

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Tuberculosis Paru

2.1.1. Pengertian Tuberculosis Paru

Tuberculosis Paru adalah penyakit infeksius yang menyerang parenkim paru. Tuberculosis Paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium Tuberculosis* yang merupakan salah satu penyakit saluran pernapasan bagian bawah yang sebagian besar basil Tuberculosis masuk ke dalam jaringan paru melalui airborne infection (Hood Alsagaff, 2013)

2.1.2. Etiologi

Agen infeksius utama, *Mycobacterium Tuberculosis* adalah batang aerobik tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar ultraviolet. *Mycobacterium Tuberculosis* berbentuk batang dengan panjang 1-4 μ m dengan tebal 0,3-0,5 μ m. Selain itu juga terdapat *Mycobacterium Bovis dan avium* pada kejadian yang jarang berkaitan dengan terjadinya infeksi *Tuberculosis*.

2.1.3. Klasifikasi

Klasifikasi *Tuberculosis Paru* dibuat berdasarkan gejala klinik, bakteriologi, radiologik dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menetapkan strategi terapi.

Sesuai dengan program Gerdunas P2TB klasifikasi TB Paru dibagi sebagai berikut :

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

Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena

a. Tuberculosis Paru

Tuberculosis paru adalah Tuberculosis yang menyerang jaringan parenkim paru. Tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus

b. Tuberculosis Ekstra Paru

Tuberculosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya : pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymphatis, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin dan lain lain.

Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis

a. Tuberculosis paru BTA positif

1. Sekurang-kurangnya 2 (dua) dari 3 (tiga) specimen dahak SPS hasilnya BTA positif

2. 1 (satu) specimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto thorax dada menunjukkan gambaran Tuberculosis
3. 1 (satu) specimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman Tuberculosis positif
4. 1 (satu) atau lebih specimen dahak hasilnya positif setelah 3 (tiga) specimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negative dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT

b. Tuberculosis paru BTA negative

Kasus yang tidak memenuhi definisi Tuberculosis paru BTA positif, Kriteria diagnostic Tuberculosis Paru BTA negative harus meliputi :

1. Paling tidak 3 (tiga) specimen dahak SPS hasilnya BTA negative
2. Foto thoraks abnormal menunjukkan gambaran Tuberculosis
3. Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT
4. Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatannya dibagi menjadi beberapa tipe pasien yaitu :

1. Baru

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

2. Kambuh

Adalah pasien Tuberculosis yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan Tuberculosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan kultur)

3. Pengobatan telah putus berobat (*Drop Out*)

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

4. Gagal (*Failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan

5. Lain-lain

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang.(Padila, 2013)

2.1.4. Patofisiologi

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

di sekitarnya yang terdiri dari sel epiteloid dan fibroblas menimbulkan respon berbeda. Jaringan granulasi menjadi lebih fibrosa, membentuk jaringan parut yang akhirnya membentuk suatu kapsul yang mengelilingi tuberkel. Lesi primer paru-paru disebut fokus Ghon dan gabungan terserangnya kelenjar limfe regional dan lesi primer dinamakan kompleks Ghon. Kompleks Ghon yang mengalami perkapuran ini dapat dilihat pada orang sehat yang menjalani pemeriksaan radiogram rutin. Respon lain yang terjadi pada daerah nekrosis adalah pencairan dimana bahan cair lepas ke dalam bronkus dan menimbulkan kavitas. Materi tuberkular yang dilepaskan dari dinding kavitas akan masuk ke percabangan trakeobronkial. Proses ini dapat terulang kembali pada bagian lain dari paru atau basil dapat terbawa ke laring. Bila peradangan mereda lumen bronkus dapat menyempit dan tertutup oleh jaringan parut yang terdapat dekat dengan perbatasan bronkus. Bahan perkejuan dapat mengental sehingga tidak dapat mengalir melalui saluran yang ada dan lesi mirip dengan lesi berkapsul yang tidak terlepas. Keadaan ini dapat tidak menimbulkan gejala dalam waktu lama atau membentuk lagi hubungan dengan bronkus dan menjadi tempat peradangan aktif. Penyakit dapat menyebar melalui saluran limfa atau pembuluh darah (limfohematogen). Organisme yang lolos dari kelenjar limfe akan mencapai aliran darah dalam jumlah yang lebih kecil yang kadang-kadang dapat menimbulkan lesi pada berbagai orang lain (ekstrapulmoner). Penyebaran hematogen merupakan fenomena akut yang menyebabkan tuberkulosis milier. Ini terjadi bila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk ke dalam sistem vaskuler dan tersebar ke dalam sistem vaskuler ke organ-organ tubuh.

