

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Keluarga

2.1.1 Pengertian

1. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1998)
2. Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan (WHO,1969)
3. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri, atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (UU No.10 tahun 1992)
(Setiadi, 2008)

2.1.2 Ciri-ciri keluarga

1. Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton
 - a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
 - b. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
 - c. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (Nomen Clatur) termasuk garis keturunan.

2. Ciri keluarga Indonesia
 - a. Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
 - b. Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.
 - c. Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah. (Setiadi, 2008)

2.1.3 Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan:

1. Secara tradisional
 - a. Keluarga inti (nuclear family) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
 - b. Keluarga besar (extended family) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

2. Secara modern

- a. *Tradisional nuclear*

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

- b. *Reconstituted nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah

dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun dari perkawinan baru, satu/ keduanya dapat bekerja di luar.

c. *Niddle age / aging couple*

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

d. *Dyadic nuclear*

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

e. *Single parent*

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

f. *Dual carrier*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

g. *Commuter married*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

h. *Single adult*

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

i. *Three generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah

j. *Institutional*

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti.

k. *Comunal*

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

l. *Group marriage*

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

m. *Unmarried parent and child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

n. *Cohibing coiple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin

o. *Gay and lesbian family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama. (Setiadi, 2008)

2.1.4 Struktur keluarga

a. Patrilineal

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

b. Matrilineal

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

c. Matrilokal

Yaitu yang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. Patrilokal

Yaitu sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga kawin

Yaitu hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian dari keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

(Setiadi, 2008)

2.1.5 Fungsi pokok keluarga

- a. Fungsi afektif (*The Affective Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang

lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*Socialization And Social Placement Function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi (*The Reproductive Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*), yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*), yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi (Setiadi, 2008)

2.1.6 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

- 1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
- 2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan-fasilitas kesehatan yang ada)
(Setiadi, 2008)

2.1.7 Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Carter dan Me Goldrick membagi dalam 5 tahapan perkembangan yaitu:

1. Keluarga antara (masa bebas/pacaran) dengan usia dewasa muda.
2. Terbentuknya keluarga baru melalui suatu perkawinan.
3. Keluarga dengan memiliki anak usia muda (usia bayi sampai sekolah)
4. Keluarga yang memiliki anak dewasa.
5. Keluarga yang mulai melepas anaknya untuk keluar rumah.
6. Keluarga lansia. (Setiadi, 2008)

2.2 Tinjauan Teori Medis Tentang Kusta

2.2.1 Pengertian

Kusta adalah penyakit yang menshun dan disebabkan oleh kuman kusta (mikrobakterium leprae) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan

jaringan tubuh lainnya. (depkes RI, 2005)

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

2.2.2 Etiologi

Mycobacterium leprae merupakan agen causal pada lepra, kuman ini berbentuk batang tahan asam yang termasuk famili *Mycobacteriale* atau morfologik, triokimiawi dan kemiripan genetika dengan *Mycobacterium* lainnya.

2.2.3 Klasifikasi Kusta

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

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

Untuk para petugas kesehatan di lapangan, bentuk klinis penyakit kusta cukup dibedakan menjadi 2 yaitu :

1. Kusta bentuk kering (tipe tuberkuloid)

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

2. Bentuk kusta basah (tipe lepromatosa)

- a. Merupakan bentuk menular karena banyak kuman dapat ditemukan baik di selaput lendir hidung, kulit, maupun organ tubuh lain.
- b. Jumlahnya lebih sedikit dibandingkan kusta bentuk kering dan terjadi pada orang dengan daya tahan tubuhnya rendah dalam menghadapi kuman kusta.
- c. Kelainan kulit bisa merupakan bercak kemerahan, bisa kecil-kecil, dan tersebar di seluruh badan dan menyebar ke bagian kulit yang

- luas (infiltrat) yang tampak mengkilap dan berminyak. Bisa juga yang sebesar di badan, muka dan daun telinga.
- d. Sering disertai rontoknya alis mata, menebalnya cuping telinga dan kadang-kadang terjadi hidung pelana karena rusaknya tulang rawan hidung.
 - e. Kecacatan pada bentuk ini biasanya terjadi pada fase lanjut dari perjalanan penyakit.
 - f. Pada bentuk yang parah biasa terjadi “muka singa” (facies Leonia).

