

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teori Keluarga**

##### **2.1.1 Pengertian Keluarga**

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, kelahiran atau adopsi yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 2010).

##### **2.1.2 Ciri-Ciri Keluarga**

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 berbeda dan khas, yang menunjukkan adanya ciri perbedaan dan kekhususan, misalnya saja Ayah sebagai pencari nafkah utama dan Ibu yang bertugas merawat anak-anak.

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**

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

#### 1. Secara tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (anak kandung atau anak angkat).

2) 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 diatas adalah:

### 1) *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 diluar rumah.

### 2) *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 berkeja di luar rumah.

### 3) *Niddle age/ Aging couple*

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

4) *Dyanic nuclear*

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

5) *Single parent*

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

6) *Dual carrier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

7) *Commuter married*

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

8) *Single adult*

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

9) *Three generation*

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) *Institusional*

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

11) *Communal*

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

## *12) 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.

### **2.1.4 Struktur Keluarga**

Dalam (Setiadi,2008), struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

1. Patrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
2. Matrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. Matrilokal : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
4. Patrilokal : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
5. Keluarga kawinan : adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembina keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

### **2.1.5 Fungsi Pokok Keluarga**

Friedman (2010) menjelaskan fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga terdapat dalam fungsi keluarga 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 biologis, adalah fungsi yang bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak-anak untuk kelanjutan generasi seterusnya.
4. Fungsi psikologis, adalah fungsi yg terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.
5. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
6. Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

7. Fungsi pendidikan, adalah fungsi yang diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

#### **2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga**

Menurut Duval (1985) dalam (Setiadi,2008), membagi keluarga dalam 8 tahap perkembangan, yaitu:

1. Keluarga Baru (Berganning Family)

Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah :

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan.
- 2) Menetapkan tujuan bersama.
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok social.
- 4) Mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB.
- 5) Persiapan menjadi orang tua.
- 6) Memahami prenatal care (pengertisn kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).

2. Keluarga dengan anak pertama < 30 bulan (Child Bearing).

Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Studi klasik Le Master (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17 % tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal:

- 1) Suami merasa diabaikan.
- 2) Peningkatan perselisihan dan argument.
- 3) Interupsi dalam jadwal kontinu.

4) Kehidupan seksusl dan social terganggu dan menurun.

Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah:

- a) Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran, interaksi, seksual dan kegiatan).
- b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.
- c) Membagi peran dan tanggung jawab (bagaimana peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan).
- d) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.
- e) Konseling KB post partum 6 minggu.
- f) Menata ruang untuk anak.
- g) Biaya / dana Child Bearing.
- h) Memfasilitasi role learning anggota keluarga.
- i) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

3. Keluarga dengan Anak Pra Sekolah

Tugas perkembangannya adalah menyesuaikan pada kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kotak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya. Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga.
- 2) Membantu anak bersosialisasi.
- 3) Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi.
- 4) Mempertahankan hubungan di dalam maupun di luar keluarga.
- 5) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak.

6) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

4. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (6 – 13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- 1) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas.
- 2) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- 3) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- 4) Menyesuaikan pada aktivitas komuniti dengan mengikut sertakan anak.
- 5) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.

5. Keluarga dengan Anak Remaja (13-20 tahun).

Tugas perkembangan keluarga pada say ini adalah:

- 1) Pengembangan terhadap remaja (memberikan kebebasan yang seimbang dan brertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi).
- 2) Memelihara komunikasi terbuka.
- 3) Memelihara hubungan intim dalam keluarga.
- 4) Mempersiapkan perubahan system peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

6. Keluarga dengan Anak Dewasa (anak 1 meninggalkan rumah).

Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarga, berperan sebagai suami istri, kakek dan nenek. Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman.
- 3) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat.
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
- 6) Berperan suami – istri kakek dan nenek.
- 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak – anaknya.

7. Keluarga Usia Pertengahan (Middle Age Family).

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai.
- 2) Memulihkan hubungan antara generasi muda tua.
- 3) Keakraban dengan pasangan.
- 4) Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.
- 5) Persiapan masa tua/ pensiun.

## 8. Keluarga Lanjut Usia.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup.
- 2) Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian.
- 3) Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.
- 4) Melakukan life review masa lalu

### **2.1.7 Peran Perawat Keluarga**

#### 1. Perawat sebagai Edukator

Peran perawat kesehatan keluarga harus mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan 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 juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau tim anggota kesehatan lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.

#### 7. Fasilitator

Peran perawat disini adalah membantu keluarga dalam 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 keluarga 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 penyakit atau wabah.

## 9. Modifikasi lingkungan

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

## 2.2 Tinjauan Teori HIV/AIDS

### 2.2.1 Pengertian HIV

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan retrovirus yaitu virus yang mempunyai enzim reverse transkriptase yang memungkinkan virus ini untuk mengubah informasi genetiknya yang berada dalam ribonukleat (RNA) ke dalam bentuk deoksibonukleat (DNA) (Widyanto dan Triwibowo, 2013).

### 2.2.2 Etiologi

AIDS disebabkan oleh virus yang mempunyai beberapa nama, yaitu HTL II, LAV, RAV, yang nama ilmiahnya disebut dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), yang berupa agen viral yang dikenal dengan retrovirus yang ditularkan oleh darah dan punya afinitas yang kuat terhadap limfosit T (Depkes, 2009). Penyebab kelainan imun pada AIDS adalah suatu agen antiviral yang disebut HIV dari kelompok *Retrovirus Ribonucleic Acid* (RNA).

