

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sasaran keperawatan komunitas selain individu, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan yang dapat dilaksanakan di masyarakat (Candra, 2014).

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan (Sulistyo, 2012).

2.1.2 Ciri-Ciri Keluarga

1. Menurut Candra (2014), keluarga merupakan sistem interaksi emosional yang diatur secara kompleks dan posisi, peran, dan aturan atau nilai-nilai yang menjadi dasar struktur atau organisasi keluarga. Struktur keluarga tersebut memiliki ciri-ciri antara lain :

1) Terorganisasi

Keluarga merupakan cerminan organisasi dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing untuk mencapai tujuan keluarga. Dalam menjalankan peran dan fungsinya, anggota keluarga saling berhubungan dan saling bergantung antara satu dengan yang lainnya.

2) Keterbatasan

Setiap anggota memiliki kebebasan namun, juga memiliki keterbatasan dalam menjalankan peran dan fungsinya.

3) Perbedaan dan Kekhususan

Setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing. Peran dan fungsi tersebut cenderung berbedaa dan khas, yang menunjukkan adanya ciri perbedaan dan kekhususan . misalnya saja Ayah sebagai pencari nafkah utama dan Ibu yang bertugas merawat anak-anak.

2. Ciri-ciri keluarga secara umum, yaitu :

- 1) Diikat dalam suatu tali perkawinan.
- 2) Adanya hubungan darah.
- 3) Ada ikatan batin.
- 4) Ada tanggung jawab masing-masing anggota keluarganya.
- 5) Ada pengambilan keputusan.
- 6) Kerjasama di antara anggota keluarga.
- 7) Komunikasi interaksi di antara anggota keluarga.
- 8) Tinggal dalam satu rumah (Zulkahfi, 2015).

2.1.3 Tipe Keluarga

Keluarga memiliki berbagai macam tipe yang dibedakan menjadi keluarga tradisional dan non tradisional, yaitu :

1. Keluarga Tradisional

- 1) The nuclear family (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak.

- 2) The dyad family, yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang hidup dalam satu rumah tetapi tanpa anak.
- 3) Keluarga usila, yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak yang sudah memisahkan diri.
- 4) The childless family, yaitu keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya. Penyebabnya adalah karena mengejar karir atau pendidikan yang terjadi pada wanita.
- 5) The extended family (keluarga besar), yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti *nuclear family* disertai paman, bibi, orang tua (kakek dan nenek), keponakan, dan lain sebagainya.
- 6) The single parent family (keluarga duda atau janda), yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua bisa ayah atau ibu. Penyebabnya dapat terjadi karena proses perceraian, kematian atau bahkan ditinggalkan.
- 7) Comuter family, yaitu keluarga dengan kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi setiap akhir pekan semua anggota keluarga dapat berkumpul bersama di salah satu kota yang menjadi tempat tinggal.
- 8) Multigenerational family, yaitu keluarga dengan generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 9) Kin-network family, yaitu keluarga dengan beberapa keluarga inti tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang serta pelayanan bersama. Seperti menggunakan dapur, kamar mandi, televisi, atau telepon bersama.

10) Blended family, yaitu keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

11) The single adult living alone/ single adult family, yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi) seperti perceraian atau ditinggal mati.

2. Keluarga Non Tradisional

1) The unmarried teenage mother, yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua terutama ibu dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) The stepparent family, yaitu keluarga dengan orang tua tiri.

3) Commune family, yaitu keluarga dengan beberapa pasangan keluarga dengan anaknya yang tidak memiliki hubungan saudara, hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

4) The nonmarital heterosexual cohabiting family, yaitu keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

5) Gay and lesbian families, yaitu keluarga dengan seseorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin yang hidup bersama sebagaimana pasangan suami istri (*marital partners*).

6) Cohabiting couple, yaitu keluarga dengan orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

7) Group-marriage family, yaitu keluarga dengan beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah

saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu, termasuk seksual dan membesarkan anaknya.

- 8) Group network family, yaitu keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
- 9) Foster family, yaitu keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara untuk waktu sementara.
- 10) Homeless family, yaitu keluarga yang terbentuk tanpa perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
- 11) Gang, yaitu sebuah bentuk keluarga yang destruktif, dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam hidupnya (Candra, 2014).

2.1.4 Struktur Keluarga

1. Patrilineal

Yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah, dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis Ayah.

2. Matrilineal

Yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui garis jalur Ibu.

3. Matrilokal

Yaitu suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4. Patrilocal

Yaitu suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5. Keluarga kawin

Yaitu hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa anak saudara yang menjadi bagian dari keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Setiadi, 2008).

2.1.5 Fungsi Pokok Keluarga

Menurut Candra (2014), fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga. Adapun sebuah keluarga mempunyai fungsi antara lain :

1. Fungsi Afektif (*the Affective Function*)

Fungsi ini berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang satu anggota ke anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan terhadap kehidupan keluarga. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif terlihat pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Dengan demikian setiap anggota keluarga dapat saling mempertahankan iklim atau kondisi yang positif.

2. Fungsi Sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*Socialization and Social Placement Function*)

Sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam

lingkungan social. Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga. Fungsi sosialisasi dapat ditunjukkan dengan membina sosialisai pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, serta meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Keluarga mengajarkan anggotanya untuk bersosialisasi baik secara internal maupun eksternal keluarga.

3. Fungsi Reproduksi (*The Reproductive Function*)

Keluarga berfungsi untuk eneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia dengan memelihara dan membesarkan anak. Keluarga berfungsi menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dengan menyediakan anggota baru untuk masyarakat. Fungsi ini dibatasi oleh adanya program KB, dimana setiap rumah tangga dianjurkan hanya memiliki 2 orang anak.

4. Fungsi Ekonomi (*The Economic Function*)

Fungsi ekonomi keluarga dengan mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan semua anggota keluarga, seperti kebutuhan makanan, tempat tinggal, pakaian, dan lain sebagainya. Fungsi ini juga termasuk pengaturan penggunaan penghasilan keluarga serta menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang. Keluarga dengan kriteria di bawah keluarga sejahtera seperti keluarga pra sejahtera, keluarga miskin atau juga keluarga miskin sekali sulit untuk memenuhi fungsi ekonomi ini.