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

2.2.4 Anatomi Fisiologi

Penyebab kusta adalah kuman *Mycobacterium leprae*. Dimana *Mycobacterium* ini adalah kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang, dikelilingi oleh membran sel lilin yang merupakan ciri dari spesies *Mycobacterium*, berukuran panjang 1 - 8 mikro, lebar 0,2 - 0,5 mikro biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel dan bersifat tahan asam (BTA) atau gram positif, tidak mudah diwarnai namun jika diwarnai akan tahan terhadap dekolorisasi oleh asam atau alkohol sehingga oleh karena itu dinamakan sebagai basil "tahan. asam". Selain banyak membentuk safrifit, terdapat juga golongan organisme patogen (misalnya *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium leprae*) yang menyebabkan penyakit menahun dengan menimbulkan lesi jenis granuloma infeksi. *Mycobacterium leprae*

belum dapat dikultur pada laboratorium melalui kontak langsung dengan penderita dan melalui pernapasan, kemudian kuman membelah dalam jangka 14-21 hari dengan masa inkubasi rata-rata dua hingga lima tahun. Setelah lima tahun, tanda-tanda seseorang menderita penyakit kusta mulai muncul antara lain, kulit mengalami bercak putih, merah, rasa kesemutan bagian anggota tubuh hingga tidak berfungsi sebagaimana mestinya. (Mansjoer, 2002)

2.2.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. Penderita kusta adalah seseorang yang menunjukkan gejala klinik kusta dengan atau tanpa pemeriksaan bakteriologik dan memerlukan pengobatan (M. D. Amirudin, 2012)

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

1. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa

Kelainan kulit atau lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (hipopigmentasi) atau kemerah-merahan (eritemtous) yang mati rasa (anastesi).

2. Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf. Gangguan saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer). Gangguan fungsi saraf ini berupa:

- a. Gangguan fungsi saraf sensoris : mati rasa
- b. Gangguan fungsi motorik : kelemahan (parase) atau kelumpuhan (paralise).
- c. Adanya kuman tahan asam didalam kerokan jaringan kulit (BTA+) pemeriksaan ini hanya dilakukan pada kasus yang meragukan. (Dirjen PP & PL Depkes, 2005)

2.2.6 Patofisiologi Kusta

Masuknya kuman kedalam tubuh dapat melalui kulit yang tidak utuh, saluran pencernaan. Setelah mycobacterium leprae masuk kedalam tubuh, kemudian menuju sel schwan pada saraf tepi sebagai tempat predileksi nya, selnya pecah dan berkembang biak yang kemudian menginfeksi sel schwan yang lain atau ke kulit tergantung pada kerentanan seseorang. Kalau tidak rentan tidak akan sakit dan sebaliknya jika rentan, setelah masa tunasnya dilampaui akan timbul segala penyakitnya. Untuk selanjutnya tipe yang terjadi tergantung pada derajat imunitas seorang. Pada imunitas akan terjadi kusta tipe tuberkoloid sedangkan pada imunitas yang rendah akan terjadi kusta tipe lepromatous. (FKUI,2000)

2.2.7 Penatalaksanaan

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 penurunan multi drug terapi (MDT) dengan kombinasi Rimpavacin, klofazimin, dan DDS mulai tahun 1981. Program ini bertujuan untuk mengatasi resisten dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidaktaatan pasien, menurunkan angka putus obat, dan mengeliminasi persistensi kuman kusta dalam jaringan.

2.2.8 Komplikasi

1. Kerusakan fungsi sensorik

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

2. Kerusakan fungsi motorik

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

3. Kerusakan fungsi otonom

Terjadi pada kelenjar keringat sehingga kulit menjadi kering, menebal, mengeras dan akhirnya dapat pecah-pecah bila fungsi saraf tidak ditangani secara cepat maka akan terjadi kecacatan ke tingkat yang lebih berat.

