

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **2.1.1 Pengertian**

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Suprajitno, 2004).

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. (Setiadi, 2008)

##### **2.1.2 Struktur Keluarga**

Menurut Suprajitno (2004) :

###### **1. Struktur Peran Keluarga**

Menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informal.

###### **2. Nilai dan Norma Keluarga**

Menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.

###### **3. Pola Komunikasi Keluarga**

Menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti.

#### 4. Struktur Kekuatan Keluarga

Menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

##### 2.1.3 Tipe keluarga

Menurut Suprajitno (2004), pembagian tipe keluarga bergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan. Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

a. Keluarga inti (*nuclear family*)

Keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b. Keluarga besar (*extended family*)

Keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

Namun, dengan berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualism, pengelompokan tipe keluarga selain kedua di atas berkembang menjadi:

a. Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*)

Keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

b. Orang tua tunggal (*single parent family*)

c. Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*the unmarried teenage mother*).

d. Orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*).

- e. Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the nonmarital heterosexual cohabiting family*).
- f. Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (*gay and lesbian family*).

#### **2.1.4 Fungsi Keluarga**

Menurut Suprajitno (2004):

##### **1. 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.

##### **2. 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.

##### **3. Fungsi Reproduksi (*The Reproductive Function*)**

Adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

##### **4. Fungsi Ekonomi (*The Economic Function*)**

Adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

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

Adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

### **2.1.5 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan**

Menurut Suprajitno (2004):

1. Menenal masalah kesehatan keluarga.
2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.
3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

### **2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga**

Menurut Carter dan Mc 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 (anak usia bayi sampai usia sekolah)
4. Keluarga yang memiliki anak dewasa.
5. Keluarga yang mulai melepas anaknya untuk keluar rumah.
6. Keluarga lansia.

Menurut Duvall dan McGolrick membagi dalam 8 tahapan siklus kehidupan keluarga yaitu:

- 1) Tahap I : keluarga pemula (juga menunjuk pasangan menikah atau tahap pernikahan)
- 2) Tahap II : keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua adalah bayi sampai umur 30 bulan)
- 3) Tahap III: keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2 hingga 6 tahun)
- 4) Tahap IV: keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berumur 6 sampai 13 tahun)
- 5) Tahap V : keluarga dengan anak usia remaja (anak tertua berumur 13 sampai 20 tahun)
- 6) Tahap VI : keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
- 7) Tahap VII : orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
- 8) Tahap VIII : keluarga dalam masa pensiun dan lansia (juga termasuk anggota keluarga yang berusia lanjut atau pensiun hingga pasangan meninggal dunia)

(Suprajitno, 2004)

## **2.2 Teori Kasus**

### **2.2.1 Definisi**

Tuberkulosis paru (TBC) merupakan penyakit infeksi menular pada system pernapasan yang disebabkan oleh mikobakterium tuberkulosa yang dapat mengenai bagian paru (Alimul, 2006).

Tuberculosis Paru (TBC) adalah penyakit akibat infeksi kuman *Mycobacterium Tuberculosis* sistematis sehingga dapat mengenai hampir seluruh organ tubuh, dengan lokasi terbanyak di paru yang biasanya merupakan lokasi infeksi primer (Mansjoer, dkk, 2000).

### **2.2.2 Etiologi**

Menurut Suriadi dan Yulianni (2006) :

- a. *Mycobacterium tuberculosa*
- b. *Mycobacterium bovis*
- c. Nutrisi: status nutrisi yang kurang
- d. Herediter: resistensi seseorang terhadap infeksi kemungkinan diturunkan secara genetic
- e. Usia: pada masa bayi kemungkinan terinfeksi sangat tinggi.

### **2.2.3 Patofisiologi**

Masuknya kuman tuberkulosis ke dalam tubuh tidak selalu menimbulkan penyakit. Infeksi di pengaruhi oleh virulensi dan banyak basil tuberkulosis serta daya tahan tubuh manusia.

Segera setelah menghirup basil tuberculosis hidup ke dalam paru-paru, maka terjadi eksudasi dan konsolidasi yang terbatas disebut focus primer. Basil tuberculosis akan menyebar, histosit mulai mengangkut organisme tersebut ke kelenjar limfe regional melalui saluran getah bening menuju kelenjar regional sehingga terbentuk kompleks primer dan mengadakan reaksi eksudasi terjadi sekitar 2 – 10 minggu (6 – 8 minggu) pasca infeksi.

Bersamaan dengan terbentuknya kompleks primer terjadi pula hypersensitivitas terhadap tuberkuloprotein yang dapat diketahui melalui uji tuberculin. Masa terjadinya infeksi sampai terbentuknya kompleks primer disebut masa inkubasi.

Pada anak yang mengalami lesi, dalam paru dapat terjadi dimanapun terutama di perifer dekat pleura, tetapi lebih banyak terjadi di lapangan bawah paru disbanding dengan lapangan atas. Juga terdapat pembesaran kelenjar regional serta penyembuhannya mengarah ke klasifikasi dan penyebarannya lebih banyak terjadi melalui hematogan.