5. Fungsi Perawatan Kesehatan (*The Health Care Function*)

Fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan dengan melaksanakan praktek asuhan kesehatan yaitu keluarga mempunyai tugas untuk memelihara

kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas dalam menjalankan perannya masing-masing. Fungsi perawatan kesehatan ini dikembangkan menjadi tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (2010), yaitu :

a) Mengetahui masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang perlu mendapatkan perhatian. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarganya terutama berkaitan dengan kesehatan. Alasannya adalah ketika terjadi perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga, maka secara tidak langsung akan menjadi perhatian orang tua atau keluarga. Sehingga segala kekuatan sumber daya, pikiran, waktu, tenaga dan bahkan harta keluarga akan digunakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.

b) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga. Suara sumber daya internal keluarga yang dianggap mampu memutuskan akan menentukan tindakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Jika secara internal keluarga memiliki keterbatasan sumber daya, maka keluarga akan mencari bantuan dari luar.

c) Merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas merawat anggota keluarga yang sakit sering kali harus dilakukan keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Tidak menutup

kemungkinan juga ketika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pertolongan pertama, maka anggota keluarga yang sakit dapat sepenuhnya di rawat oleh keluarga sendiri.

d) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk mendayagunakan potensi internal yang ada di lingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit. Tindakan memodifikasi lingkungan memiliki cakupan yang luas sesuai dengan pengetahuan keluarga mengenai kesehatan.

e) Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada system keluarga yang mencakup perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggotanya di sepanjang waktu. Perkembangan keluarga tersebut di bagi menjadi beberapa tahap berikut. Adapun tahap perkembangan keluarga adalah sebagai berikut :

a. Keluarga baru menikah

Tahap ini dimulai saat masing-masing individu baik laki-laki dan perempuan membentuk keluarga melalui pernikahan yang sah dan meninggalkan keluarganya masing-masing.

b. Keluarga dengan anak baru lahir

Tahap ini dimulai dari kehamilan sampai dengan kelahiran anan pertama dan berlanjut sampai anak berusia 30 bulan.

c. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak pertama berusia 5 tahun.

d. Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah usia 6 tahun da berakhir pada usia 12 tahun.

e. Keluarga dengan anak remaja

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir 6 sampai 7 tahun kemudian.

f. Keluarga mulai melepas anak sebagai dewasa

Tahap ini dimulai saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir saat anak terakhir meninggalkan rumah

g. Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal.

h. Keluarga usia tua

Tahap ini dimulai saat salah seorang pensuin, berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal (Candra, 2014).

2.1.7 Peran Perawat Keluarga

1) Perawat sebagai Edukator

Perawat kesehatan keluarga harus mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga.

2) Perawat sebagai Koordinator

Koordinasi merupakan salah satu peran utama perawat yang bekerja dengan keluarga. Koordinasi dilakukan pada saat pasien pulang dari rumah sakit baik berupa penanganan di rumah sakit serta pengobatan agar tidak terjadi tumpang tindih dalam penanggulangan.

3) Perawat sebagai Pelaksana Perawatan dan Pengawas Perawatan Langsung

Kontak pertama perawat kepada keluarga dapat melalui anggota keluarganya yang sakit. Perawat bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung atau mengawasi keluarga memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit di rumah sakit, perawat melakukan perawatan langsung atau mendemonstrasikan asuhan yang disaksikan oleh keluarga dengan harapan keluarga mampu melakukan di rumah.

4) Perawat sebagai Pengawas Kesehatan

Perawat mempunyai tugas melakukan home visit yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga.

5) Perawat sebagai Konsultan atau Penasihat

Perawat sebagai narasumber bagi keluarga di dalam mengatasi masalah kesehatan. Hubungan perawat-keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya dengan demikian keluarga mau meminta nasihat kepada perawat tentang masalah yang bersifat pribadi. Pada

situasi ini perawat sangat di percaya sebagai narasumber dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga.

6) Kolaborasi

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

7) Advokasi

Sebagai advokat pasien, perawat berkewajiban melindungi hak keluarga, misalnya keluarga dengan sosial ekonomi lemah sehingga keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhannya, perawat juga dapat membantu keluarga mencari bantuan yang mungkin dapat memenuhi kebutuhan keluarga.

8) Fasilitator

Peran perawat komunitas disini adalah membantu keluarga dalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

9) Penemu kasus

Peran perawat komunitas yang juga sangat penting adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidka terjadi ledakan penyakit atau wabah.

10) Modifikasi lingkungan

Perawat komunitas juga harus dapat memodifikasi lingkungan baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar dapat tercipta lingkungan yang sehat (Candra, 2014).

2.2. Tinjauan Teori Kusta

2..2.1 Definisi

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Micobacterium leprae* (*M.Leprae*). Yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis (Amirudin.M.D, 2011).

Penyakit Kusta adalah penyakit menular menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang kulit, saraf tepi, dan jaringan tubuh lain kecuali susunan saraf pusat, untuk mendiagnosanya dengan mencari kelainan-kelainan yang berhubungan dengan gangguan saraf tepi dan kelainan-kelainan yang tampak pada kulit (Depkes, 2010).

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang terjadi pada kulit dan saraf tepi. Manifestasi klinis dari penyakit ini sangat bervariasi dengan spektrum yang berada diantara dua bentuk klinisyaitu lepromatosa dan tuberkuloid. Pada penderita kusta tipe lepromatosa menyerang saluran pernafasan bagian atas dan kelainan kulit berbentuk nodula, papula, makula dan dalam jumlah banyak. Pada penderita kusta tipe tuberkuloid lesi kulit biasanya tunggaldan jarang, batas lesi tegas, mati rasa. (Jurnal Universitas Sumatera Utara, 2012).

Kusta (lepra atau morbus Hansen) adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*). (Kapita Selekt, 2010)

2.2.2 Etiologi

Mycobacterium leprae merupakan basil tahan asam (BTA), yang bersifat obligat intraseluler yang menyerang saraf perifer, kulit, dan organ lain seperti mukosa saluran napas bagian atas, hati, dan sumsum tulang kecuali susunan saraf pusat. Masa membelah diri *mycobacterium leprae* 12-21 hari dan masa tunasnya antara 40 hari – 40 tahun.

Mycobacterium leprae atau kuman hansen adalah kuman penyebab penyakit kusta yang ditemukan oleh sarjana dari Norwegia, GH Armauer Hansen pada tahun 1873. Kuman ini bersifat tahan asam berbentuk batang dengan ukuran 1,8 micron, lebar 0,2-0,5 micron. Biasanya ada yang berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel terutama jaringan yang bersuhu dingin dan tidak dapat di kultur dalam media buatan.

ENL merupakan basil humoral dimana basil kusta yang utuh maupun yang tidak utuh menjadi antigen sehingga tubuh membentuk antibodi, selanjutnya membentuk kompleks imun yang mengendap dalam vaskuler. Reaksi tipe – 2 yang tipikal pada kulit ditandai dengan nodul – nodul eritematosa yang nyeri, timbul mendadak, lesi dapat superfisial atau lebih dalam. Berbagai faktor yang dianggap sering mendahului timbulnya reaksi kusta antara lain : setelah pengobatan antikusta yang intensif, infeksi rekuren, pembedahan, dan stres fisik.

2.2.3 Patofisiologi

Meskipun cara masuk *mycobacterium leprae* ke dalam tubuh belum diketahui secara pasti. Namun, beberapa penelitian menunjukkan bahwa penularannya yang paling sering melalui kulit yang lecet, pada bagian tubuh yang

bersuhu dingin dan melalui mukosa nasal. Setelah mycobacterium leprae masuk ke dalam tubuh, perkembangan penyakit kusta bergantung pada kerentanan seseorang.

