. Fungsi Perawatan Kesehatan

Pengetahuan keluarga mengenai perawatan, kesanggupan keluarga melakukan tugas perawatan keluarga yaitu (Setiadi, 2008) :

a. Mengenal masalah kesehatan

Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah pada penyakit TBC salah satu factor penyebabnya adalah kurang pengetahuan tentang penyakit TBC sehingga menyebabkan terjadinya resiko penularan pada anggota yang lain.

b. Mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat

Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat dan luasnya masalah yang dihadapi pada penyakit TBC.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakmampuan dalam merawat anggota keluarga disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit misalnya keluarga tidak mengetahui pengertian TBC, cara penularan, tanda gejala, penyebab dan pengobatan serta resiko komplikasi.

d. Memelihara lingkungan rumah yang sehat

Ketidakmampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap resiko penularan TBC. Lingkungan rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang kurang menyebabkan rumah akan menjadi lembab sehingga menyebabkan rumah akan menjadi resiko tinggi terhadap penularan.

e. Menggunakan fasilitas / pelayanan kesehatan di masyarakat

Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan pelayanan fasilitas kesehatan yang ada untuk keluarga yang mempunyai masalah penyakit TBC. Agar penderita dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan berkurangnya resiko penularan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga (NANDA, 2015)

1. Resiko Penularan penyakit TBC
2. Ketidapatuhan kompleksitas regimen pengobatan
3. Ketidakefektifan koping keluarga

2.4.3 Perencanaan keperawatan

Perencanaan adalah sebagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan keluarga yang meliputi penentuan tujuan perawatan (jangka panjang atau pendek), pentapan standart dan criteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga.

1. Rencana tindakan untuk diagnosa 1

Resiko penularan penyakit TBC

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kunjungan rumah diharapkan tidak terjadi resiko penularan

b. Kriteria Hasil

1. Kognitif :

- keluarga dapat mengetahui hal-hal yang menyebabkan penularan Tuberculosis Paru
- Pasien dan keluarga mengerti tentang penyakit TBC

2. Afektif :

- keluarga mampu mengurangi resiko penularan penyakit Tuberculosis Paru.

3. Psikomotor :

- keluarga mampu melakukan usaha pencegahan penularan penyakit

c. Rencana Tindakan

- 1.Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penularan Tuberculosis
- 2.Menjelaskan cara penularan penyakit Tuberculosis
3. Anjurkan pada keluarga agar klien mau memakai masker, menyediakan tempat dahak untuk klien, memisahkan alat makan klien, memberikan posisi yang benar saat tidur, melakukan pemeriksaan secara rutin dan pengobatan yang sesuai dosis.
4. Menganjurkan klien dan keluarga menjaga kebersihan lingkungan serta memodifikasi rumah yang sesuai seperti selalu membuka jendela rumah setiap hari.

d.Rasional

1. Diharapkan akan diketahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang penularan Tuberculosis
2. Diharapkan keluarga mengenal dan mengetahui cara penularan penyakit Tuberculosis
3. Mengurangi resiko terjadinya penularan

2. Rencana Tindakan untuk Diagnosa 2

Ketidakpatuhan kompleksitas regimen pengobatan

a.Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kunjungan rumah diharapkan klien patuh dalam pengobatan

b. Kriteria Hasil

1. Kognitif :

- keluarga dapat mengetahui pengobatan yang efektif untuk penderita Tuberculosis Paru

2. Afektif :

- keluarga diharapkan mampu mengambil keputusan untuk mengurangi resiko pengobatan tidak efektif pada penderita Tuberculosis

3. Psikomotor :

- keluarga mampu melakukan pemberian pengobatan yang efektif pada klien Tuberculosis

c. Rencana Tindakan

1. Jelaskan kepada keluarga tentang pentingnya pengobatan yang efektif untuk anggota keluarga yang sakit
2. Berikan motivasi kepada keluarga untuk memberikan pengobatan yang efektif bagi anggota keluarga yang sakit
3. Anjurkan pada keluarga untuk mengajak control klien secara rutin
4. Anjurkan pada keluarga untuk mengawasi klien minum obat

d. Rasional

1. Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat memutuskan pengobatan yang efektif untuk anggota keluarga yang sakit

2. Mencegah kegagalan pengobatan dengan memberikan motivasi akan menambah rasa keyakinan diri keluarga untuk memberikan pengobatan yang efektif bagi anggota keluarga yang sakit
3. Dengan kontrol secara rutin dapat mengetahui edan klien secara dini
4. Dengan mengawasi minum obat secara rutin dapat mengurangi resiko pengobatan tidak efektif.

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas

(skala Baylon dan Maglaya)

1. tentukan skor untuk tiap kriteria
2. skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

$$\frac{\text{skor}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

Jumlah skor untuk semua kriteria

3. skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot

Tabel 2.2 Prioritas diagnosa keperawatan

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah • Tidak atau kurang sehat • Kadaan kesehatan • Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah • Mudah • Sebagian • Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah dapat dicegah • Tinggi • Cukup • Rendah	3 2 1	1

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
4.	Menonjolnya masalah • Masalah berat harus segera ditangani • Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani • Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

2.4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Sumber daya keluarga
- b. Adat istiaat yang berlaku
- c. Tingkat pendidikan keluarga
- d. Sarana dan prasarana yang ada pada keluarga
- e. Respon dan penerimaan keluarga

(Setiadi, 2009)

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan sumatif (dilakukan selama proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dibagi 2 yaitu :

1. Evaluasi berjalan (sumatif)

Evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format SOAP.

2. Format akhir (formatif)

Evaluasi yang dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap

dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data , masalah, atau rencana yang perlu dimodifikasi (Setiadi, 2012).