Terdapat 3 macam penyebaran secara pathogen pada tuberculosis anak yaitu penyebaran hematogen tersembunyi yang kemudian mungkin menimbulkan gejala atau tanpa gejala klinis, penyebaran milier, biasanya terjadi sekaligus dan menimbulkan gejala akut, kadang-kadang kronis, penyebaran hematogen berulang.

(Suriadi dan Yulianni, 2006)

### 2.2.4 Tanda dan Gejala

Menurut Wahyu (2008), para orang tua mesti mewaspadaikan kemungkinan TBC pada anaknya, jika ditemukan beberapa gejala umum sebagai berikut :

1. Batuk selama tiga minggu atau lebih yang bukan disebabkan oleh penyakit asma (mengi) atau gangguan pernapasan lainnya.
2. Demam tak terlalu tinggi (*subfebris*) yang berlangsung lama.
3. Berat badan tidak naik atau bahkan terus turun, meskipun telah diberikan asupan gizi yang baik (*failure to thrive*).
4. Hasil tes tuberculin (tes Mantoux) positif.
5. Hasil foto rontgen dada menunjukkan gambaran yang mendukung adanya infeksi TBC.
6. Setelah divaksinasi BCG dalam waktu 3-7 hari timbul reaksi hebat, misalnya di tempat suntikan menjadi kemerah-merahan.
7. Ibu atau ayah memiliki tes BTA positif.

Adapun gejala khas yang dapat ditemukan, tergantung pada organ tubuh yang terinfeksi oleh *M. tuberculosis*, antara lain :

1. Adanya *skrofuloderma* atau TBC kulit (seperti koreng yang kronis dan tak kunjung sembuh).
2. Adanya *Konjungtivis fliktenularis* (kadang di mata ada merah, lalu ada bintik putih).
3. Adanya pembesaran kelenjar getah bening di leher. Pada TBC, biasanya kelenjar yang membesar lebih dari satu, bias membentuk deretan kelenjar.



4. Adanya keluhan kejang-kejang yang dapat dijumpai pada TBC selaput otak (meningitis TBC).
5. Adanya kelainan seperti punuk (gibbus) pada tulang belakang, atau kelainan cara berjalan seperti pincang. Kondisi ini banyak dijumpai pada penyakit TBC yang menyerang organ tulang belakang dan tulang anggota gerak, seperti kaki.

### **2.2.5 Klasifikasi**

Klasifikasi menurut Wijaya dan Putri (2013) yaitu:

1. TB Paru BTA Positif dengan kriteria:
  - a. Dengan atau tanpa gejala klinik
  - b. BTA positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali disokong biakan positif 1 kali atau disokong radiologic positif 1 kali
  - c. Gambaran radiologic sesuai dengan TB Paru
2. TB Paru BTA Negatif dengan kriteria:
  - a. Gejala klinik dan gambaran radiologic sesuai dengan TB Paru aktif
  - b. BTA Negatif, biakan negative tetapi radiologic positif
3. Bekas TB Paru dengan kriteria:
  - a. Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif
  - b. Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru
  - c. Radiologic menunjukkan gambaran lesi TB inaktif, menunjukkan tidak berubah
  - d. Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung)

### 2.2.6 Pencegahan

Langkah sederhana ini diharapkan mampu menghindari bayi dan anak tertular penyakit TBC yang berpotensi mematikan ini, meliputi :

1. Para orang tua mesti mewaspadai kemungkinan adanya penderita TBC dewasa di sekitar bayi dan anak mereka.
2. Hindarilah kontak dengan penderita TBC dewasa, baik orang tua, bibi, paman, bahkan pengasuh anak.
3. Melakukan vaksin BCG, pemberian vaksin ini akan menghindari bayi dan anak dari penyakit TBC berat dan fatal, yakni TBC milier dan meningitis TBC.

### 2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Uji Saring (skrining)

Tes skrining yang digunakan untuk mendukung diagnosis TBC pada anak adalah uji tuberculin atau sering disebut tes *Mantoux*. Tes ini dinilai berdasarkan timbulnya reaksi alergi pasca penyuntikan protein tuberculin (PPD RT-23) pada anak yang sebelumnya diduga telah terinfeksi *M. tuberculosis*.

Tes *Mantoux* dilakukan dengan menyuntikan PPD ke daerah kulit lengan bawah anak yang diduga telah terinfeksi *M. tuberculosis* sebelumnya. Tes positif menunjukkan bahwa anak pernah terinfeksi *M. tuberculosis*. Hasil tes ini biasanya dapat dinilai dalam waktu 24-48 jam.