Respon tubuh setelah masa tunas dilampaui tergantung pada derajat sistem imunitas seluler (cellular mediated immune) pasien. Kalau sistem imunitas seluler tinggi, berarti penyakit berkembang ke arah tuberkuloid dan bila rendah, berarti berkembang ke arah lepromatosa. Mycobacterium leprae berpredileksi di daerah-daerah yang relatif lebih dingin, yaitu daerah akral dengan vaskularisasi yang sedikit.

Mycobacterium leprae terutama terdapat pada sel makrofag disekitar pembuluh darah superior pada dermis atau sel Schwann jaringan saraf, bila kuman masuk ke dalam tubuh, maka tubuh akan bereaksi mengeluarkan makrofag untuk memfagosit.

1. Tipe LL (Lepromatosa) : Terjadi kelumpuhan system imun seluler yang rendah dimana makrofag tidak mampu menghancurkan kuman, dan dapat membelah diri dan dengan bebas merusak jaringan.

2. Tipe TT (Tuberkoloid) : Fase system imun seluler yang tinggi dimana makrofag dapat menghancurkan kuman hanya setelah kuman difagositosis, terjadi sel epitel yang tidak bergerak aktif, dan kemudian bersatu membentuk sel, bila tidak segera diatasi terjadi reaksi berlebihan dan masa epitel menimbulkan kerusakan saraf dan jaringan sekitar.

Pada reaksi kusta, terjadi peningkatan hipersensitivitas seluler mendadak, sehingga respon terhadap antigen basil mycobacterium leprae yang mati dapat

meningkat. Keadaan ini ditunjukkan dengan peningkatan transformasi limfosit. Tetapi sampai sekarang belum diketahui dengan pasti antigen M. leprae mana yang mendasari kejadian patologis tersebut dapat terjadi. Determinan antigen tertentu yang mendasari reaksi penyakit kusta pada tiap penderita mungkin berbeda. Sehingga gambaran klinisnya dapat berbeda pula sekalipun tipe lepra sebelum reaksi sama. Determinan antigen banyak didapati pada kulit dan jaringan saraf.

Derajat penyakit tidak selalu sebanding dengan derajat infeksi karena respons imun pada tiap pasien berbeda. Gejala klinis lebih sebanding dengan tingkat reaksi seluler daripada intensitas infeksi. Oleh karena itu penyakit kusta dapat disebut sebagai penyakit imunologis.

2.2.4 Tanda dan Gejala

Tanda gejala pada penyakit kusta, yaitu :

1. Reaksi tipe I (*reaksi reversal, reaksi upgrading, reaksi boederline*).

Terjadi pada pasien tipe borderline disebabkan meningkatnya kekebalan seluler secara cepat. Pada reaksi ini terjadi pergeseran tipe kusta ke arah PB (*paucibacillary*). Faktor pencetusnya tidak diketahui secara pasti tapi diperkirakan ada hubungannya dengan reaksi hipersensitivitas tipe lambat. Gejala klinis reaksi tipe I berupa perubahan lesi kulit, neuritis (nyeri tekan pada saraf), dan/atau gangguan keadaan umum pasien.

2. Reaksi tipe II (*reaksi eritema nodosum leprosum*).

Reaksi ini terjadi pada pasien tipe MB (*multibacillary*) dan merupakan reaksi humoral, dimana basil kusta yang utuh maupun tak utuh

menjadi antigen. Tubuh akan membentuk antibodi dan komplemen sebagai respon adanya antigen. Reaksi kompleks imun terjadi antara antigen, antibodi, dan komplemen. Kompleks imun ini dapat mengendap antara lain di kulit berbentuk nodul yang dikenal sebagai eritema nodosum leprosum (ENL), mata (iridosiklitis), sendi (arthritis), dan saraf (neuritis) dengan disertai gejala konstitusi seperti demam dan malaise, serta komplikasi pada organ tubuh lainnya. Hal-hal yang mempermudah terjadinya reaksi kusta adalah stres fisik (kondisi lemah, pembedahan, sesudah mendapat imunisasi) dan stres mental. Perjalanan reaksi dapat berlangsung sampai 3 minggu. Kadang-kadang timbul berulang-ulang dan berlangsung lama.

2.2.5 Faktor-faktor pada penderita kusta

a. faktor agent

Kuman penyebabnya adalah *Mycobacterium Leprae* yang ditemukan oleh G.A. Hansen pada tahun 1874 di Norwegia, secara morfologik berbentuk pleomorf lurus batang panjang, sisi paralel dengan kedua ujung bulat, ukuran 0,3-0,5 x 1-8 mikron.

Basil ini berbentuk batang gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora, dapat tersebar atau dalam berbagai ukuran bentuk kelompok, termasuk massa ireguler besar yang disebut sebagai globi (Depkes, 2010).

Kuman ini hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (Schwan Cell) dan sel dari Retikulo Endotelial,

waktu pembelahan sangat lama, yaitu 2-3 minggu, diluar tubuh manusia (dalam kondisis tropis) kuman kusta dari sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari. Pertumbuhan optimal kuman kusta adalah pada suhu 27°30° C (Depkes, 2011).

M. leprae dapat bertahan hidup 7-9 hari, sedangkan pada temperatur kamar dibuktikan dapat bertahan hidup 46 hari, ada lima sifat khas :

- 1) M. Leprae merupakan parasit intra seluler obligat yang tidak dapat dibiakkan di media buatan;
- 2) Sifat tahan asam M. Leprae dapat diekstraksi oleh piridin.
- 3) M. leprae merupakan satu- satunya mikobakterium yang mengoksidasi D-Dopa (D- Dihydroxyphenylalanin).
- 4) M. leprae adalah satu-satunya spesies micobakterium yang menginvasi dan bertumbuh dalam saraf perifer.
- 5) Ekstrak terlarut dan preparat M. leprae mengandung komponen antigenik yang Stabil dengan aktivitas imunologis yang khas, yaitu uji kulit positif padapenderita tuberculoid dan negatif pada penderita lepromatous (Marwali Harahap, 2010).

b. faktor host

Usia : Anak-anak lebih peka dari pada orang dewasa.

Jenis kelamin : Laki-laki lebih banyak dijangkiti

Ras : Bangsa Asia dan Afrika lebih banyak dijangkiti.

c. faktor environment

Lingkungan : Fisik, biologi, sosial, yang kurang sehat. Buruknya kondisi kesehatan lingkungan yang banyak ditemui pada warga miskin, diduga menjadi sarang yang nyaman untuk berkembangnya kuman kusta

2.2.6 Cara penularan kusta

Cara-cara penularan penyakit kusta sampai saat ini masih merupakan tanda tanya. Yang diketahui hanya pintu keluar kuman kusta dari tubuh si penderita, yakni selaput lendir hidung. Tetapi ada yang mengatakan bahwa penularan penyakit kusta adalah:

- 1) Melalui sekret hidung, basil yang berasal dari sekret hidung penderita yang sudah mengering, diluar masih dapat hidup 2–7 x 24 jam.
- 2) Kontak kulit dengan kulit. Syarat-syaratnya adalah harus dibawah umur 15 tahun, keduanya harus ada lesi baik mikroskopis maupun makroskopis, dan adanya kontak yang lama dan berulang-ulang.