Retrovirus mempunyai afinitas yang kuat terhadap limfosit T (Hudak & Gallo, 2010). Disebut retrovirus RNA karena virus tersebut menggunakan RNA sebagai molekul pembawaan informasi genetik dan memiliki *Enzim Reverse Transcriptase*. Enzim ini memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk *Deoxy Nucleic Acid* (DNA) yang kemudian diintegrasikan pada informasi genetik sel limfosit yang diserang.

Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk menduplikasi dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri HIV (Widoyono, 2011).

Menurut Bratawijaya & Rengganis (2010), tipe HIV ada 2, yaitu Tipe 1 (HIV-1), penyebab utama AIDS yang merupakan bentuk virus yang paling virulen, prevalensinya lebih banyak dan bermutasi lebih cepat. Tipe 2 (HIV-2), menyebabkan penyakit yang serupa dengan HIV-1. Patogenesisnya lebih rendah dibandingkan dengan HIV-1 (Mandal *et. al.*, 2008).

Keduanya merupakan virus yang menginfeksi sel CD4+T yang memiliki reseptor dengan afinitas tinggi untuk HIV. Setelah infeksi oleh HIV, terjadi penurunan sel CD4 secara bertahap yang menyebabkan peningkatan gangguan imunitas yang diperantarai sel dengan akibat kerentanan terhadap berbagai infeksi oportunistik (Bratawijaya & Rengganis, 2010).

### **2.2.3 Faktor Resiko Penyebab HIV/AIDS**

Faktor risiko penularannya HIV/AIDS yang terjadi, yaitu :

1. Hubungan seksual secara heteroseksualitas maupun homoseksualitas.
2. Penggunaan jarum suntik.
3. Prenatal dan perinatal dari ibu kepada anaknya (Guerrant *et. al.*, 2011 & Volberding *et. al.*, 2008).

### **2.2.4 Cara Penularan HIV/AIDS**

Penularan HIV yang diketahui dan diakui saat ini adalah melalui hubungan seksual (homo maupun heteroseksual), darah (termasuk penggunaan jarum suntik), dan transplasental/perinatal (dari ibu ke anak yang akan lahir). Ada lima

unsur yang perlu diperhatikan pada penularan suatu penyakit yaitu: sumber infeksi, vehikulum/media perantara, hospes yang rentan, tempat keluar dan tempat masuk hospes baru (Irianto, 2013).

#### 1. Transmisi Seksual

Hubungan seksual (penetrative sexual intercourse) baik vaginal maupun oral merupakan cara transmisi yang paling sering terutama pada pasangan seksual pasif yang menerima ejakulasi semen pengidap HIV. Diperkirakan tiga per empat pengidap HIV di dunia mendapatkan infeksi dengan cara ini. HIV dapat ditularkan melalui hubungan seksual dari pria-wanita, wanita-pria, dan pria-pria. Selama hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina, dan darah dapat mengenai selaput lendir vagina, penis, dubur atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah. Selama berhubungan juga bisa terjadi lesi mikro pada dinding vagina, dubur, dan mulut yang bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah pasangan seksual (Nursalam dan Ninuk, 2011).

#### 2. Transmisi Nonseksual

Penularan virus HIV non seksual terjadi melalui jalur pemindahan darah atau produk darah (transfusi darah, alat suntik, alat tusuk tato, tindik, alat bedah, dan melalui luka kecil di kulit), jalur transplantasi alat tubuh, jalur transplasental yaitu penularan dari ibu hamil dengan infeksi HIV kepada janinnya (Murtiastutik, 2008). Transmisi HIV non seksual dapat terjadi pula pada petugas kesehatan yang merawat penderita HIV/AIDS dan petugas laboratorium yang menangani spesimen cairan tubuh yang berasal dari penderita. Penularan terjadi karena tertusuk jarum suntik yang sebelumnya

digunakan penderita atau kulit mukosa yang terkena cairan tubuh penderita (Irianto, 2013).

### **2.2.5 Tanda dan Gejala HIV/AIDS**

Menurut Soedarto (2009), gejala klinis HIV adalah sebagai berikut:

#### **1. HIV Stadium I**

Bersifat asimptomatik, aktivitas normal dan dijumpai adanya limfadenopati Generalisata Persisten (LGP): yakni pembesaran kelenjar getah bening di beberapa tempat yang menetap.

#### **2. HIV Stadium II**

Berat badan menurun  $<10\%$ , ulkus atau jamur di mulut, herpes zoster dalam lima tahun terakhir, sinusitis rekuren.

#### **3. HIV Stadium III**

Berat badan menurun  $>10\%$ , terjadi diare kronis yang berlangsung lebih dari satu bulan, demam berkepanjangan lebih dari satu bulan.

#### **4. HIV Stadium IV**

Berat badan menurun  $>10\%$ , gejala-gejala infeksi pneumosistosis, TBC, kriptokokosis, herpes zoster dan infeksi lainnya sebagai komplikasi turunya sistem imun.

Menurut Nursalam dan Ninuk (2011), gejala klinis pada stadium AIDS dibagi menjadi gejala mayor dan minor. Gejala mayor terdiri dari: penurunan berat badan  $>10\%$  dalam tiga bulan, demam yang panjang atau lebih dari tiga bulan, diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus menerus, dan TBC. Gejala minor terdiri dari: batuk kronis selama lebih dari satu bulan, infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *Candida Albicans*.

Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap, munculnya herpes zoster, berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh.

### **2.2.6 Patofisiologi**

Dasar utama terinfeksi HIV adalah berkurangnya jenis Limfosit T helper yang mengandung CD4 (Sel T4). Limfosit T4 adalah pusat dan sel utama yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam menginduksi fungsi imunologik. Menurun atau menghilangnya sistem imunitas seluler, terjadi karena virus HIV menginfeksi sel yang berperan membentuk antibodi pada sistem kekebalan tersebut, yaitu sel Limfosit T4. Setelah virus HIV mengikatkan diri pada molekul CD4, virus masuk ke dalam target dan melepaskan bungkusnya kemudian dengan enzim *reverse transkriptase* virus tersebut merubah bentuk RNA (*Ribonucleic Acid*) agar dapat bergabung dengan DNA (*Deoxyribonucleic Acid*) sel target. Selanjutnya sel yang berkembang biak akan mengandung bahan genetik virus. Infeksi HIV dengan demikian menjadi irreversibel dan berlangsung seumur hidup.

Pada awal infeksi, virus HIV tidak segera menyebabkan kematian dari sel yang diinfeksi, tetapi terlebih dahulu mengalami replikasi sehingga ada kesempatan untuk berkembang dalam tubuh penderita tersebut dan lambat laun akan merusak limfosit T4 sampai pada jumlah tertentu. Masa ini disebut dengan masa inkubasi. Masa inkubasi adalah waktu yang diperlukan sejak seseorang terpapar virus HIV sampai menunjukkan gejala AIDS. Pada masa inkubasi, virus HIV tidak dapat terdeteksi dengan pemeriksaan laboratorium kurang lebih 3 bulan sejak tertular virus HIV yang dikenal dengan masa "*window period*". Setelah

beberapa bulan sampai beberapa tahun akan terlihat gejala klinis pada penderita sebagai dampak dari infeksi HIV tersebut.

Pada sebagian penderita memperlihatkan gejala tidak khas pada infeksi HIV akut, 3-6 minggu setelah terinfeksi. Gejala yang terjadi adalah demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk. Setelah infeksi akut, dimulailah infeksi HIV asimtomatik (tanpa gejala). Masa tanpa gejala ini umumnya berlangsung selama 8-10 tahun, tetapi ada sekelompok kecil penderita yang memiliki perjalanan penyakit amat cepat hanya sekitar 2 tahun dan ada juga yang sangat lambat (*non-progressor*).

Secara bertahap sistem kekebalan tubuh yang terinfeksi oleh virus HIV akan menyebabkan fungsi kekebalan tubuh rusak. Kekebalan tubuh yang rusak akan mengakibatkan daya tahan tubuh berkurang bahkan hilang, sehingga penderita akan menampakkan gejala-gejala akibat infeksi oportunistik.

### **2.2.7 Pemeriksaan Penunjang**

Ada beberapa rangkaian tes yang digunakan untuk menegakkan diagnosis HIV/AIDS pertama kali, yaitu:

1. Deteksi awal dan periode jendela

Hal yang perlu diperhatikan pada deteksi awal adalah periode jendela yang merupakan periode sejak tubuh terinfeksi HIV sampai terbentuknya antibodi. Antibodi spesifik diproduksi pada awal setelah terjadi infeksi HIV dan dapat dideteksi dalam 6-12 minggu sejak pertama kali terinfeksi, sehingga dalam tes awal ini dapat menunjukkan hasil negatif pada orang yang sebenarnya telah terinfeksi HIV. Untuk itu apabila ada kecurigaan risiko tinggi terinfeksi maka diperlukan tes ulang dalam tiga bulan kemudian (Sudoyo, et al., 2009).

## 2. Tes screening

Tes screening digunakan metode enzim-linked immunosorbent assay (ELISA). Metode ini bereaksi terhadap adanya antibodi dalam serum dengan memberikan hasil warna yang lebih jelas apabila terdeteksi virus dalam jumlah banyak (Price dan Wilson, 2006). Antibodi HIV dideteksi dengan teknik penangkapan berlapis, antibodi akan terperangkap dalam lapisan antara antigen dan HIV, yang melekat dalam tes dan enzim yang ditambahkan dalam tes. Kemudian dilakukan pencucian untuk melepaskan enzim yang tidak terikat dan ditambahkan reagen pewarna untuk mengkatalisis enzim-enzim yang terikat sehingga dapat terjadi perubahan warna pada reagen (Sudoyo, et al., 2009).

Hasil positif – palsu kemungkinan dapat ditemukan dan dapat menimbulkan respon psikologis yang bermakna, sehingga pada pemeriksaan ELISA dengan hasil positif maka perlu dilakukan tes ulang, dan jika dari uji ulang menunjukkan positif maka perlu dilakukan tes yang lebih spesifik lagi, western blot (Price dan Wilson, 2006).

## 3. Tes untuk konfirmasi

Tes konfirmasi yang dapat digunakan adalah western blot dimana deteksi dilakukan dengan cara reaksi antibodi HIV dengan protein virus. Menurut Sudoyo, et al. (2009) , protein virus dipisahkan dalam bentuk pita-pita dalam gel electrophoresis berdasarkan berat molekulnya. Protein ini kemudian dipindahkan dalam bentuk tetesan dalam kertas nitroselular. Kemudian kertas tersebut di inkubasi dalam serum klien. Antibodi HIV spesifik dalam serum untuk protein HIV mengikat kertas pada titik target migrasi protein secara

tepat. Ikatan antibodi ini dideteksi menggunakan teknik colorimetric (Sudoyo, et al., 2009).