Tes *Mantoux* yang positif ditandai dengan timbulnya warna kemerahan yang disertai penebalan pada kulit (indurasi) di daerah bekas suntikan, dengan

diameter indurasi mencapai 10 mm atau lebih. Jika diameter indurasi kurang dari 10 mm, maka tes dinyatakan negative.

(Wahyu, 2008)

## **2. Pemeriksaan Dahak**

Standar baku pemeriksaan laboratorium adalah pemeriksaan dahak. Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mengetahui adanya Basil Tahan Asam (BTA) *M. tuberculosis* didalam dahak penderita TBC.

Penderita TBC anak yang berusia 10 tahun atau lebih biasanya mampu mengeluarkan dahak dengan baik. Dahak yang paling baik untuk diperiksa adalah dahak yang diperoleh pada pagi hari, setelah anak bangun tidur.

Untuk memudahkan anak mengeluarkan dahak di pagi hari, biasanya anak disarankan untuk banyak minum air putih dan menghindari makanan berminyak atau berlemak. Jika perlu, anak dapat diberikan obat-obatan pengencer dahak satu hari sebelum pemeriksaan dahak.

Setelah dahak diperoleh, dilakukan pewarnaan dahak dengan metode *Ziel-Nielsen*. Dahak tersebut lalu diperiksa di bawah mikroskop untuk melihat adanya BTA *M. tuberculosis*. Jika terdapat *M. tuberculosis* dalam dahaknya, maka anak tersebut dikategorikan menderita TBC dengan BTA positif.

(Wahyu, 2008)

## **3. Pemeriksaan Bilasan Lambung**

Bila penderita TBC kurang dari 10 tahun biasanya kesulitan mengeluarkan dahak. Pada kondisi seperti ini, metode bilasan lambung menjadi alternative untuk menegakkan diagnosis TBC pada anak. Namun, prosedur pemeriksaan ini tidak rutin digunakan.

Pemeriksaan bilasan lambung dilakukan dengan cara memasukkan pipa karet lunak (fleksibel) ke dalam lambung anak. Prosedur ini mesti dilakukan oleh dokter yang telah berpengalaman, karena berpotensi menimbulkan luka pada lambung atau bahkan trauma psikologis pada anak.

Setelah pipa tersebut masuk ke dalam lambung, cairan lambung diisap sebanyak kurang lebih 50 cc. kemudian bahan pemeriksaan ini dimasukkan ke dalam larutan natrium hidrogen fosfat, dan dikirim ke laboratorium untuk diperiksa menggunakan mikroskop untuk menemukan *M. tuberculosis*, maka anak dinyatakan sebagai penderita TBC dengan BTA positif.

(Wahyu, 2008)

#### **4.Pemeriksaan Laju Endap Darah**

Pemeriksaan ini dilakukan melalui darah pasien yang diduga mengidap TBC. Pemeriksaan ini tidaklah spesifik untuk penyakit-penyakit peradangan yang berlangsung lama (*inflamasi kronis*), seperti penyakit sistemik *Lupus Eritematosus* dan lain sebagainya.

Pada penderita TBC bayi dan anak, nilai pemeriksaan Laju Endap Darahnya biasanya meningkat. Nilai normalnya bervariasi menurut usia dan jenis kelamin.

(Wahyu, 2008)

#### **5.Pemeriksaan Radiologi**

Pemeriksaan rontgen dada adalah pemeriksaan yang sangat umum dilakukan pada penderita TBC anak. Jika anak telah dapat berdiri, jenis pemeriksaannya adalah rontgen dada posisi *postero-anterior* atau lebih dikenal sebagai rontgen toraks PA. Sedangkan pada bayi atau anak yang belum dapat

berdiri, pemeriksaannya dilakukan dengan posisi anak tidur. Jenis pemeriksaan ini dikenal dengan istilah rontgen dada *antero-posterior* atau disebut juga rontgen toraks AP.

Pada anak yang menderita TBC, gambaran umum yang tampak pada hasil pemeriksaan rontgen dadanya adalah adanya bercak-bercak berwarna putih di paru-paru. Bercak ini adalah kumpulan (koloni) *M. tuberculosis* yang merusak jaringan paru-paru. Selain untuk menilai ada atau tidaknya penyakit TBC pada anak, pemeriksaan rontgen dada ini juga digunakan untuk mengetahui jenis TBC yang diidap oleh anak, berat atau ringan, serta luas jaringan paru yang telah rusak sebagai bahan evaluasi pengobatan. Penilaian hasil pemeriksaan rontgen dada ini mesti dilakukan oleh seorang dokter spesialis radiologi.

(Wahyu, 2008)

### **2.2.8 Komplikasi**

Menurut (Wahab, 2000) terdapat berbagai komplikasi pada penyakit tuberkulosis pada anak, seperti :

#### **1. Efusi Pleura**

Efusi pleura tuberkulosis, yang dapat lokal atau menyeluruh, mula – mula pada keluarnya basili ke dalam sela – sela pleura dari focus paru subpleura atau perkejuan limfonodi. Efusi pleura lokal tidak bergejala begitu sering pada Tuberculosis primer sehingga pada dasarnya adalah komponen kompleks primer. Efusi pleura tuberkulosis tidak sering pada anak sebelum umur 6 tahun dan jarang pada anak sebelum umur 2 tahun.