Klinis ternyata kontak lama dan berulang-ulang ini bukanlah merupakan faktor yng penting. Banyak hal-hal yang tidak dapat di terangkan mengenai penularan ini sesuai dengan hukum-hukum penularan seperti halnya penyakit-penyaki terinfeksi lainnya.

Menurut Cocrane, terlalu sedikit orang yang tertular penyakit kusta secara kontak kulit dengan kasus-kasus lepra terbuka.

Menurut Ress dapat ditarik kesimpulan bahwa penularan dan perkembangan penyakit kusta hanya tergantung dari dua hal yakni jumlah atau keganasan *Mycrobacterium Leprae* dan daya tahan tubuh penderita.

Beberapa asumsi menyebutkan bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui udara. Biasanya terjadi pada udara yang mengandung bakteri leprae, yang dihirup manusia.

2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik atau Penunjang

Deteksi dini untuk reaksi penyakit kusta sangat penting untuk menekan tingkat kecacatan ireversibel yang mungkin terjadi sebagai gejala sisa. Tingkat keberhasilan terapi tampak lebih baik jika penyakit kusta ini dideteksi dan ditangani secara dini.

Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan :

Gambaran klinik

Gejala klinik tersebut diantara lain :

- a. Lesi kulit menjadi lebih merah dan membengkak.
- b. Nyeri, dan terdapat pembesaran saraf tepi.
- c. Adanya tanda-tanda kerusakan saraf tepi, gangguan sensorik maupun motorik.
- d. Demam dan malaise.
- e. Kedua tangan dan kaki membengkak.
- f. Munculnya lesi-lesi baru pada kulit.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis adalah sebagai berikut:

1). *Laboratorium*

- a. Darah rutin: tidak ada kelainan
- b. Bakteriologi:

2). *Pemeriksaan histopatologi*

Dari pemeriksaan ini ditemukan gambaran berupa :Infiltrate limfosit yang meningkat sehingga terjadi edema dan hiperemi. Diferensiasi makrofag kearah peningkatan sel epiteloid dan sel giant memberi gambaran sel langerhans.Kadang-kadang terdapat gambaran nekrosis(kematian jaringan) didalam granulom. Dimana penyembuhannya ditandai dengan fibrosis.

2.2.8 Komplikasi

Cacat merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada pasien kusta akibat kerusakan fungsi saraf tepi maupun karena neuritis sewaktu terjadi reaksi kusta.Reaksi kusta atau reaksi lepra adalah suatu episode akut dalam perjalanan kronis penyakit kusta yang merupakan reaksi kekebalan (respon seluler) atau reaksi antigen-antibodi (respon humoral) dengan akibat merugikan pasien.Reaksi ini dapat terjadi pada pasien sebelum mendapat pengobatan, selama pengobatan dan sesudah pengobatan. Namun sering terjadi pada 6 bulan sampai setahun sesudah mulai pengobatan.

2.2.9 Pencegahan

1. Pencegahan primer

Pencegahan primer dapat dilakukan dengan :

a. Penyuluhan kesehatan

Pencegahan primer dilakukan pada kelompok orang sehat yang belum terkena penyakit kusta dan memiliki resiko tertular karena berada disekitar atau dekat dengan penderita seperti keluarga penderita dan tetangga penderita, yaitu dengan memberikan penyuluhan tentang kusta. Penyuluhan yang diberikan petugas kesehatan tentang penyakit kusta adalah proses peningkatan pengetahuan, kemauan dan kemampuan masyarakat yang belum menderita sakit sehingga dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya dari penyakit kusta. Sasaran penyuluhan penyakit kusta adalah keluarga penderita, tetangga penderita dan masyarakat (Depkes RI, 2012).

b. Pemberian imunisasi

Sampai saat ini belum ditemukan upaya pencegahan primer penyakit kusta seperti pemberian imunisasi. Dari hasil penelitian di Malwai didapatkan bahwa pemberian vaksinasi BCG satu kali dapat memberikan perlindungan terhadap kusta sebesar 50%, sedangkan pemberian dua kali dapat memberikan perlindungan terhadap kusta sebanyak 80%, namun demikian penemuan ini belum menjadi kebijakan program di Indonesia karena penelitian beberapa negara memberikan hasil berbeda pemberian vaksinasi BCG tersebut (Depkes RI, 2012).

2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan :

a. Pengobatan pada penderita kusta

Pengobatan pada penderita kusta untuk memutuskan mata rantai penularan, menyembuhkan penyakit penderita, mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan. Pemberian Multi drug therapy pada penderita kusta terutama pada tipe Multibaciler karena tipe tersebut merupakan sumber kuman menularkan kepada orang lain (Depkes RI, 2012).

3. Pencegahan tersier

a. Pencegahan cacat kusta

Pencegahan tersier dilakukan untuk pencegahan cacat kusta pada penderita. Upaya pencegahan cacat terdiri atas (Depkes RI, 2012):

Upaya pencegahan cacat primer meliputi penemuan dini penderita sebelum cacat, pengobatan secara teratur dan penanganan reaksi untuk mencegah terjadinya kerusakan fungsi saraf.

Upaya pencegahan cacat sekunder meliputi perawatan diri sendiri untuk mencegah luka dan perawatan mata, tangan, atau kaki yang sudah mengalami gangguan fungsi saraf.

b. Rehabilitasi kusta

Rehabilitasi merupakan proses pemulihan untuk memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal atas usaha untuk mempersiapkan penderita cacat secara fisik, mental, sosial dan kecerdasan untuk suatu kehidupan yang penuh sesuai dengan kemampuan yang ada padanya.

Tujuan rehabilitasi adalah penyandang cacat secara umum dapat dikondisikan sehingga memperoleh kesetaraan, kesempatan dan integrasi sosial dalam masyarakat yang akhirnya mempunyai kualitas hidup yang lebih baik (Depkes RI, 2012).

Rehabilitasi terhadap penderita kusta meliputi :

- Latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur.
- Bedah rekonstruksi untuk koreksi otot yang mengalami kelumpuhan agar tidak mendapat tekanan yang berlebihan.
- Bedah plastik untuk mengurangi perluasan infeksi.
- Terapi okupsi (kegiatan hidup sehari-hari) dilakukan bila gerakan normal terbatas pada tangan.
- Konseling dilakukan untuk mengurangi depresi pada penderita cacat.

2.2.10 Pengobatan atau Penatalaksanaan

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 sebagai berikut:

a). Tipe PB (Pause Basiler)

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa :

Rifampisin 600mg/bln diminum didepan petugas DDS tablet 100 mg/hari diminum di rumah. Pengobatan 6 dosis diselesaikan dalam 6-9 bulan dan setelah selesai minum 6 dosis dinyatakan RFT (Release From Treatment) meskipun secara klinis lesinya masih aktif. Menurut WHO 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:

Rifampisin 600mg/bln diminum didepan petugas. Klofazimin 300mg/bln diminum didepan petugas dilanjutkan dengan klofazimin 50 mg /hari diminum di rumah. 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 pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT.

c). Dosis untuk anak

Klofazimin: Umur, dibawah 10 tahun: /blnHarian 50mg/2kali/minggu, 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 Harga Diri Rendah

2.3.1. Definisi

Keliat B.A mendefinisikan harga diri rendah adalah penilaian tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri (Fajariyah, 2012)

Harga diri rendah adalah semua pemikiran, kepercayaan dan keyakinan yang merupakan pengetahuan individu tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain. Harga diri terbentuk waktu lahir tetapi dipelajari sebagai hasil pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri, dengan orang terdekat dan dengan realitas dunia (Stuart,2006)

Gangguan harga diri rendah adalah evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif yang dapat secara langsung atau tidak langsung diekspresikan (Townsend, 2001).