Uji western blot dapat dilakukan dua kali untuk meyakinkan akan adanya infeksi HIV walaupun dalam uji ini kecil kemungkinan memberikan hasil uji positif palsu maupun negatif palsu. Setelah uji konfirmasi pada klien menunjukkan hasil positif maka perlu juga dilakukan pemeriksaan klinis dan imunologik lain untuk mengevaluasi derajat dari penyakit dan usaha pengendalian infeksi HIV (Aru dkk, 2009).

#### 4. Tes klasik sebagai alternatif

##### 1) Tes menggunakan cairan dari mulut atau saliva

Menurut Widyanto dan Triwibowo (2013), cara ini merupakan cara mudah dan non invasif. Cairan yang digunakan adalah cairan yang berasal dari cervical dari pembuluh darah kapiler pada bawah gusi yang merupakan transudat darah. Konsentrasi antibodi dalam cairan ini hanya 1/400 dari antibodi yang terdapat dalam plasma. Tes ini hanya dapat mendeteksi antibodi dalam jumlah kecil karena adanya proses difusi dari air liur.

##### 2) Tes urine

Penggunaan uji urin dalam pemeriksaan HIV kurang efektif, karena apabila hasil tes ini menunjukkan reaktif masih perlu dilakukan pemeriksaan ELISA dan western blot (Widyanto dan Triwibowo, 2013).

### **2.2.8 Komplikasi**

Komplikasi yang terjadi pada pasien HIV/AIDS adalah sebagai berikut :

1. Kandidiasis bronkus, trakea, atau paru-paru
2. Kandidiasis esophagus
3. Kriptokokosis ekstra paru
4. Kriptosporidiosis intestinal kronis (>1 bulan)
5. Rinitis CMV (gangguan penglihatan)
6. Herpes simplek, ulkus kronik (> 1 bulan)
7. Mycobacterium tuberculosis di paru atau ekstra paru
8. Ensefalitis toxoplasma.

### **2.2.9 Penatalaksanaan**

1. Penanganan pasien HIV/AIDS meliputi penanganan umum dengan istirahat yang cukup, dukungan nutrisi, terapi psikososial dengan konseling serta penanganan khusus pada pasien HIV/AIDS.
2. Penanganan khusus terdiri dari :
  - 1) Penanganan pada wasting syndrom mencakup penanganan penyebab yang mendasari infeksi oportunistik sistemik maupun gastrointestinal. Diet seimbang merupakan terapi nutrisi yang esensial bagi pasien HIV/AIDS. Tujuannya adalah untuk mempertahankan berat badan ideal pasien dan jika bisa menaikkan berat badannya.
  - 2) Prinsip dasar penanganan pasien HIV/AIDS adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat AIDS, memperbaiki/meningkatkan kualitas hidup pasien, mempertahankan

serta memulihkan sistem kekebalan tubuh pasien, menekan dan menghambat pembelahan virus.

### **2.2.10 Pencegahan**

#### **1. Pencegahan Primer**

Pencegahan primer meliputi segala kegiatan yang dapat menghentikan suatu penyakit sebelum hal itu terjadi. Promosi kesehatan, pendidikan kesehatan, dan perlindungan kesehatan adalah tiga aspek utama didalam pencegahan primer. Pencegahan infeksi HIV yang terutama adalah dengan memiliki gaya hidup sehat, tidak menggunakan narkoba suntik dan tidak melakukan hubungan seksual diluar pernikahan (Irianto, 2013). Petugas kesehatan perlu menerapkan kewaspadaan universal dan menggunakan darah serta produk darah yang bebas dari HIV untuk pasien. Pencegahan penyebaran melalui darah dan donor darah dilakukan dengan skrining adanya antibodi HIV (Nursalam dan Ninuk, 2011).

#### **2. Pencegahan Sekunder**

Pencegahan sekunder bertujuan untuk menghentikan perkembangan penyakit atau cedera menuju suatu perkembangan kearah kerusakan atau ketidakmampuan. Pencegahan sekunder ditujukan kepada penderita yang sudah terinfeksi virus HIV. Infeksi HIV/AIDS menyebabkan menurunnya sistem imun secara progresif sehingga muncul berbagai infeksi oportunistik yang akhirnya dapat berakhir pada kematian. Sementara itu, hingga saat ini belum ditemukan obat yang dapat menyembuhkan infeksi HIV secara total (Irianto, 2013). Pemberian antiretroviral pada periode asimtomatik fase lebih awal dapat memperpanjang periode asimtomatik dan menghambat

perkembangan penyakit kearah AIDS atau dengan kata lain memperpanjang hidup penderita (Daili, 2009).

### 3. Pencegahan Tersier

Sasaran pencegahan tersier adalah penderita penyakit tertentu dengan tujuan mencegah jangan sampai mengalami cacat atau kelainan permanen, mencegah bertambah parahnya suatu penyakit tersebut. Pada tingkat ini juga dilakukan usaha rehabilitasi untuk mencegah terjadinya akibat samping dari penyembuhan suatu penyakit tertentu. Rehabilitasi adalah usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis dan sosial seoptimal mungkin yang meliputi rehabilitasi fisik/medis, rehabilitasi mental/psikologis serta rehabilitasi sosial (Irianto, 2013).