## **2. Penyakit Limfonodi**

Tuberkulosis limfonodi superficial, sering disebut sebagai skrofula, merupakan bentuk tuberkulosis ekstrapulmonal yang paling sering pada anak. Secara historis skrofula disebabkan karena minum susu yang tidak dipasteurisasi yang mengandung *M. bovis*.

## **3. Penyakit Sistem Saraf Sentral**

Tuberkulosis SSS merupakan komplikasi yang paling serius pada anak dan mematikan tanpa pengobatan efektif. Meningitis ini paling sering pada anak umur 6 bulan dan 6 tahun.

## **4. Penyakit Tulang dan Sendi**

Infeksi tulang dan sendi yang merupakan komplikasi tuberkulosis cenderung menyerang vertebra. Manifestasi klasik spondilitis tuberkulosa berkembang menjadi penyakit Pott dimana penghancuran korpus vertebra menyebabkan deformitas Gibbus dan kifosis.

## **5. Penyakit Perinatal**

Gejala – gejala tuberkulosis kongenital mungkin muncul pada saat lahir tetapi lebih sering mulai pada usia minggu ke 2 atau ke 3. Tanda - tanda dan gejala yang paling lazim adalah distress pernafasan, demam, pembesaran hati / limpa, nafsu makan buruk, lesu dan iritabilitas limfadenopati, perut kembung, gagal tumbuh, drainase telinga dan lesi kulit.

### **2.2.9 Pengobatan TB Anak**

Menurut Ranuh (2013), untuk penerapan pengobatan secara luas di masyarakat maka strategi yang dipakai adalah yang disebut dengan istilah DOTS

atau “*Directly Observed Treatment Short-Course*” atau pemberian obat jangka pendek secara ORAL dengan pengawasan dan mengingatkan oleh petugas kesehatan. Strategi ini akan memutuskan kepenularan TB dan dengan demikian akan menurunkan insiden TB di masyarakat. Tablet FDC untuk anak terdiri dari 3 FDC dan 2 FDC, keduanya diberikan kepada usia 0 sampai 14 tahun. Tablet 3 FDC mengandung 3 macam obat: 30 mg INH, 60 mg Rifampizine dan 150 mg Pirazinamide. Tablet ini diberikan setiap hari dalam tahap intensif (sesuaikan dengan berat badan).

Tablet 2 FDC mengandung 2 macam obat, yaitu : 3 mg INH dan 600 mg Rifampizine. Tablet ini digunakan untuk pengobatan setiap hari dalam tahap (d disesuaikan dalam berat badan).

Tabel 2.1 Obat TB Anak

<b>Berat badan</b>	<b>Tahap Intensif Tiap Hari selam 2 bulan</b>	<b>Tahap Lanjutan Tiap Hari selama 4 bulan</b>
< 7 Kg	1 tablet 3 FDC	1 tablet 2 FDC
8 – 9 Kg	1,5 tablet 3 FDC	1,5 tablet 2 FDC
10 – 14 Kg	2 tablet 3 FDC	2 tablet 2 FDC
15 – 19 Kg	3 tablet 3 FDC	3 tablet 2 FDC
20 – 24 Kg	4 tablet 3 FDC	4 tablet 2 FDC
25 – 29 Kg	5 tablet 3 FDC	5 tablet 2 FDC

Efek samping pengobatan terjadi pada 3% sampai 6 % pasien, yaitu dengan hilangnya nafsu makan, mual , sakit perut, nyeri sendi, gatal dan

kemerahan pada kulit, kesemutan hingga rasa terbakar dikaki dan gangguan keseimbangan. Apabila terjadi pada efek samping obat tidak dapat diberikan, makan pasien diberikan OAT dalam bentuk terpisah (OAT kombipak).

### **2.2.10 Pengawas Minum Obat (PMO)**

Seorang PMO yang ditunjuk dokter dapat berasal dari pihak keluarga atau kerabat penderita TBC, kader kesehatan yang terlatih, ataupun orang yang dihormati oleh penderita TBC. Dengan adanya PMO ini diharapkan penderita TBC tidak lalai minum obat atau bahkan mengalami putus berobat (*drop out*).

Seorang PMO harus mesti sabar untuk selalu mengingatkan dan mengawasi penderita TBC untuk minum obat setiap hari. Pada kasus-kasus tertentu, misalnya pada penderita TBC dengan tingkat kepatuhan minum obat yang rendah, seorang PMO mesti berupaya lebih keras dalam memastikan bahwa penderita benar-benar telah meminum obat TBC setiap hari tanpa terlupa, jika penderita TBC lupa meminum obatnya, PMO mesti segera melaporkan dan merujuk ke dokter atau puskesmas terdekat.