2.2.9 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan bakteriologis

Ketentuan pengambilan sediaan adalah sebagai berikut

1. Sediaan di ambil dari kelainan kulit yang paling aktif.
2. Kulit muka sebaiknya dihindari karena alasan kosmetik kecuali tidak ditemukan lesi di tempat lain.
3. Pemeriksaan ulangan dilakukan pada lesi kulit yang sama dan bila perlu ditambah dengan lesi kulit yang baru timbul.
4. Pemeriksaan bakteriologis dilakukan dengan pewarnaan tahan asam yaitu ziehl neelsen atau kinyoun gabett.
5. Cara menghitung BTA dalam lapangan mikroskop ada 3 metode yaitu cara zig-zag, huruf z dan setengah atau seperempat lingkaran. Bentuk kuman yang mungkin ditemukan adalah bentuk utuh, pecah-pecah, granula, globus dan clumps

b. Indeks bakteri (IB)

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

- 0 : bila tidak ada BTA dalam 100 lapangan pandang
- 1 : bila 1-10 BTA dalam 100 lapangan pandang
- 2 : bila 1-10 BTA dalam 10 lapangan pandang
- 3 : bila 1-10 BTA dalam rata-rata 1 lapangan pandang
- 4 : bila 11-100 BTA dalam rata-rata 1 lapangan pandang

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

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

c. Indeks morfologi

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

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Keluarga

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga.

Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan ukuran atau penilaian mengenai keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, teori, dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan.

Cara pengumpulan data tentang keluarga dapat dilakukan antara lain adalah :

1. Wawancara

Wawancara yaitu menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi keluarga dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

Tujuan komunikasi atau wawancara disini adalah :

- a. Mendapatkan informasi yang diperlukan.
- b. Meningkatkan hubungan perawat-keluarga dalam komunikasi.
- c. Membantu keluarga untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan.

Wawancara dengan keluarga dikaitkan dalam hubungannya dengan kejadian-kejadian pada waktu lalu dan sekarang.

2. Pengamatan

Pengamatan dilakukan yang berkaitan dengan hal-hal yang tidak perlu ditanyakan (ventilasi, penerangan, kebersihan)

a. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi yang bisa dijadikan acuan oleh perawat antara lain adalah KMS, kartu keluarga, dan catatan kesehatan lainnya misalnya informasi-informasi tertulis maupun lisan dari rujukan dari berbagai lembaga yang menangani keluarga dan dari anggota tim kesehatan lainnya.

b. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien biasanya dalam keadaan demam.

Beberapa Sistem penglihatan. Adanya gangguan fungsi saraf tepi sensorik, kornea mata anastesi sehingga reflek kedip berkurang jika terjadi infeksi mengakibatkan kebutaan, dan saraf tepi motorik terjadi kelemahan mata akan lagophthalmos jika ada infeksi akan buta.

Sistem pernafasan. Klien dengan morbus hansen hidungnya seperti pelana dan terdapat gangguan pada tenggorokan.

Sistem persarafan:

a. Kerusakan fungsi sensorik

Kelainan fungsi sensorik ini menyebabkan terjadinya kurang/mati rasa. Akibat kurang/mati rasa pada telapak tangan dan kaki dapat terjadi luka, sedang pada kornea mata mengakibatkan kurang/hilangnya reflek kedip.

b. Kerusakan fungsi motorik

Kekuatan otot tangan dan kaki dapat menjadi lemah/ lumpuh dan lama-lama ototnya mengecil (atrofi) karena tidak dipergunakan. Jari-jari tangan dan kaki menjadi bengkok dan akhirnya dapat terjadi kekakuan pada sendi (kontraktur), bila terjadi pada mata akan mengakibatkan mata tidak dapat dirapatkan (lagophthalmos).

c. Kerusakan fungsi otonom

Terjadi gangguan pada kelenjar keringat, kelenjar minyak dan gangguan sirkulasi darah sehingga kulit menjadi kering, menebal, mengeras dan akhirnya dapat pecah-pecah.

Sistem muskuloskeletal. Adanya gangguan fungsi saraf tepi motorik adanya kelemahan atau kelumpuhan otot tangan dan kaki, jika dibiarkan akan atrofi.

Sistem integumen. Terdapat kelainan berupa hipopigmentasi (seperti panu), bercak eritem (kemerah-merahan), infiltrat (penebalan kulit), nodul (benjolan). Jika ada kerusakan fungsi otonom terjadi gangguan kelenjar keringat, kelenjar minyak dan gangguan sirkulasi darah

sehingga kulit kering, tebal, mengeras dan pecah-pecah. Rambut: sering didapati kerontokan jika terdapat bercak. (Setiadi, 2008)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

Tahap dalam diagnosa keperawatan keluarga antara lain :

- a. Analisa data
- b. Perumusan masalah
- c. Prioritas masalah

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

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

a. Analisa data

Setelah data terkumpul (dalam format pengkajian) maka selanjutnya dilakukan analisa data yaitu mengkaitkan data dan

menghubungkan dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan keluarga.