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Adanya perasaan hilang percaya diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. Gangguan harga diri rendah adalah penilaian negatif seseorang terhadap diri dan kemampuan, yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung. Dapat disimpulkan harga diri rendah adalah kurangnya rasa percaya diri sendiri yang dapat mengakibatkan pada perasaan negatif pada diri sendiri, kemampuan diri dan orang lain. Yang mengakibatkan kurangnya komunikasi pada orang lain.

2.3.2 Komponen Konsep Diri

Konsep diri adalah semua pikiran, kepercayaan dan keyakinan yang diketahui tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Fajariyah, 2012). Ciri konsep diri menurut Fajariyah (2012) terdiri dari konsep diri yang positif, gambaran diri yang tepat dan positif, ideal diri yang realitis, harga diri yang tinggi, penampilan diri yang memuaskan, dan identitas yang jelas. Konsep diri terdiri dari citra tubuh (body image), ideal diri (self-ideal), harga diri (self-esteem), peran (self-role), dan identitas diri (self-identity).

a) Citra tubuh

Citra tubuh adalah sikap individu terhadap tubuhnya baik disadari atau tidak disadari meliputi persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran

dan bentuk, fungsi penampilan dan potensi tubuh. Citra tubuh sangat dinamis karena secara konstan berubah seiring dengan persepsi dan pengalaman-pengalaman baru. Citra tubuh harus realitis karena semakin dapat menerima dan menyukai tubuhnya individu akan lebih bebas dan merasa aman dari kecemasan. Individu yang menerima tubuhnya apa adanya biasanya memiliki harga diri tinggi daripada individu yang tidak menyukai tubuhnya (Suliswati, 2004).

b) Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standart pribadi. Standart dapat berhubungan dengan tipe orang yang diinginkan/disukainya atau sejumlah aspirasi, tujuan, nilai yang ingin diraih. Ideal diri, akan mewujudkan cita-cita atau penghargaan diri berdasarkan norma-norma sosial dimasyarakat tempat individu tersebut melahirkan penyesuaian diri (Suliswati, 2004).

c) Harga diri

Harga diri adalah penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa sesuai perilaku dirinya dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berasal dari penerimaan diri sendiri 12 tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan, tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga (Stuart,2006).

d) Peran

Peran adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi individu didalam

sekelompok sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang berarti. Setiap orang disibukkan oleh beberapa peran yang berhubungan dengan posisi setiap waktu sepanjang daur hidupnya. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan cocok dengan ideali diri (Suliswati, 2004).

e) Identitas diri

Prinsip penorganisasian kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu. Prinsip tersebut sama artinya dengan otonomi dan mencakup persepsi seksualitas seseorang. Pembentukan identitas, dimulai pada masa bayi dan terus berlangsung sepanjang kehidupan, tetapi merupakan tugas utama pada masa remaja (Stuart, 2006).

2.3.3 Rentang Respon Konsep Diri

- a) Aktualisasi diri adalah pernyataan diri positif tentang latar belakang pengalaman nyata yang sukses diterima.
- b) Konsep diri positif adalah mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri.
- c) Harga diri rendah adalah transisi antara respon diri adaptif dengan konsep diri maladaptif.
- d) Keracunan identitas adalah kegagalan individu dalam kemalangan aspek psikososial dan kepribadian dewasa yang harmonis.
- e) Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realitis terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain. (Fajariyah, 2012)

2.3.4 Etiologi

Penyebab terjadi harga diri rendah adalah :

- a) Pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya.
- b) Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima.
- c) Menjelang dewasa awal sering gagal disekolah, pekerjaan, atau pergaulan
- d) Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya.

2.4. 5. Tanda dan gejala harga diri rendah

Tanda gejala harga diri rendah antara lain yaitu perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit, rasa bersalah terhadap diri sendiri, merendahkan martabat, gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri, tidak ingin bertemu dengan orang lain, lebih suka sendiri, percaya diri kurang, sukar mengambil keputusan, mencederai diri. Akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram, ingin mengakhiri kehidupan. Tidak ada kontak mata, sering menunduk, tidak atau jarang melakukan kegiatan sehari-hari, kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, berkurang selera makan, bicara lambat dengan nada lemah.

2.4.6. Akibat terjadinya harga diri rendah

Menurut Karika (2015) harga diri rendah dapat berisiko terjadinya isolasi sosial : menarik diri, isolasi sosial menarik diri adalah gangguan kepribadian yang tidak fleksibel pada tingkah laku yang maladaptif mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial. Dan sering ditunjukkan dengan perilaku antara lain :

- *Data subyektif*

- a) Mengungkapkan enggan untuk memulai hubungan atau pembicaraan.
- b) Mengungkapkan perasaan malu untuk berhubungan dengan orang lain.
- c) Mengungkapkan kekhawatiran terhadap penolakan oleh orang lain.

- *Data obyektif*

- a) Kurang spontan ketika diajak bicara.
- b) Apatik.
- c) Ekspresi wajah kosong.
- d) Menurun atau tidak adanya komunikasi verbal.
- e) Bicara dengan suara pelan dan tidak ada kontak mata saat bicara.

2.4.7. Proses terjadinya harga diri rendah

Harga diri rendah kronis terjadi merupakan proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak diselesaikan. Atau dapat juga terjadi karena individu tidak pernah mendapat feed back dari lingkungan tentang perilaku klien sebelumnya bahkan mungkin kecenderungan lingkungan yang selalu memberi respon negatif mendorong individu menjadi harga diri rendah. Harga diri rendah kronis terjadi disebabkan banyak faktor. Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan stressor (krisis),

individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. Penilaian individu terhadap diri sendiri karena kegagalan menjalankan fungsi dan peran adalah kondisi harga diri rendah situasional, jika lingkungan tidak memberi dukungan positif atau justru menyalahkan individu dan terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah kronis (Direja, 2011).

2.4 Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.4.1 Pengkajian

Menurut Candra (2014), Pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian dapat dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, atau melalui data sekunder seperti data di puskesmas, desa, bidan, hasil pemeriksaan laboratorium, dan lain sebagainya. Adapun data yang harus dikaji dalam keluarga, yaitu :

a. Data umum keluarga

Pengkajian data umum keluarga meliputi :

- 1) Nama kepala keluarga (KK)
- 2) Umur dan jenis kelamin (KK)
- 3) Pendidikan (KK)
- 4) Pekerjaan (KK)
- 5) Alamat
- 6) Komposisi keluarga yang berisi mengenai riwayat anggota keluarga
- 7) Genogram atau silsilah keluarga :

Data genogram berisi silsilah keluarga yang minimal terdiri dari tiga generasi disajikan dalam bentuk bagan dengan menggunakan simbol-simbol atau sesuai format pengkajian yang di pakai.