Pada kasus penderita TBC anak, seorang PMO sebaiknya adalah orang tua atau keluarga terdekatnya. Kemungkinan seorang anak gagal mmenuntaskan pengobatan TBC-nya sangat besar, hal ini antara lain disebabkan karena anak seringkali menolak untuk minum obat TBC yang terasa pahit dan membuat warna air kencingnya mejadi agak merah muda.

Orang tua yang berperan sebagai PMO mesti pandai merayu agar anak mau meminum obat secara teratur dan menjalani pengobatan secara tuntas. Tidaklah mudah untuk melakukan hal ini. Namun, jika anak berhasil



menyelesaikan pengobatan hingga tuntas, anak akan menjadi individu yang sehat, tumbuh kembang secara optimal, serta mampu bersaing di masa depan (wahyu, 2008).

### **1.2.11 Tinjauan Teori Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh**

#### **a. Pengertian**

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan individu memiliki penurunan kemampuan mengonsumsi cairan dan/atau makanan padat dari mulut ke lambung. (Kim, McFarland dan McLane, 1995 dalam Potter dan Perry, Fundamental Keperawatan Volume 2).

#### **b. Faktor yang Berhubungan**

Tidak mampu dalam memasukkan, mencerna, mengabsorpsi makanan karena faktor biologis, psikologi atau ekonomi.

#### **c. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Nutrisi**

##### 1) Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang tentang manfaat makanan bergizi dapat mempengaruhi pola konsumsi makan

##### 2) Prasangka

Prasangka buruk terhadap beberapa jenis bahan makanan bergizi tinggi dapat mempengaruhi status gizi seseorang

##### 3) Kebiasaan

Kebiasaan yang merugikan atau pantangan terhadap makanan tertentu juga dapat mempengaruhi status gizi

#### 4) Kesukaan

Kesukaan yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan dapat mengakibatkan kurang variasi makanan, sehingga tubuh tidak memperoleh zat-zat yang dibutuhkan oleh tubuh

#### 5) Ekonomi

Status ekonomi dapat mempengaruhi perubahan status gizi karena penyediaan makanan bergizi membutuhkan pendanaan yang tidak sedikit.

### **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).

## **3. 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.

## **4. Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik dilakukan hanya pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan. Beberapa alat yang dipakai dalam mengumpulkan data antara lain :

- a. Berupa quisioner
- b. Daftar ceklist
- c. Inventaris dan lainnya

Pada awal pengkajian perawat harus membina hubungan yang baik dengan keluarga dengan cara:

- a. Diawali perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah
- b. Menjelaskan tujuan kunjungan
- c. Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di keluarga
- d. Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang menjadi jaringan perawat (Setiadi, 2012).

### **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 :

1. Analisa data
2. Perumusan masalah
3. Prioritas masalah

#### **1. 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

- a. Validasi data, yaitu meliputi meneliti kembali data yang terkumpul dalam format pengkajian
- b. Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual
- c. Membandingkan dengan standart
- d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan

Ada 3 norma yang perlu diperhatikan dalam 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, konatruksi, 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

## 2. Perumusan masalah

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

### a. 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 (2005) 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 kepeawatan 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.
  - f. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan.
  - g. 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. Kepatuhan
  - 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.
- b. Etiologi (penyebab)



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. Di keperawatan keluarga etiologi ini mengacu kepada 5 tugas keluarga, yaitu:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- 3) Memberikan, keperawatan, anggotanya yang sakit karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- 4) Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada)

c. Tanda dan gejala

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 symptom

- 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. Syndrom 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 syndrom penyalahgunaan (risk for disuse syndrome)

Misalnya : resiko gangguan proses pikir, resiko gangguan gambaran diri dan lain-lain.

### 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

**Skor**

$$\frac{\text{—————}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

### Angka Tertinggi

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

**Tabel 2.2** 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.	Menonjolkan masalah a. Masalah berat harus segera	2	

	ditangani		
	b. Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	1
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala

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

Untuk mengetahui sifat masalah ini mengacu pada tipologi masalah kesehatan yang terdiri dari 3 kelompok besar, yaitu 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 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 pemaarah
- 10) Riwayat persalinan sulit.
- 11) Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal.
- 12) Imunisasi anak yang tidak lengkap.  
Kurang atau tidak sehat  
Yaitu kegagalan dalam memantapkan kesehatan.

- a. Keadaan sakit (sesudah atau sebelum didiagnosa).
- b. Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.

13) Situasi krisis

- a. Perkawinan.
- b. Kehamilan.
- c. Persalinan.
- d. Masa nifas.
- e. Menjadi orang tua.
- f. Penambahan anggota keluarga (bayi).
- g. Abortus.
- h. Anak masuk sekolah.
- i. Anak remaja.
- j. Kehilangan pekerjaan.
- k. Kematian anggota keluarga.
- l. Pindah rumah

2. Kriteria II, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah.

Perhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut :

- 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
- 2) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan, dan tenaga.
- 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan, dan waktu.
- 4) 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 :

- 1) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
- 2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
- 3) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- 4) 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 yang meliputi penentuan tujuan perawatan (jangka panjang atau pendek) penetapan standart dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga.