Cara analisa data adalah:

1. Validasi data, yaitu meliputi meneliti kembali data yang terkumpul dalam format pengkajian.
2. Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan biopsiko-sosial dan spiritual.
3. Membandingkan dengan standart.
4. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.

Ada 3 norma yang perlu diperhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan keluarga untuk melakukan analisa data, yaitu:

1. Keadaan kesehatan yang normal bagi setiap anggota keluarga, yang meliputi:
 - a. Keadaan kesehatan fisik, mental, dan sosial anggota keluarga.
 - b. Keadaan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga.
 - c. Keadaan gizi anggota keluarga.
 - d. Status imunisasi anggota keluarga.
 - e. Kehamilan dan KB.
2. Keadaan rumah dan sanitasi lingkungan, yang meliputi:
 - a. Rumah yang meliputi ventilasi, penerangan, kebersihan, konstruksi, luas rumah, dan sebagainya.

- b. Sumber air minum.
 - c. Jamban keluarga.
 - d. Tempat pembuangan air limbah.
 - e. Pemanfaatan pekarangan yang ada dan sebagainya.
3. Karakteristik keluarga, yang meliputi:
- a. Sifat-sifat keluarga.
 - b. Dinamika dalam keluarga.
 - c. Komunikasi dalam keluarga.
 - d. Interaksi antar anggota keluarga.
 - e. Kesanggupan keluarga dalam membawa perkembangan anggota keluarga.
 - f. Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga.

b. Perumusan masalah

Perumusan masalah keperawatan keluarga dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan keluarga meliputi problem etiologi dan sign/simpton.

1. Masalah

Adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan masalah (tidak terpenuhinya kebutuhan dasar keluarga/anggota keluarga) yang diidentifikasi oleh perawat melalui pengkajian. Daftar diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan NANDA 1995 sebagai berikut:

- 1) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah lingkungan.
 - a. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah (higienis lingkungan).
 - b. Resiko terhadap cedera.
 - c. Resiko terjadi infeksi (penularan penyakit).
- 2) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah struktur komunikasi.
 - a. Komunikasi keluarga disfungsional.
- 3) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah struktur peran.
 - a. Berduka dan diantisipasi.
 - b. Berduka disfungsional.
 - c. Isolasi sosial.
 - d. Perubahan dalam proses keluarga (dampak adanya orang yang sakit terhadap keluarga).
 - e. Potensi 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 peran.
 - b. Perubahan menjadi orang tua.
 - c. Potensial peningkatan menjadi orang tua.

- d. Berduka yang diantisipasi.
 - e. Koping keluarga tidak efektif, menurun.
 - d. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan.
 - e. Resiko terhadap perilaku 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. Potensial peningkatan menjadi orang tua.
 - f. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
 - g. Perubahan pemeliharaan kesehatan.
 - h. Kurang pengetahuan.
 - i. Isolasi sosial.
 - j. Kerusakan interaksi sosial.
 - k. Resiko terhadap tindakan kekerasan.
 - l. Ketidapatuhan.
 - m. Gangguan identitas pribadi.
- 6) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi perawatan kesehatan.
- a. Perubahan pemeliharaan kesehatan.
 - b. Potensial peningkatan pemeliharaan kesehatan.
 - c. Perilaku mencari pertolongan kesehatan.
 - d. Ketidakefektifan pelaksanaan aturan terapeutik 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 yang dapat dicerminkan dalam respon fisiologi yang dipengaruhi oleh unsur psikososial, spritual, dan faktor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab ataupun faktor resiko. Dikeperawatan keluarga etiologi ini mengacu kepada 5 tugas keluarga, yaitu:

- a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
 - b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
 - c. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit.
 - d. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
 - e. 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 sama dengan diagnosa diklinik yang dapat dibedakan menjadi 5 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 simpton.