## **2.3 Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **2.3.1 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 :

#### 1. 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 anutt keluarga terkait kesehatan.

- 11) Status sosial ekonomi

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Status sosial ekonomi juga berpengaruh dalam perkembangan penyakit HIV/AIDS seperti ketidakmampuan keluarga untuk berobat ke pelayanan kesehatan dan membeli makanan sehat yang dapat mengurangi terjadinya komplikasi.

## 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.

## 2. 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.

## 3. 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

a) Pola komunikasi keluarga

Data ini menjelaskan mengenai cara berkomunikasi dengan keluarga serta frekuensinya. Keluarga dapat mengutarakan kebutuhan-kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, pola yang digunakan dalam komunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung).

b) Struktur kekuatan keluarga

Data ini menjelaskan kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

c) Struktur peran

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

d) Nilai/norma keluarga

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

b. Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif

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

b) Fungsi sosialisasi

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

c) Fungsi perawatan kesehatan

1) Mengetahui masalah kesehatan

2) Mengambil keputusan tindakan yang tepat

3) Merawat anggota yang sakit

4) Memelihara lingkungan yang sehat

5) Menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat

d) Fungsi reproduksi

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

e) Fungsi ekonomi

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

f) Stress dan koping keluarga

a. Stress jangka pendek dan jangka panjang

1) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu tidak lebih dari 6 bulan.

2) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian waktu lebih dari 6 bulan.

b. Kemampuan keluarga merespon stressor

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

c. Strategi koping yang digunakan

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

d. Strategi koping disfungsional

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

4. Status Gizi

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

## 5. 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*).

## 6. Harapan keluarga

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

### **2.3.2 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 IPKKI (2015) meliputi :

##### 1. Masalah (problem)

Daftar diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan IPKKI (2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Kesehatan

- a. Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga.
  - b. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan.
  - c. Perilaku kesehatan cenderung berisiko.
- 2) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perawatan Diri
    - a. Hambatan pemeliharaan rumah.
  - 3) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Peran Caregiver
    - a. Kesiapan meningkatkan pemberian ASI.
    - b. Ketegangan peran pemberi asuhan.
    - c. Kesiapan meningkatkan menjadi orangtua.
  - 4) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Hubungan Keluarga
    - a. Risiko gangguan perlekatan.
    - b. Gangguan proses keluarga.
    - c. Kesiapan meningkatkan proses keluarga.
  - 5) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perfoma Peran
    - a. Risiko ketidakefektifan hubungan.
    - b. Konflik peran orangtua.
    - c. Ketidakefektifan perfoma peran.
    - d. Hambatan interaksi sosial.
  - 6) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Respon Koping
    - a. Penurunan koping keluarga.
    - b. Ketidakmampuan koping keluarga.
    - c. Kesiapan meningkatkan koping keluarga.
  - 7) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Nilai/Keyakinan/Aksikongruen

- a. Konflik pengambilan keputusan.
  - b. Kesiapan meningkatkan pengambilan keputusan.
- 8) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Pertumbuhan
- a. Risiko pertumbuhan tidak proporsional.
- 9) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perkembangan
- a. Risiko keterlambatan perkembangan.
- 10) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Cares
- a. Gangguan kemampuan untuk melakukan perawatan.
- 11) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Emosional/Isu Psikologikal
- a. Gangguan komunikasi.
- 12) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perawatan Keluarga
- a. Gangguan proses keluarga.
- 13) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Health Promotion
- a. Gangguan mempertahankan kesehatan.
  - b. Kurang pengetahuan tentang penyakit.
  - c. Risiko bahaya lingkungan.
- 14) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Perawatan Jangka Panjang
- a. Ketidakpatuhan.
- 15) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Risiko
- a. Kekerasan rumah tangga.
  - b. Risiko jatuh.
  - c. Risiko infeksi.

16) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Keadaan Sosial

a. Kurangnya dukungan sosial.

Adapun diagnosa yang sering muncul pada keluarga HIV/AIDS menurut

APLIKASI NANDA NIC-NOC (2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Resiko infeksi/penularan
- 2) Gangguan citra tubuh
- 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- 4) Kurang pengetahuan tentang penyakit

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) Mengetahui 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 Skala Bailon dan Maglaya**

No	Kriteria	Bobot	Pembenaran
1	Sifat masalah - Actual = 3 - Risiko = 2 - Keadaan sejahtera = 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	Potensi masalah dapat dicegah - 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 kesehatan tersebut

Sumber : Setiadi (2008)

Berdasarkan tabel di atas, untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Magayla) sebagai berikut:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat.
2. Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot.

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

Jumlahkan skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

### 2.3.3 Perencanaan Keperawatan

1. Penyusunan tujuan

Pertama-tama perencanaan meliputi perumusan tujuan yang berorientasi pada klien. Penyusunan bersama tujuan tersebut terdiri atas kemungkinan

sumber-sumber keluarga dalam perawatan mandiri. Menggambarkan pendekatan-pendekatan alternative dalam pemecahan masalah. Menyeleksi intervensi-intevensi keperawatan dan bersifat spesifik.

Penyusunan tujuan bersama keluarga menjadi penentu perencanaan yang efektif, hal ini sangat beralasan karena diharapkan pada akhirnya klien mempunyai tanggung jawab akhir dalam pemecahan masalah dan mengatur hidup mereka sendiri, selain itu juga menghormati keyakinan keluarga.