8) Tipe Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional atau non tradisional.

9) Suku bangsa

Data ini menjelaskan mengenai suku bangsa anggota keluarga serta budaya yang terkait dengan kesehatan.

10) Agama

Data ini menjelaskan mengenai agama yang di anut oleh masing-masing anggota keluarga serta aturan agama yang di anut keluarga terkait kesehatan.

11) Status sosial ekonomi

Data ini menjelaskan mengenai pendapatan KK maupun anggota keluarga yang sudah bekerja, kebutuhan sehari-hari serta kekayaan atau barang-barang yang di miliki keluarga.

12) Aktivitas rekreasi keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keuarga dalam rekreasi atau refreshing. Rekreasi ini tidak harus ketempat wisata, namun menonton tv, mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi keluarga.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Data ini ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga saat ini yang belum terpenuhi.

3) Riwayat keluarga inti

Data ini menjelaskan mengenai penyakit turunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi, sumber kesehatan yang biasa digunakan serta pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Data ini menjelaskan riwayat kesehatan dari pihak suami dan istri.

c. Pengkajian lingkungan

1) Karakteristik rumah

Data ini menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, penempatan perabot rumah tangga, jenis WC, serta jarak WC ke sumber air.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas setempat

Data ini menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan, budaya yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat.

5) Sistem pendukung keluarga

Data ini menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait kesehatan, dan lain sebagainya.

a) Struktur komunikasi keluarga

1. Pola komunikasi keluarga

Data ini menjelaskan mengenai cara berkomunikasi dengan keluarga serta frekuensinya.

2. Struktur kekuatan keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kemampuan keluarga untuk merubah perilaku antara anggota keluarga.

3. Struktur peran

Data ini menjelaskan mengenai peran anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat yang terbagi menjadi peran formal dan informal.

4. Nilai/norma keluarga

Data ini menjelaskan mengenai nilai atau norma yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

b) Fungsi keluarga

1. Fungsi afektif

Perasaan memiliki, dukungan, kehangatan, kasih sayang, saling menghargai, dan lain sebagainya.

2. Fungsi sosialisasi

Interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku.

3. Fungsi perawatan kesehatan

- a. Mengetahui masalah kesehatan
- b. Mengambil keputusan tindakan yang tepat
- c. Merawat anggota yang sakit
- d. Memelihara lingkungan yang sehat
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat

4. Fungsi reproduksi

Data ini menjelaskan tentang keluarga yang merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri, masalah yang muncul jika ada.

5. Fungsi ekonomi

Kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan.

c) Stress dan coping keluarga

1. Stress jangka pendek dan jangka panjang

- a. Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu tidak lebih dari 6 bulan.
- b. Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian waktu lebih dari 6 bulan.

2. Kemampuan keluarga merespon stressor

Hal yang perlu dikaji adalah tentang respon keluarga terhadap situasi atau stressor yang ada.

3. Strategi koping yang digunakan

Hal yang perlu dikaji adalah strategi koping atau pemecahan masalah yang digunakan keluarga dalam menghadapi stressor yang terjadi.

4. Strategi koping disfungsional

Data ini menjelaskan mengenai koping disfungsional yang digunakan ketika keluarga menghadapi masalah.

d). Status Gizi

Data ini menjelaskan asupan nutrisi sehari – hari oleh semua anggota keluarga.

e). Pemeriksaan fisik

Semua anggota keluarga di periksa secara lengkap seperti prosedur pemeriksaan fisik di tempat pelayanan kesehatan. Seperti dilakukan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*).

f). Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang di peroleh pada pengkajian. Proses perumusan diawali dengan melakukan analisis data, penentuan diagnosis, kemudian penentuan prioritas diagnosis.

1. Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan mengelompokkan data hasil pengkajian menjadi data subjektif (DS) dan data objektif (DO). Pernyataan langsung dari keluarga termasuk DS, sedangkan data yang di ambil dengan observasi, data sekunder, atau data selain pernyataan langsung dari keluarga termasuk DO.

2. Rumusan Masalah

Komponen diagnosa keperawatan keluarga (Setiadi, 2008) meliputi :

1. Masalah (problem)

Daftar diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan (Setiadi, 2008) adalah sebagai berikut :

- 1) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah lingkungan
 - a. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah
 - b. Resiko terhadap cedera
 - c. Resiko terjadi infeksi (penularan penyakit)
- 2) Diagnosa keperawatan keluarga pada struktur komunikasi
 - a. Komunikasi keluarga disfungsional
- 3) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah struktur peran
 - a. Berduka dan antisipasi
 - b. Berduka disfungsional
 - c. Isolasi sosial
 - d. Perubahan dalam proses keluarga
 - e. Potensial peningkatan menjadi orang tua
 - f. Perubahan menjadi orang tua (krisis menjadi orang tua)
 - g. Perubahan penampilan peran

- h. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah
 - i. Gangguan citra tubuh
- 4) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi afektif
- a. Perubahan proses keluarga
 - b. Perubahan menjadi orang tua
 - c. Berduka yang diantisipasi
 - d. Koping keluarga yang tidak afektif, menurun
 - e. Koping keluarga yang tidak afektif, ketidakmampuan
 - f. Resiko terhadap tindak kekerasan
- 5) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi sosial
- a. Perubahan proses keluarga
 - b. Perilaku mencari bantuan kesehatan
 - c. Konflik peran orang tua
 - d. Perubahan menjadi orang tua
 - e. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
 - f. Perubahan pemeliharaan kesehatan
 - g. Kurang pengetahuan
 - h. Isolasi sosial
 - i. Kerusakan interaksi social
 - j. Resiko terhadap tindakan kekerasan
 - k. Ketidakpatuhan
 - l. Gangguan identitas diri

- 6) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi perawatan kesehatan
 - a. Perubahan pemeliharaan kesehatan
 - b. Potensial peningkatan pemeliharaan
 - c. Perilaku mencari pertolongan kesehatan
 - d. Ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapeutik atau pengobatan keluarga
 - e. Resiko terhadap penularan penyakit
 - 7) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah koping
 - a. Potensial peningkatan koping keluarga
 - b. Koping keluarga tidak efektif, menurun
 - c. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan
 - d. Resiko terhadap tindakan kekerasan
2. Penyebab (etiologi)

Faktor yang berhubungan dapat dicerminkan dalam respon fisiologi yang dipengaruhi oleh unsur psikososial, spiritual, dan faktor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab maupun faktor resiko. Dalam keperawatan keluarga etiologi ini mengacu kepada 5 tugas keluarga, yaitu :

- 1) Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarganya
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
- 3) Melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan

- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

3. Tanda

Tanda dan gejala adalah sekumpulan data subyektif dan obyektif yang diperoleh perawat dari keluarga yang mendukung masalah dan penyebab. Perawat hanya boleh mendokumentasikan tanda dan gejala yang paling signifikan untuk menghindari diagnosis keperawatan yang panjang.