- a. Problem, mengacu pada permasalahan yang dihadapi klien
- b. Etiologi (faktor yang berhubungan), merupakan etiologi atau faktor penyebab yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Faktor ini mengacu pada 5 tugas keluarga.
- c. Simpton (batasan karakteristik), yang menentukan karakteristik yang mengacu pada petunjuk klinis, tanda subyektif dan obyektif.

2. Resiko (ancaman kesehatan)

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

3. Wellness (keadaan sejahtera)

Adalah keputusan klinik tentang keadaan keluarga dari transisi tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih

tinggi 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.

Ada 2 kunci yang harus ada dalam diagnosa ini, yaitu:

- a. Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.
- b. Adanya status dan fungsi yang afektif.

4. Sindrom

Adalah diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa aktual dan resiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu. Menurut NANDA ada 2 diagnosa keperawatan sindrom, yaitu :

- a. Sindrom trauma pemerkosaan (rape trauma syndrome)
Pada kelompok ini menunjukkan adanya tanda dan gejala.
Misalnya : cemas, takut, sedih, gangguan istirahat dan tidur dan lain-lain.
- b. Resiko sindrom penyalahgunaan (risk for disuse syndrome)
Misalnya : resiko gangguan proses pikir, resiko gangguan gambaran diri dan lain-lain.

c. **Prioritas dari diagnosa keperawatan yang ditemukan**

Tahap berikutnya setelah ditetapkan rumusan masalahnya adalah memprioritaskan masalah sesuai dengan keadaan keluarga

karena dalam suatu keluarga perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan.

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

- a. Tentukan skor untuk tiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{skor}}{\text{Angkatertinggi}} \times \text{bobot}$$

- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- d. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot

Tabel 2.1 Skala Bailon dan Maglaya

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

Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala

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

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

- a. Ancaman kesehatan

Yaitu keadaan yang memungkinkan keadaan terjadinya penyakit, kecelakaan, dan kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan. Keadaan yang disebut dalam ancaman kesehatan antara lain

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

7. Sanitasi lingkungan yang buruk, diantaranya :
 - a. Ventilasi kurang baik.
 - b. Sumber air minum tidak memenuhi syarat.
 - c. Polusi udara.
 - d. Tempat pembuangan sampah yang tidak sesuai dengan syarat.
 - e. Tempat pembuangan tinja yang mencemari sumber air minum.
 - f. Kebisingan.
8. Kebiasaan yang merugikan kesehatan, seperti :
 - a. Merokok.
 - b. Minuman keras.
 - c. Makan obat tanpa resep.
 - d. Makan daging mentah.
 - e. Higiene perseorangan jelek
9. Sifat kepribadian yang melekat, misalnya pemarah
10. Riwayat persalinan sulit.
11. Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal.
12. Imunisasi anak yang tidak lengkap.
 - a. Kurang atau tidak sehat
Yaitu kegagalan dalam memantapkan kesehatan.
 1. Keadaan sakit (sesudah atau sebelum didiagnosa).
 2. Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan pertumbuhan normal.

b. Situasi krisis

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

2. Kriteria II, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah.

Perhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:

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

3. Kriteria III, yaitu potensial masalah dapat dicegah Faktor-faktor yang diperhatikan adalah :
 - a. Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
 - b. Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
 - c. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
 - d. Adanya kelompok "*High Risk*" atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
4. Kriteria IV, menonjolnya masalah
Perawat perlu menilai pertsepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut (Setiadi, 2008)

2.3.3 Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan keluarga, meliputi penentuan tujuan perawatan (jangka panjang/pendek) penetapan standar dan kriteria menentukan perencanaan mengatasi masalah keluarga.

- a. Penetapan tujuan

Adalah hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan keluarga. Bila dilihat dari sudut jangka waktu, maka tujuan perawatan keluarga dapat dibagi menjadi:

1. Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah kepada kemampuan mandiri. Dan lebih baik ada batas waktunya, misalnya dalam

waktu 2 hari. Pencantuman jangka waktu ini adalah untuk mengarahkan evaluasi pencapaian pada waktu yang telah ditentukan sebelumnya.

2. Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupan.

a. Penetapan kriteria dan standar

Merupakan standar evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan. Bentuk dari standar dan kriteria ini adalah pernyataan verbal (pengetahuan), sikap, dan psikomotor.

b. Pembuatan rencana keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu tindakan langsung kepada keluarga yang dilaksanakan oleh perawat, yang ditujukan kepada kegiatan yang berhubungan dengan promosi, mempertahankan kesehatan keluarga. Fokus dari intervensi keperawatan keluarga antara lain meliputi kegiatan yang bertujuan

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:

a. Memberi informasi yang tepat.

b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan.

c. Mendorong sikap emosi yang sehat yang mendukung upaya kesehatan masalah.

2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan keluarga yang tepat, dengan cara
 - a. Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan kegiatan.
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
 - c. Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan.
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
 - c. Mengawasi keluarga melakukan perawatan.
4. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara
 - a. Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Rencana tindakan keluarga diarahkan untuk mengubah pengetahuan, sikap, dan tindakan keluarga sehingga pada akhirnya keluarga mampu memenuhi kebutuhan kesehatan

anggota keluarganya dengan bantuan minimal dari perawat (Setiadi, 2008)

2.3.4 Tindakan Keperawatan Keluarga

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri, tetapi perlu melibatkan secara integrasi semua profesi kesehatan yang menjadi tim perawatan kesehatan di rumah.

1. Tahap I : Persiapan

Persiapan meliputi kegiatan-kegiatan :

- a. Kontrak dengan keluarga
- b. Mempersiapkan alat yang diperlukan
- c. Mempersiapkan lingkungan yang kondusif
- d. Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik

2. Tahap II : Intervensi

a. Independent

Adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan kompetensi keperawatan tanpa petunjuk dan perintah dari tenaga kesehatan lainnya.

Tipe tindakan independent keperawatan dapat dikategorikan menjadi

4, yaitu :

1. Tindakan diagnostik
2. Tindakan terapeutik

3. Tindakan edukatif

4. Tindakan merujuk

b. Interdependent

Yaitu suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi, fisioterapi

c. Dependent

Yaitu pelaksanaan tindakan medis

3. Tahap III : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dibagi menjadi 2 jenis, yaitu

1. Evaluasi berjalan (sumatif)

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

2. Evaluasi akhir (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali,

agar didapat data-data, masalah, atau rencana yang perlu dimodifikasi (Setiadi, 2008)

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2.4.1 Pengkajian

Friedman mengemukakan bahwa proses keperawatan keluarga relative berbeda dengan proses keperawatan individu, dimana perawat mengkonseptualisasikan keluarga sebagai unit pelayanan berbagai fokusnya. Dalam praktiknya perawat di rumah akan bekerja sekaligus untuk keluarga dan anggota keluarga secara individu, hal ini mengandung arti bahwa perawat keluarga akan menggunakan proses keperawatan pada dua tingkat, yakni tingkat individu dan keluarga, sehingga pengkajian, diagnose, perencanaan, intervensi, dan evaluasi menjadi lebih luas (Padila, 2012)

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

a. Data Dasar

1. Nama kepala keluarga (KK)
2. Alamat
3. Komposisi keluarga

No	Nama	JK (L/P)	Hubungan	Umur	Pekerjaan	Pendidikan

4. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut .

5. Latar belakang budaya (suku bangsa)

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut berkait dengan kesehatan.

6. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

7. Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga dapat dilihat dari pendapatan kepala keluarga maupun dari anggota keluarga lainnya dan juga kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang. Dampak dari ketidakmampuan keluarga membuat seseorang tidak memeriksakan diri ke dokter dan fasilitas kesehatan lainnya serta keluarga memilih makanan tanpa memperhatikan

kandungan gizi dengan makan dengan porsi yang banyak agar kenyang.

8. Aktifitasaktivitas rekreasi keluarga atau waktu luang keluarga
Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahapan perkembangan.

2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap ini ditentukan sampai dimana perkembangan keluarga saat ini dan tahap apa yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendalanya.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga saat ini.