Penyusunan tujuan bersama dengan keluarga akan lebih efektif, alas an yang mendasarinya adalah:

- 1) Proses penyusunan tujuan bersama memiliki efek positif terhadap interaksi dengan keluarga
- 2) Orang akan nampaknya menentang bila diberitahu apa yang harus dilakukan, tetapi akan bekerja bila memilih tujuan mereka sendiri
- 3) Orang akan membuat keputusan cenderung akan bertanggung jawab terhadap keputusannya tersebut.

Ada beberapa tingkat tujuan. Tujuan dapat disusun dalam jangka pendek (khusus) dan jangka panjang (umum). Tingkatan ini digunakan untuk membedakan masalah yang dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga dan masalah yang harus diserahkan pada tim keperawatan atau kolektif. Tujuan khusus/jangka pendek sifatnya spesifik, dapat diukur, dapat dimotivasi/memberi kepercayaan pada keluarga bahwa kemajuan sedang dalam proses dan membimbing keluarga ke arah tujuan jangka panjang/umum. Tujuan jangka panjang/umum merupakan tujuan akhir yang menyatakan maksud-maksud luas yang diharapkan oleh keluarga agar dapat tercapai.

## 2. Merencanakan tindakan keperawatan

Adalah menyusun alternatif-alternatif dan mengidentifikasi sumber-sumber kekuatan dari keluarga (kemampuan perawatan mandiri, sumber pendukung/bantuan yang bisa dimanfaatkan) yang digunakan untuk menyelesaikan masalah dalam keluarga.

Perawat perlu mengkaji:

- 1) Pendekatan-pendekatan yang diajukan dapat menyebabkan meningkatnya ketergantungan atau kemandirian pada pihak keluarga.
- 2) Informasi dan tingkat keterampilan anggota keluarga atau berada dalam sumber-sumber yang mereka miliki.
- 3) Menurunkan atau memperkuat kemampuan koping keluarga.
- 4) Keluarga dan para anggotanya memiliki komitmen dan motivasi yang memadai sehingga memegang teguh perencanaan.
- 5) Sumber-sumber memadai untuk melaksanakan perencanaan.

Karena keluarga mempunyai hak dan tanggung jawab untuk membuat keputusannya sendiri maka keluarga dapat memilih tindakan yang sudah terinformasi. Keluarga berhak untuk mengetahui konsekuensi dari masing-masing tindakan sehingga dapat membuat keputusan yang masuk akal. Perawat juga dapat menolak pilihan tindakan yang diputuskan keluarga bila bertentangan dengan konsep kesehatan. Perawat dapat meminta bantuan orang lain yang mempunyai pengalaman terhadap masalah yang sama untuk memberikan gambaran kepada keluarga.

### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

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, siapa 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 :

1. 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.
2. 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.
3. 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.

4. 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.
5. 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.

### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasil (bagaimana keluarga memberikan respon), bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan. Dengan kata lain, evaluasi merupakan tahapan penilaian untuk membandingkan kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat.

Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbarui rencana asuhan keperawatan. Sebelum perencanaan dikembangkan dan dimodifikasi, perawat bersama keluarga perlu melihat tindakan-tindakan keperawatan tertentu, apakah tindakan perawatan tersebut benar-benar membantu.

1. Mengukur pencapaian tujuan keluarga

Faktor yang perlu dievaluasi dalam asuhan keperawatan keluarga bisa meliputi beberapa ranah, yaitu:

1) Ranah kognitif (pengetahuan)

Lingkup evaluasi pada ranah kognitif ini menitik tekankan pada pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang masalahnya, misalnya: (pengetahuan keluarga tentang penyakit, tanda dan gejala yang menyertainya, pengobatan, perilaku pencegahan, upaya meminimalkan komplikasi, dsb)

2) Ranah afektif (emosional)

Hal ini bisa dilihat ketika perawat melakukan wawancara dengan klien. Dalam hal ini perawat bisa mengamati ekspresi wajah, nada suara, isi pesan yang disampaikan.

3) Ranah psikomotor

Dapat dilakukan dengan melihat bagaimana keluarga melakukan tindakan yang sudah direncanakan, apakah sesuai atau sebaliknya tidak sesuai dengan harapan.

2. Pentuan keputusan dalam evaluasi

Terdapat tiga kemungkinan keputusan pada tahap evaluasi ini, yaitu:

- 1) Keluarga telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan sehingga rencana mungkin dihentikan.
- 2) Keluarga masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan sehingga diperlukan penambah waktu, *resources*, dan intervensi sebelum tujuan berhasil.
- 3) Keluarga tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan sehingga perlu:
  - a. Mengkaji ulang masalah atau respons yang lebih akurat

- b. Membuat *outcome* yang baru, mungkin *outcome* yang pertama tidak realistis.
- c. Evaluasi intervensi keperawatan dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan.

### 3. Modifikasi

Memodifikasi mengikuti perencanaan evaluasi dan mulai dengan siklus kembali ke pengkajian dan pengkajian ulang dengan memberikan informasi yang diperoleh dari pertemuan-pertemuan sebelumnya, lalu diteruskan dengan revisi setiap fase dalam siklus yang dibutuhkan, perumusan diagnosa, perencanaan dan intervensi. Modifikasi ini kerap sulit dilakukan, karena hanya akan mendatangkan frustrasi dan menurunkan ego serta mengakui bahwa evaluasi dan implementasi kita tidak berjalan secara efektif.