#### **1. 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.

2. Penetapan kriteria dan standart

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

3. 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

- 1) Kontrak dengan keluarga
- 2) Mempersiapkan alat yang diperlukan
- 3) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif
- 4) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik

##### **2. Tahap II : Intervensi**

###### **1) 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 :

- a. Tindakan diagnostik
- b. Tindakan terapeutik
- c. Tindakan edukatif
- d. Tindakan merujuk

2) Interdependent

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

3) 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 MI 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 pada Pasien Dengan Tuberkulosis Paru Anak**

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

### **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

### 1. Data Dasar

- 1) Nama kepala keluarga (KK)
- 2) Alamat
- 3) Pekerjaan kepala keluarga
- 4) Pendidikan kepala keluarga
- 5) Komposisi keluarga dan Genogram

No.	Nama	JK (L/P)	Hubungan	Umur	Pekerjaan	pendidikan

- 6) Tipe keluarga

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

- 7) Latar belakang budaya (suku bangsa)

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

- 8) Agama

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

- 9) 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. Apabila

pendapatan kepala keluarga rendah memungkinkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan menu yang bergizi dan seimbang sangat rendah, sehingga mengakibatkan kurangnya kebutuhan nutrisi pada anak dan mempermudah anak terserang atau tertular penyakit Tuberkulosis dikarenakan system imun yang rendah pada anak.

- 10) Aktifitas-aktivitas 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.

## **2. 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 kendala-kendalanya mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

### **3. 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 atau penyakit menular seperti Tuberkulosis. 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.

### **4. Data Lingkungan**

- 1) Karakteristik rumah

Rumah sebaai tempat tinggal yang memenuhi syarat kesehatan dan kenyamanan ditentukan oleh tiga aspek, yaitu pencahayaan misalnya ruangan kegiatan mendapatkan cukup banyak cahaya matahari, sinar matahari dapat langsung masuk ke ruangan minimal satu jam setiap hari. Penghawaan misalnya lubang penghawaan minimal lima persen dari dari luas lantai ruangan, udara yang mengalir masuk sama dengan volume udara yang mengalir keluar ruangan. Kelembaban misalnya menghindari perabotan yang menutupi sebagian besar luas lantai ruangan.



## 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan / kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan. Kebiasaan tetangga yang merokok atau tetangga yang memiliki penyakit menular misalnya Tuberkulosis lebih baik di hindarkan dari anak agar anak tidak tertular.

## 3) 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.

## 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

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

## 5) 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.

## **5. 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 di diskusikan.

### 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 dan norma keluarga

Pada keluarga yang anggota keluarganya menderita Tuberkulosis biasanya keluarga menganggap itu adalah cobaan yang diberikan oleh Tuhan.

## **6. Fungsi Keluarga**

### 1) 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.

## 2) Fungsi sosialisasi

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

## 3) Fungsi perawatan kesehatan

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

### a. Mengenal masalah kesehatan

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, yaitu sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala, cara penularan dan pengobatan Tuberkulosis, kemampuan keluarga dapat mengenal

masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan keperawatan, karena Tuberkulosis Paru memerlukan perawatan yang khusus dan penganan lebih lanjut agar tidak terjadi komplikasi-komplikasi lain.

b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, yang perlu dikaji adalah bagaimana keluarga mengambil keputusan apabila anggota keluarga menderita Tuberkulosis Paru. Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat akan mendukung kesembuhan.

c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga tidak tau cara merawat anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis, kepatuhan minum obat, serta penggunaan obat.

d. Memelihara lingkungan yang sehat

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

e. Menggunakan fasilitas / pelayanan kesehatan di masyarakat

Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah Tuberkulosis Paru. Agar penderita dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan teratur.

## **7. Fungsi reproduksi**

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah :

- 1) Jumlah anak
- 2) Rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga
- 3) Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga

## **8. Fungsi ekonomi**

Status ekonomi keluarga sangat mendukung terhadap kesembuhan penyakit Tuberkulosis. Ekonomi keluarga yang baik dapat membantu dalam pemberian nutrisi dan kebutuhan yang baik bagi anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis untuk tetap menjaga system imun agar tetap baik.

## **9. Stressor Dan Koping Keluarga**

- 1) Stressor jangka pendek dan panjang
  1. Stressor jangka pendek adalah stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu  $\pm$  6 bulan.
  2. Stressor jangka panjang adalah stressor yang dialami keluarga selama 8 bulan dalam pengobatan Tuberkulosis.
- 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 menghadapi permasalahan / stres.