Yang perlu dikaji mengenai riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga dan apakah dari anggota keluarga tersebut ada yang mempunyai penyakit keturunan. Disamping itu juga perlu dikaji tentang perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan

2. Riwayat keluarga sebelumnya

Disini diuraikan riwayat keluarga kepala keluarga sebelum membentuk keluarga sampai saat ini.

d. Data Lingkungan

a. Karakteristik rumah

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

b. Karakteristik tetangga dan lingkungan RW

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

c. Mobilitas geografi keluarga

Mobilitas geografi keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat. Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini dan apakah sering berpindah-pindah.

d. Hubungan warga dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga interaksinya dengan masyarakat.

e. Sistem pendukung social keluarga

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki

keluarga untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat dengan mengkaji siapa menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan bantuan, dukungan konseling aktivitas-aktivitas keluarga.

e. Struktur Keluarga

1. Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan adakah hal-hal/ masalah keluarga yang tertutup untuk didiskusikan

2. Struktur kekuatan keluarga

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

3. Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

4. Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

f. Fungsi Keluarga

a. Fungsi efektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap

anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai. Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari penyakitnya. Merupakan basis sentral bagi pembentukan dan kelangsungan unit keluarga. Fungsi ini berkaitan dengan persepsi keluarga terhadap kebutuhan emosional para anggota keluarga. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan mengakibatkan ketidakseimbangan keluarga dalam mengenal tanda-tanda gangguan kesehatan selanjutnya.

b. Fungsi sosialisasi

Pada kasus penderita penyakit kusta yang sudah mengalami komplikasi dapat mengalami gangguan fungsi sosial baik di dalam keluarga maupun didalam komunitas sekitar keluarga.

c. Fungsi perawatan kesehatan

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

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, yaitu sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah, kemampuan keluarga dapat mengenal masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan

keperawatan, karena kusta memerlukan perawatan yang khusus.

2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, yang perlu dikaji adalah bagaimana keluarga mengambil keputusan apabila anggota keluarga terserang kusta. Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat akan mendukung kesembuhan.
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit kusta.
4. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat, Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat. Yang perlu dikaji bagaimana keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan akan dapat mencegah kekambuhan dari pasien kusta.
5. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas / pelayanan kesehatan dimasyarakat, sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang mana akan mendukung terhadap kesehatan seseorang

g. Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah jumlah anak, rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, dan metode yang digunakan keluarga dalam upaya

mengendalikan jumlah anggota keluarga.

h. Fungsi ekonomi

Status ekonomi keluarga sangat mendukung terhadap kesembuhan penyakit. Biasanya karena faktor ekonomi orang segan untuk mencari pertolongan dokter ataupun petugas kesehatan.

i. Stres Dan Koping Keluarga

1. Stressor jangka pendek dan panjang

a. Stressor jangka pendek adalah stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan.

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

2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi / stressor.

Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi / stressor.

3. Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila mengalami permasalahan.

4. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah.

j. Pemeriksaan Fisik

Memeriksa fisik dilakukan pada semua anggota keluarga, metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik.

k. Harapan Keluarga

Pada akhirnya pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas yang ada. (Setiadi, 2008)

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

2.4.3 Prioritas dari diagnosa keperawatan yang ditemukan

Tahap berikutnya setelah ditetapkan rumusan masalahnya adalah memprioritaskan masalah sesuai dengan keadaan keluarga karena dalam

suatu keluarga perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan.

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

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

$$\frac{\text{skor}}{\text{Angkatertinggi}} \times \text{bobot}$$

Jumlahkan skor untuk semua kriteria

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

Tabel 2.2 Prioritas diagnosa keperawatan

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

2.4.4 Perencanaan Keperawatan

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

1. Rencana tindakan untuk diagnosa 1

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

a. Tujuan

Keluarga mengetahui tentang penyakit kusta dan cara merawatnya.

b. Kriteria hasil

1. Verbal

Keluarga mengatakan mengetahui tentang penyakit kusta.

2. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap yang dapat menyebabkan penyakit kusta.

3. Psikomotor:

Keluarga mau mencari informasi tentang penyakit kusta

c. Rencana tindakan

1. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit kusta

2. Jelaskan pengertian, tanda, dan gejala, dan penyebab kusta

3. Jelaskan cara pencegahan kusta

4. Anjurkan untuk segera memeriksakan diri ke puskesmas jika di dapatkan tanda dan gejala kusta.

d. Rasional

a. Diharapkan keluarga mengetahui tentang penyakit kusta

b. Diharapkan keluarga mengetahui tentang pengertian tanda dan gejala, penyebab kusta

c. Diharapkan keluarga mengetahui bagaimana cara pencegahan kusta

d. Diharapkan segera mendapatkan pengobatan sehingga tidak sampai bertambah parah

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

a. Tujuan

Resiko infeksi pada salah satu anggota keluarganya tidak terjadi.

b. Kriteria hasil

1. Verbal

Keluarga dapat mengetahui tentang pentingnya kebersihan rumah

2. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap untuk meminialkan resiko infeksi dengan memelihara lingkungan yang sehat.