## **2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada HIV/AIDS**

### **2.4.1 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 Diabetes Mellitus, Hipertensi, HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberculosis, atau penyakit menular seksual.

#### 4. Latar Belakang Keluarga

Adat istiadat di tempat tinggal, suku bangsa, agama dan sosial. 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

Status sosial keluarga dapat berpengaruh terhadap perkembangan penyakit HIV/AIDS. Status sosial budaya ini tidak hanya terjadi pada saat orang yang terinfeksi HIV berupa kehilangan pekerjaan dan perubahan dalam cara berpikir, tetapi juga mempunyai status ekonomi karena memerlukan biaya perawatan dan biaya pengobatan yang cukup besar.

#### 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 HIV/AIDS.

#### 8. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Identifikasi aktivitas keluarga, dan waktu senggang yang digunakan keluarga.

#### 9. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi yang berkaitan dengan masalah resiko penularan HIV/AIDS terhadap keluarga (Setiadi, 2008).

10. Riwayat Keluarga Sebelumnya

Anggota keluarga yang pernah menderita penyakit kronis, menular, riwayat hipertensi.

11. Pengkajian Lingkungan

a. Karakteristik rumah

Cara memodifikasi rumah dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, denah rumah yang baik dapat mempengaruhi faktor terjadinya HIV/AIDS.

b. Lingkungan : lingkungan sangat mempengaruhi pada pasien HIV/AIDS misalnya, salon, panti pijat, tempat hiburan dan lokalisasi.

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 HIV/AIDS.

g. Sistem pendukung dalam keluarga

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik dengan kebiasaan olahraga, fasilitas psikologis atau dukungan anggota keluarga dan fasilitas sosial setempat guna pencegahan penyakit HIV/AIDS.

## 12. Struktur keluarga

### a. Pola komunikasi

Bahasa yang digunakan dalam keluarga, mengenai frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan masalah keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.

### b. Struktur peran

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

### c. Fungsi keluarga

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

#### 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 HIV/AIDS sehingga keterlambatan penanganan.

#### b) Fungsi Sosialisasi

Keluarga yang menderita HIV/AIDS biasanya tidak memiliki kekuatan untuk memutuskan tindakan yang tepat untuk segera berobat ke fasilitas kesehatan yang ada sehingga terjadilah keterlambatan penanganan, tidak adanya pengaturan secara khusus pembagian tanggung jawab, keluarga biasanya mempunyai masalah dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

d. Fungsi kesehatan

a) Mengetahui masalah kesehatan

Ketidakhampuan keluarga mengetahui masalah HIV/AIDS salah satu faktor penyebabnya yaitu kurangnya pengetahuan. Sehingga dapat menyebabkan terjadinya penularan penyakit dan ketidakhpatuhan dalam pengobatan pada pasien dengan HIV/AIDS.

b) Ketidakhampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat untuk melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat dan luasnya masalah yang dihadapi pada penyakit HIV/AIDS.

c) Ketidakhampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Ketidakhampuan dalam merawat anggota keluarga disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit misalnya keluarga tidak mengetahui pengertian HIV/AIDS, cara penularan, tanda gejala, penyebab, dan dampak dari pengobatan ARV yaitu: kelelahan, mual, ruam pada kulit, diare.

d) Memelihara lingkungan yang sehat.

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

e) Menggunakan fasilitas pelayanan di masyarakat.

Sejauh mana keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat merupakan hal yang sangat penting

bagi keluarga penderita HIV/AIDS, berkaitan dengan pengobatan HIV/AIDS yaitu penggunaan obat ARV (*Antiretroviral*) yang dikonsumsi seumur hidup.

13. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit yang pernah di alami oleh anggota keluarga

14. Status Gizi

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

15. Pemeriksaan Fisik

a. Status keadaan umum

Perlu dikaji kesadaran klien, demam kronik dengan atau tanpa menggigil, keringat malam hari berulang kali, lemah, lelah, anoreksia, berat badan menurun, nyeri, sulit tidur.

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 pengelihatannya 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, epistaksis.

e. Mulut dan faring

Dikaji adanya perdarahan pada gusi, stomatitis pada mulut, gangguan rasa menelan dan mengunyah, dan sakit pada tenggorokan, mulut kering, ulser pada bibir atau mulut, kandidiasis oral.

f. Leher

Dikaji adanya nyeri leher, kaku pada pergerakan, pembesaran kelenjar tiroid.

g. Thorak

a) Inspeksi

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

b) Palpasi

Pada palpasi tentang kesimetrisan, ekspansi dan taktil fremitus.

c) Perkusi

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

d) Auskultasi

Pengkajian tentang adanya bungi nafas tambahan ronkhi dan adanya wheezing.

h. Abdomen

Perlu dikaji tentang intake makan dan minum, mual, muntah, berat badan menurun, diare, inkontinensia, nyeri pada perut, hepatosplenomegali.

i. Integrumen

Dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, gatal, rash atau lesi, turgor jelek.

j. Ekstermitas

Terjadi kelambatan mobilitas fisik yang ditandai dengan kelumpuhan, sisi tubuh lemah sebelah, reflek tendon melemah, adanya edema ekstermitas, tremor dan tanda-tanda infeksi pada ekstermitas.

16. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mengetahui tentang HIV/AIDS pasien.

#### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Adapun diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota HIV/AIDS adalah sebagai berikut : (IPKKI, 2015. SDKI, 2016)

1. Resiko penularan penyakit HIV/AIDS
2. Ketidapatuhan regimen pengobatan
3. Gangguan citra tubuh
4. Defisit nutrisi
5. Defisit pengetahuan tentang penyakit

#### **2.4.3 Perencanaan Keperawatan**

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

1. Rencana tindakan untuk diagnosa 1

Resiko penularan penyakit HIV/AIDS

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kunjungan rumah diharapkan tidak terjadi resiko penularan.

2) Kriteria hasil

a. Kognitif :

Pasien dan keluarga dapat mengetahui dan menjelaskan tentang penyebab terjadinya penularan HIV/AIDS.

b. Afektif :

1. Pasien dan keluarga diharapkan mampu merawat anggota keluarga yang sakit untuk mengurangi resiko penularan pada penderita HIV/AIDS.
2. Pasien bersedia untuk mengubah kebiasaan seksual dalam pencegahan penularan penyakit.

c. Psikomotor :

Seluruh anggota keluarga mau memisahkan barang-barang yang dapat terkontaminasi cairan dengan klien.

3) Rencana tindakan

a. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penularan HIV/AIDS

b. Jelaskan cara penularan penyakit HIV/AIDS

c. Anjurkan klien untuk mengubah kebiasaan seksual untuk mencegah penularan penyakit HIV/AIDS misalnya, tidak

melakukan hubungan seksual secara bebas dan menggunakan alat pelindung pada saat melakukan hubungan.

d. Anjurkan pada keluarga agar klien mau memisahkan barang-barang yang dapat terkontaminasi cairan misalnya, pisau cukur, sikat gigi, dll.

4) Rasional

a. Diharapkan akan diketahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang penularan HIV/AIDS.

b. Diharapkan keluarga mengenal dan mengetahui cara penularan penyakit HIV/AIDS.

c. Dapat mengurangi perkembangan dan resiko penularan HIV/AIDS

d. Mengurangi resiko terjadinya penularan.

2. Rencana tindakan untuk diagnosa 2

Ketidakpatuhan regimen pengobatan

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kunjungan rumah diharapkan klien patuh dalam pengobatan.

2) Kriteria hasil

a. Kognitif :

Pasien dan keluarga dapat mengetahui sistem atau cara pengobatan yang tepat untuk penderita HIV/AIDS.

b. Afektif :

Keluarga diharapkan mampu mengambil keputusan untuk mengurangi resiko pengobatan tidak efektif pada penderita HIV/AIDS

c. Psikomotor :

Keluarga bersedia melakukan pengobatan dengan tepat waktu dan meminum obat sesuai dosis pada penderita HIV/AIDS.

3) Rencana tindakan

- a. Jelaskan kepada keluarga tentang pentingnya pengobatan yang tepat waktu dan sesuai dosis untuk anggota keluarga yang sakit
- b. Berikan motivasi kepada keluarga untuk memberikan pengobatan yang tepat waktu dan sesuai dosis bagi anggota keluarga yang sakit
- c. Anjurkan pada keluarga untuk mengajak kontrol klien secara rutin
- d. Anjurkan pada keluarga untuk mengawasi klien minum obat

4) Rasional

- a. Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat memutuskan pengobatan yang efektif untuk anggota keluarga yang sakit.
- b. Mencegah kegagalan pengobatan dengan memberikan motivasi akan menambah rasa keyakinan diri keluarga untuk memberikan pengobatan yang efektif bagi anggota keluarga yang sakit.
- c. Dengan kontrol secara rutin dapat mengetahui keadaan klien secara dini.
- d. Dengan mengawasi minum obat secara rutin dapat mengurangi resiko regimen 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

Skor

---

Angka tertinggi

Jumlah skor untuk semua kriteria

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

**Tabel 2.2 Prioritas diagnosa keperawatan**

No	Kriteria	Bobot	Pembenaran
1	Sifat masalah - Actual = 3 - Risiko = 2 - Keadaan sejahtera = 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 : 3. Pengetahuan yang ada sekarang teknologi dan tindakan untuk menangani masalah 4. Sumber daya keluarga dapat berbentuk fisik, keuangan dan tenaga 5. Sumber daya perawat dapat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu 6. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam bermasyarakat dan dukungan masyarakat
3	Potensi masalah dapat dicegah - Tinggi = 3 - Cukup = 2 - Rendah = 1	1	Faktor yang di perhatikan : Tingkat keparahan 1. Kepelikan dari masalah 2. Lamanya masalah, berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada 3. Tindakan yang sedang dijalankan, yaitu tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah 4. Adanya kelompok high risk atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah
4	Menonjolnya masalah - Masalah berat		Faktor yang di perlu di perhatikan adalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah

	harus segera ditangani = 2 - Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani = 1 - Masalah tidak dirasakan = 0	1	kesehatan tersebut
--	--	---	--------------------

#### 2.4.4 Implementasi Keperawatan

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

1. Sumber daya keluarga
2. Adat istiadat yang berlaku
3. Tingkat pendidikan keluarga
4. Sarana dan prasarana yang ada pada keluarga
5. Respon dan penerimaan keluarga. (Setiadi, 2008)

#### 2.4.5 Evaluasi Keperawatan

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 kesengajaan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi (Setiadi, 2012).