#### 4) Strategi adaptasi disfungsional

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

### 10. Pemeriksaan Fisik

Keluhan yang biasa dialami oleh anak yang menderita Tuberkulosis yaitu batuk selama tiga minggu atau lebih, demam yang tidak terlalu tinggi yg berlangsung lama, berat badan tidak naik atau bahkan terus turun, hasil tes tuberculin (tes *Mantoux*) positif, hasil foto rontgen dada menunjukkan gambaran yang mendukung adanya infeksi TBC, setelah divaksinasi BCG dalam waktu 3-7 hari timbul reaksi hebat misalnya ditempat suntikan menjadi kemerah-merahan, ibu atau ayah memiliki tes BTA positif.

### 11. Harapan Keluarga

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

(Setiadi, 2008)

#### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada asuhan keperawatan dengan salah satu anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru pada anak menurut NANDA (2013) dan teori Friedman adalah sebagai berikut:

1. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

2. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
3. Koping keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
4. Resiko kekambuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
5. Resiko Drop Out (DO) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia

### **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

Skor

————— X bobot

Angka tertinggi

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

**Tabel 2.3** Prioritas diagnosa keperawatan

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



Untuk mengetahui sifat masalah ini mengacu pada tipologi masalah kesehatan yang terdiri dari 3 kelompok besar, yaitu 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 melitus, 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 di sembarang tempat.
- 5) Kekurangan atau kelebihan gizi dari masing-masing anggota keluarga.
- 6) Keadaan yang menimbulkan stress 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
- g. Kebiasaan yang merugikan kesehatan, seperti :
  - a) Merokok
  - b) Minuman keras
  - c) Makan obat tanpa resep.
  - d) Makan daging mentah
  - e) Higiene perseorangan jelek
  - f) Sifat kepribadian yang melekat, misalnya pemarah
  - g) Riwayat persalinan sulit
  - h) Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal
  - i) Imunisasi anak yang tidak lengkap
- h. Kurang atau tidak sehat  
Yaitu kegagalan dalam memantapkan kesehatan.
  - a) Keadaan sakit (sesudah atau sebelum di diagnosa)
  - b) Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.
- i. Situasi krisis
  - a) Perkawinan
  - b) Kehamilan

- c) Persalinan
- d) Masa nifas
- e) Menjadi orang tua
- f) Penambahan anggota keluarga (bayi)
- g) Abortus
- h) Anak masa sekolah
- i) Anak remaja
- j) Kehilangan pekerjaan
- k) Kematian anggota keluarga

2. Kriteria II, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah.

Perhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut

- 1) Pengetahuan tentang yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
- 2) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik keuangan, dan tenaga.
- 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan, dan waktu.
- 4) 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 :

- 1) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.

- 2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
  - 3) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
  - 4) Adanya kelompok "High Risk" atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
4. Kriteria IV, menonjolnya masalah.

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

#### **2.4.4 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan mencakup tujuan umum dan khusus yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab. Selanjutnya merumuskan tindakan keperawatan yang berorientasi pada kriteria dan standar (Suprajitno, 2004).

##### **1. Rencana tindakan untuk diagnosa 1**

Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

##### **a. Tujuan**

Keluarga mampu melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit dan berat badan anggota keluarga yang sakit kembali normal

b. Kreteria hasil

1) Kognitif

Keluarga dapat menyebutkan cara yang benar merawat anggota keluarga yang sakit

2) Afektif

Keluarga mampu memutuskan cara merawat anggota keluarga yang sakit

3) Psikomotor

Keluarga mampu melakukan cara merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara yang benar

c. Rencana tindakan

1) Bina hubungan saling percaya

2) Kaji kemampuan keluarga dalam melakukan cara perawatan yang benar

3) Timbang dan catat berat badan pasien pada jam yang sama setiap hari

4) Pantau asupan dan keluaran pasien

5) Anjurkan keluarga untuk memberikan makanan tambahan

6) Anjurkan keluarga untuk memberikan makan dengan porsi kecil tapi sering

d. Rasional

a) Untuk memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud dan tujuan datang

- b) Untuk melihat sejauhmana kemampuan keluarga melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit Tuberkulosis
- c) Untuk mendapatkan hasil yang akurat setiap hari
- d) Untuk mengetahui keseimbangan antara intake dan output
- e) Inovasi dalam memberikan menu pada klien
- f) Untuk membantu menambah berat badan klien