3. Psikomotor

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

c. Rencana tindakan

1. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang perawatan penyakit kusta
2. Mengkaji tanda tanda infeksi.
3. Jelaskan tentang perawatan kusta di rumah
4. Diskusikan dengan keluarga cara perawatan luka dan mencegah perluasan luka
5. Anjurkan berobat secara teratur

d. Rasional

1. Diharapkan dapat diketahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang penyakit kusta
2. Agar keluarga mengetahui tentang tanda tanda infeksi
3. Diharapkan keluarga dapat melakukan perawatan sesuai dengan cara cara yang diberikan
4. Diharapkan dengan berobat secara teratur penyakit kusta biasa cepat sembuh

3. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 3

Potensial komplikasi (kerusakan frungsi sensori) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga tidak memelihara lingkungan rumah.

a. Tujuan

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

b. Kriteria hasil

1. Verbal

Keluarga dapat mengetahui dampak tidak kontrol secara rutin

2. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap agar pasien selalu kontrol teratur

3. Psikomotor

Keluarga mampu melakukan usaha untuk selalu kontrol di puskesmas

c. Rencana tindakan

1. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan luka.

2. Anjurkan keluarga untuk merawat luka setiap hari.

3. Berikan penjelasan tentang lingkungan yang dapat mengganggu kesehatan dan manfaat dari lingkungan yang bersih.

4. Anjurkan keluarga untuk membersihkan lingkungan rumah

d. Rasional

1. Dengan mengkaji tingkat pengetahuan keluarga diharapkan dapat diketahui sejauh mana keluarga mengetahui tentang perawatan kusta
2. Dengan perawatan kusta luka setiap hari diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi
3. Dengan lingkungan yang bersih dapat mencegah terjadinya komplikasi diharapkan keluarga mengikutsertakan secara aktif, sehingga dapat menambah ketrampilan secara nyata dalam pemeliharaan lingkungan rumah.

4. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 4

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

a. Tujuan

Resiko cedera pada salah satu anggota keluarga tidak terjadi.

b. Kriteria hasil

1. Verbal

Keluarga mengatakan mengerti cara merawat anggota keluarga yang sakit

2. Afektif

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

3. Psikomotor

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

c. Rencana tindakan

1. Jelaskan kepada keluarga tentang kemungkinan penyebab terjadi kusta.
2. Jelaskan keluarga tentang tandan dan gejala terjadinya kusta
3. Jelaskan keluarga tentang komplikasi dari kusta.

d. Rasional

1. Agar keluarga mengetahui tentang penyakit kusta
2. Agar keluarga mengetahui tentang tanda dan gejala penyakit kusta
3. Menjelaskan kepada keluarga tentang komplikasi dari kusta agar keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit kusta

5. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 5

Perubahan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

a. Tujuan

Keluarga mampu memelihara kesehatan pada keluarga yang lebih baik.

b. Kriteria basil

1. Verbal

Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan secara rutin

2. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap agar pasien selalu kontrol teratur

3. Psikomotor.

Keluarga mampu melakukan usaha untuk selalu kontrol di puskesmas

c. Rencana tindakan

1. Mengkaji tingkat sosial ekonomi keluarga.

2. Jelaskan pada keluarga tentang adanya dana sehat di puskesmas

d. Rasional

1. untuk mengetahui sejauh mana kemampuan ekonomi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan

2. keluarga mengerti dan mau mengambil keputusan untuk berobat ke puskesmas

2.4.5 Pelaksanaan

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

a. Sumber daya keluarga

b. Tingkat pendidikan keluarga

c. Adat istiadat yang berlaku

d. Respon dan penerimaan keluarga

e. Sarana dan prasarana yang ada pada keluarga (Setiadi, 2008)

2.4.6 Evaluasi

Penilaian perawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan perawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Ada 2 alternatif untuk menilai sejauh mana yang telah ditetapkan itu tercapai yaitu:

- a. Tujuan tercapai: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan.

Tujuan tidak tercapai: jika klien tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru. (Nikmatur, 2012)