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga dapat dibedakan menjadi 5 (lima) kategori, yaitu :

1. Aktual (terjadi defisit/ gangguan kesehatan)

Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai data yang ditemukan yaitu dengan ciri dari pengkajian didapatkan tanda dan gejala dari gangguan kesehatan.

Diagnosa keperawatan aktual memiliki 3 komponen diantaranya adalah problem, etiologi, dan symptom.

- a. Problem, mengacu pada permasalahan yang dihaapi klien
- b. Etiologi (faktor yang berhubungan), merupakan status kesehatan.

Faktor ini mengacu pada 5 tugas keluarga.

- c. Symptom (batasan karakteristik), yang menentukan karakteristik yang mengacu pada petunjuk klinis, tanda subyektif dan obyektif.

2. Resiko (ancaman kesehatan)

Diagnosa keperawatan resiko memiliki dan komponen diantaranya adalah problem dan etiologi. Ciri diagnosa resiko adalah sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.

3. Wellness (keadaan sejahtera)

Keputusan klinik tentang keadaan keluarga dari transisi tingkat sejahtera tertentu ke tingkat yang lebih sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. Cara pembuatan diagnosa ini menggabungkan pernyataan fungsi positif dalam masing – masing pola kesehatan fungsional sebagai alat pengkajian yang disahkan. Jadi dalam keperawatan menunjukkan terjadi peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif.

3. Penentuan Prioritas

Dalam satu keluarga, perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosis keperawatan keluarga. Dalam setiap diagnosis, terdapat empat kriteria yang akan menentukan prioritas diagnosis. Setiap kriteria memiliki bobotnya masing masing. Kriteria tersebut terdiri dari (1) sifat masalah, (2) kemungkinan masalah untuk di ubah, (3) potensial dapat dicegah, (4) menonjolnya masalah. Setiap kriteria memiliki tiga skala yang memiliki skor masing-masing. Penentuan skala dari setiap kriteria ditentukan dengan mempertimbangkan komponen pembenaran atau rasional sesuai dengan kondisi terkini yang ada dalam keluarga.

Tabel 2.1 Kriteria Penentuan Prioritas Diagnosis

No	Kriteria	Bobot	Pembenaran
1	Sifat masalah - Actual = 3 - Risiko = 2 - Potensial = 1	1	Bobot yang lebih besar di berikan pada masalah actual karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari oleh keluarga
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah - Mudah = 2 - Sebagian = 1 - Tidak dapat = 0	2	Faktor yang di perhatikan : 1. Pengetahuan yang ada sekarang teknologi dan tindakan untuk menangani masalah 2. Sumber daya keluarga dapat berbentuk fisik, keuangan dan tenaga 3. Sumber daya perawat dapat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu 4. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam bermasyarakat dan dukungan masyarakat
3	Potensial masalah untuk di cegah - Tinggi = 3 - Cukup = 2 - Rendah = 1	1	Faktor yang di perhatikan : 1. Tingkat keparahan 2. Kepelikan dari masalah 3. Lamanya masalah, berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada 4. Tindakan yang sedang dijalankan, yaitu tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah 5. Adanya kelompok high risk atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah
4	Menonjolnya masalah - Masalah berat harus segera ditangani = 2 - Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani = 1 - Masalah tidak dirasakan = 0	1	Faktor yang di perlu di perhatikan adalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehata tersebut

Berdasarkan tabel di atas, untuk menentukan prioritas terhadap diagnosis keperawatan keluarga yang di temukan dapat dihitung dengan menggunakan cara sebagai berikut :

- a. Menentukan skor setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikanlah dengan bobot

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Skor X bobot}}{\text{Angka tertinggi}}$$

2.3.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, yang meliputi tujuan jangka panjang (tujuan umum), tujuan jangka pendek (tujuan khusus), kriteria dan standar serta intervensi. Kriteria dan standar merupakan pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan keperawatan berdasarkan tujuan khusus atau tujuan jangka pendek yang di tetapkan. Tujuan jangka panjang mengacu pada problem, sedangkan tujuan jangka pendek mengacu pada etiologi (Candra, 2014).

2.4.4 Implementasi

Pada kegiatan implementasi, terlebih dahulu perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya agar keluarga lebih siap baik fisik maupun psikologis dalam menerima asuhan keperawatan. Kontrak meliputi waktu pelaksanaan, materi, siap yang melaksanakan, siapa anggota yang perlu mendapatkan pelayanan, serta peralatan yang di butuhkan jika ada. Kegiatan selanjutnya adalah implementasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di susun berdasarkan diagnosis yang di angkat. Implementasi keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - 1) Memberikan informasi.
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara :
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan.
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan.
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan tindakan keperawatan.
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara :
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat di gunakan keluarga.
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
 - 1) Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah di laksanakan. Apabila tidak atau belum berhasil perlu di susun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat di laksanakan dalam satu kali kunjungan rumah ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga yang telah disepakati bersama.

Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

1. Evaluasi berjalan (Formatif)

Evaluasi yang di kerjakan dalam bentuk pengisian catatan perkembangan berorientasi pada masalah yang di alami klien. Format yang di gunakan dalam evaluasi formatif asalah SOAP.

2. Evaluasi akhir (Sumatif)

Evaluasi yang di kerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin dicapai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang di gunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER.

S : Merupakan data subjektif dimana perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasajan, dikeluhkan, dan dikemukakan oleh klien.

O : Merupakan data objektif dimana perkembangan yang dapat diamati dan diukur oleh perawat atau petugas kesehatan lain.

A : Penilaian dari kedua jenis data (DS ataupun DO), apakah kearah perbaikan atau kemunduran.

P : Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis yang berisi lanjutan perencanaan sebelumnya jika ada keadaan atau masalah yang belum teratasi.

I : Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana

E : Penilaian tentang sejauh mana rencana tindakan dan evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh mana masalah klien teratasi.

R : Jika hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, maka pengkajian ulang perlu dilakukan melalui proses pengumpulan DS dan DO serta proses analisisnya.

2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Kusta

2.5.1 Pengkajian

1) Identifikasi Data

Nama, umur, jenis kelamin, agama, nama anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, alamat tempat tinggal keluarga dan diagnosa keperawatan.

2) Komposisi Keluarga

Menjelaskan tentang kesehatan anggota keluarga, serta imunisasi lengkap.

3) Genogram

Garis keturunan atau silsilah keluarga dari 3 generasi dimana salah satunya ada yang mengalami kusta sebelumnya.

4) Latar Belakang Keluarga

Adat istiadat di tempat tinggal, suku bangsa, agama dan social. Adanya pengaruh budaya terhadap keluarga tentang kesehatan.

5) Pola Spiritual

Agama yang dianut klien dan keluarga dan kegiatan agama yang diikuti keluarga.

6) Status sosial, budaya, dan ekonomi

Penghasilan keluarga yang dapat menyebabkan kusta karena keadaan ekonomi menengah ke bawah dan budaya semua anggota yang tidak memahami tentang penyakit.

7) Pendidikan

Keadaan ekonomi yang rendah akan berhubungan dengan pendidikan, ini disebabkan karena ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi dan kurang pengetahuan tentang kusta.

8) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Identifikasi aktivitas keluarga, dan waktu senggang yang digunakan keluarga.

9) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

10) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Anggota keluarga yang pernah menderita penyakit kronis, menular.

Pengkajian Lingkungan

a. Karakteristik rumah

b. Lingkungan : lingkungan sangat mempengaruhi pada pasien kusta, lingkungan dengan ekonomi menengah ke bawah.

c. Macam lingkungan tempat tinggal yang sempit, padat, sanitasi yang tidak terjaga.

d. Mobilitas geografis keluarga, status rumah yang dihuni keluarga.

- e. Interaksi keluarga dengan masyarakat, aktivitas keluarga dengan masyarakat sehari-hari.
- f. Fasilitas sosial dan kesehatan : tingkat ekonomi yang rendah dapat mengakibatkan sulitnya pengobatan dan pemenuhan perawatan pada penderita kusta.
- g. Sistem pendukung dalam keluarga

Dukungan keluarga untuk meningkatkan pola hidup sehat pada klien sangat penting karena kebutuhan diet dan aktifitas yang sesuai dengan penderita.

11) Struktur keluarga

a. Pola komunikasi

Merupakan bahasa yang digunakan dalam percakapan sehari-hari dalam keluarga, dimana pada penderita kusta terkadang mengalami gangguan komunikasi.

b. Struktur peran

Anggota keluarga memiliki peranan masing-masing dalam menjalankan tugasnya di dalam suatu keluarga, dan klien yang terserang penyakit kusta terkadang tidak bisa melakukan perannya.

c. Fungsi keluarga

Dalam fungsi keluarga terdapat 2 komponen yaitu ada fungsi afektif, fungsi sosialisasi.

d. Fungsi kesehatan

1. Mengenal masalah kesehatan

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, yaitu sejauh mana keluarga mengetahui fakta dari masalah kesehatan yang

meliputi pengertian, tanda gejala, faktor penyebab serta penatalaksanaan dari kusta sendiri.

2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
4. Memelihara lingkungan yang sehat
5. Menggunakan fasilitas pelayanan di masyarakat.

12) Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit yang pernah di alami oleh anggota keluarga

13) Status Gizi

Dikaji mengenai asupan nutrisi sehari – hari pada semua anggota keluarga.

14) Pemeriksaan Fisik

a. Status keadaan umum

Perlu dikaji kesadaran klien, gelisah, tekanan darah, nadi, riwayat hipertensi, DM, obesitas, merokok, riwayat pemakaian kontrasepsi, riwayat mengkonsumsi alkohol.

b. Kepala

Dikaji tentang bentuk kepala, simetris adanya penonjolan, riwayat trauma, adanya keluhan sakit kepala atau pusing, vertigo kejang ataupun hilang kesadaran.

c. Mata

Adanya penurunan ketajaman pengelihatian akan menambah stress yang di rasakan klien. Serta riwayat penyakit mata yang lainnya.

d. Hidung

Adanya pernafasan menggunakan cuping hidung, rhinitis alergi dan fungsi olfaktori.

e. Mulut dan faring

Dikaji adanya perdarahan pada gusi, gangguan rasa menelan dan mengunyah, dan sakit pada tenggorokan.

f. Leher

Dikaji adanya nyeri leher, kaku pada pergerakan, pembesaran kelenjar tiroid serta penggunaan otot-otot pernafasan.

g. Thorak

1) Inspeksi

Dada di inspeksi terutama postur bentuk dan kesimetrisan adanya peningkatan diameter anteroposterior, retraksi otot-otot interkostalis, sifat dan irama pernafasan serta frekwensi pernafasan.

2) Palpasi

Pada palpasi tentang kesimetrisan, ekspansi dan taktil fremitus.

3) Perkusi

Pada perkusi yang dikaji meliputi suara dan irama jantung serta suara paru dan irama pernafasan.

4) Auskultasi

Pengkajian tentang adanya bunyi nafas tambahan ronkhi dan adanya wheezing.

h. Abdomen

Perlu dikaji tentang bentuk, nyeri serta tanda-tanda infeksi, serta adanya konstipasi karena kurang mobilitas fisik.

i. Integrumen

Dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan dan sebagainya.

j. Ekstermitas

Di kaji tentang adanya gangguan ekstermitas pasien. Seperti adanya kelumpuhan, atau melemahnya ekstermitas.

15) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mengetahui tentang penyakit pasien.

2.5.2 Diagnosa keperawatan

Adapun diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota kusta adalah sebagai berikut : (SDKI, 2016)

1. Gangguan konsep diri (harga diri rendah kronis) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
2. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan untuk pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.
3. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga yang mengalami kusta.
4. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dalam keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
5. ketidakmampuan koping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang

tepat untuk segera berobat ke sasaran kesehatan terdekat atau melakukan perawatan di rumah.

2.5.3 Rencana keperawatan

1. Gangguan konsep diri (harga diri rendah) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan minimal 6 kali kunjungan rumah dalam 2 minggu di harapkan

- 1) Adaptasi terhadap ketunandayaan fisik : respon adaptif klien terhadap tantangan fungsional penting akibat ketunandayaan fisik .
- 2) Resolusi berduka : penyesuaian dengan kehilangan aktual atau kehilangan yang akan terjadi.
- 3) Klien dan keluarga dapat menerapkan asuhan keperawatan keluarga yang mengalami gangguan konsep diri (harga diri rendah kronis).

Kriteria hasil :

- 1) Kognitif : keluarga dan klien mengetahui penting nya bersosialisasi terhadap lingkungan sekitar.
- 2) Afektif : keluarga mampu membuat rencana dan melakukan tindakan yang tepat
- 3) Psikomotor : keluarga dan klien dapat melakukan sosialisasi dengan lingkungan sekitar.

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya antara perawat dengan keluarga dan klien menggunakan komunikasi terapeutik.
- 2) Kaji tanda-tanda vital klien.

- 3) Kaji lingkungan rumah terhadap kendala dalam bersosialisasi.
- 4) Berikan motivasi kepada keluarga dan klien dalam melakukan sosialisasi.
- 5) Berikan *Health Education* mengenai pentingnya sosialisasi
- 6) Mendiskusikan dengan keluarga dan klien tentang masalah dan kendala dalam melakukan sosialisasi.

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan konsep diri (harga diri rendah kronis) sesuai rencana yang telah disusun. Pada teori pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dapat dilaksanakan antara lain :

1. Deteksi dini kasus baru
2. Kerja sama lintas program dan lintas sektoral
3. Melakukan rujukan
4. Bimbingan dan penyuluhan

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila tidak atau belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan rumah ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga yang telah disepakati bersama.

Format yang digunakan adalah SOAP :

S : Merupakan data subjektif dimana perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan oleh klien.

O : Merupakan data objektif dimana perkembangan yang dapat diamati dan diukur oleh perawat atau petugas kesehatan lain.

A : Penilaian dari kedua jenis data (DS ataupun DO), apakah kearah perbaikan atau kemunduran.

P : Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis yang berisi lanjutan perencanaan sebelumnya jika ada keadaan atau masalah yang belum teratasi.