## 2. Rencana tindakan diagnosa ke 2

Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan

### a. Tujuan

Keluarga mampu memodifikasi lingkungan rumahnya untuk penderita Tuberkulosis

### b. Kriteria hasil

#### a) Kognitif

Keluarga dapat menyebutkan cara memodifikasi lingkungan yang sehat

#### b) Afektif

Keluarga mampu memutuskan bagaimana dalam memodifikasi lingkungan yang sehat

#### c) Psikomotor

Keluarga dapat memodifikasi lingkungan rumah yang sehat untuk penderita Tuberkulosis

c. Rencana tindakan

- 1) Kaji kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah
- 2) Diskusikan bersama keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 3) Anjurkan keluarga untuk menjemur kasur dan bantal 2 kali seminggu
- 4) Anjurkan keluarga untuk menata perabotan rumah dengan rapi
- 5) Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali tentang cara memodifikasi lingkungan rumah

d. Rasional

- a) Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- b) Untuk memberitahukan kepada keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan
- c) Untuk membunuh bakteri Tuberkulosis yang menempel
- d) Agar lebih banyak ruang kosong dan udara dapat bersirkulasi di dalam rumah
- e) Untuk membantu keluarga agar lebih mengerti tentang cara memodifikasi lingkungan

3. Rencana tindakan untuk diagnosa 3

Koping keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

a. Tujuan

Keluarga mampu memutuskan strategi koping yang akan dilakukan pada anggota keluarga yang sakit

b. Kriteria hasil

1) Kognitif

Keluarga mampu menyebutkan pemecahan masalah dalam keluarga yang dapat dilakukan

2) Afektif

Keluarga mampu memutuskan apa saja yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah dalam keluarga

3) Psikomotor

Keluarga mampu melakukan cara-cara untuk mengatasi masalah dalam keluarga

c. Rencana tindakan

1) Kaji pengetahuan keluarga tentang akibat yang di timbulkan bila masalah dalam keluarga tidak diatasi

2) Diskusikan akibat yang akan ditimbulkan bila masalah dalam keluarga tidak diatasi serta cara mengatasinya

3) Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali cara menyelesaikan masalah dalam keluarga

4) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuan menyebutkan kembali cara menyelesaikan masalah dalam keluarga



d. Rasional

- a) Untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengetahui akibat yang bias timbul bila masalah dalam keluarga tidak diatasi
- b) Untuk memberitahukan kepada keluarga tentang cara mengatasi masalah dalam keluarga dan akibat yang dapat timbul bila masalah dalam keluarga tidak diatasi
- c) Untuk membantu keluarga agar lebih memahami tentang cara mengatasi masalah dalam keluarga dan akibat yang akan terjadi apabila masalah dalam keluarga tidak diselesaikan
- d) Untuk memberikan penghargaan kepada keluarga karena mampu menjelaskan kembali

4. Rencana diagnosa 4

Resiko Kekambuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

a. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keluarga mampu mengenal masalah tentang resiko kekambuhan pada klien

b. Kriteria Hasil

1) Kognitif

Keluarga mampu menyebutkan resiko kekambuhan yang dapat terjadi pada klien

2) Afektif

Keluarga mampu memutuskan cara untuk mencegah resiko kekambuhan

3) Psikomotor

Keluarga mampu melakukan tindakan agar resiko kekambuhan tidak terjadi

c. Rencana tindakan

- 1) Kaji pengetahuan keluarga tentang faktor resiko yang dapat menimbulkan kekambuhan pada klien
- 2) Diskusikan dengan keluarga tentang faktor resiko yang dapat menyebabkan kekambuhan klien
- 3) Motivasi keluarga klien untuk menjelaskan kembali faktor resiko kekambuhan klien
- 4) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuan keluarga menyebutkan kembali faktor resiko kekambuhan klien

d. Rasional

- a) Untuk mengetahui sejauhmana keluarga mengetahui faktor resiko kekambuhan klien
- b) Untuk memberitahukan keluarga tentang faktor resiko kekambuhan klien
- c) Untuk membantu keluarga untuk lebih memahami tentang faktor resiko kekambuhan yang terjadi pada klien
- d) Untuk memberikan penghargaan kepada keluarga karena dapat menyebutkan kembali

5. Rencana diagnosa 5

Resiko Drop Out (DO) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

a. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada agar tidak terjadi resiko droup out pada klien

b. Kriteria Hasil

1) Kognitif

Keluarga mampu menyebutkan pentingnya fasilitas kesehatan untuk klien

2) Afektif

Keluarga mampu memutuskan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan bagi klien

3) Psikomotor

Keluarga mampu melakukan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

c. Rencana Tindakan

1)Kaji kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan

2)Diskusikan dengan keluarga pentingnya pemanfaatan fasilitas kesehatan

3)Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali pentingnya pemanfaatan fasilitas kesehatan

4)berikan pujian atas kemampuan keluarga menyebutkan kembali

d. Rasional

a) Untuk melihat sejauhmana keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

- b) Untuk memberikan informasi tentang pentingnya memanfaatkan fasilitas kesehatan bagi klien dengan tuberkulosis
- c) Untuk membantu keluarga agar lebih mengerti perlunya memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada
- d) Untuk memberikan penghargaan kepada klien karena dapat menyebutkan kembali

#### **2.4.5 Pelaksanaan**

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

- a. Sumber daya keluarga
- b. 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**

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.

Ada 3 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.
- c. Tujuan tidak tercapai: jika klien tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

(Sulistyo Andarmoyo, 2012)