2.1.5. Manifestasi Klinik

Tuberculosis merupakan suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah penderita gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik.

Gambaran klinik Tuberculosis Paru dapat dibagi menjadi 2 golongan, gejala respiratorik dan gejala sistemik :

A. Gejala respiratorik meliputi :

- a. Batuk : Gejala batuk timbul paling dini 2 minggu atau 1 bulan, dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan
- b. Batuk darah : Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah
- c. Sesak napas : Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia dan lain-lain
- d. Nyeri dada : Nyeri dada pada TB Paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila system persarafan di pleura terkena

B. Gejala sistemik, meliputi :

- a. Demam : Merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya, sedang masa bebas serangan makin pendek
- b. Gejala sistemik lain : Keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan, malaise
- c. Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu hingga bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak napas walaupun jarang dapat juga timbul pneumonia

Tuberculosis Paru termasuk insidius. Sebagian besar pasien menunjukkan demam tingkat rendah, keletihan, anoreksia, penurunan BB, berkeringat malam, nyeri dada, dan batuk menetap. Batuk pada awalnya mungkin non produktif, tetapi dapat berkembang ke arah pembentukan sputum mukopurulen dengan hempotisis.(Danusantoso, 2012)

2.1.6. Upaya Pencegahan Tuberculosis di Rumah

1. Upaya promotif

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

- A. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat mengenai Tuberculosis Paru
- B. Peningkatan gizi pada klien dengan Tuberculosis Paru
- C. Pemeliharaan kesehatan perorangan
- D. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
- E. Olahraga teratur

1. Upaya Preventif

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

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

2. Upaya Kuratif

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

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

3. Upaya Rehabilitatif

Upaya ini merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita yang dirawat, maupun pada kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misal : Tuberculosis, kusta, cacat fisik dan lainnya dilakukan melalui latihan fisik, dan pengobatan rutin.

2.1.7 Teori Penularan Tuberculosis Paru

Resiko penularan penderita *Tuberculosis Paru* dapat melalui *droplet infection*. *Droplet Infection* berasal dari *droplet nuclei* yang berisi kuman *Mycobacterium Tuberculosis* (Tri, 2007). *Mycobacterium Tuberculosis* berbentuk

gram positif, berbentuk batang halus, mempunyai sifat tahan asam. Karakteristik alami dari agent TBC bersifat resisten terhadap desinfektan kimia atau antibiotika dan mampu bertahan hidup pada dahak yang kering untuk jangka waktu yang lama. Pada host, daya infeksi dan kemampuan tinggal sementara *Mycobacterium Tuberculosis* sangat tinggi. Distribusi geografis TBC mencakup seluruh dunia dengan variasi kejadian yang besar dan prevalensi menurut tingkat perkembangannya. Penularannya berpola sekuler, tanpa dipengaruhi musim dan letak geografis.

Terdapat dua faktor penting mengenai terjadinya penularan, yaitu perilaku penderita TB Paru dan faktor lingkungan penderita TB Paru (Tri, 2007).

Cara penularan Tuberculosis Paru :

- a. Sumber penularan Tuberculosis Paru adalah pasien Tuberculosis Paru dengan BTA positif
- b. Tuberculosis Paru ditularkan penderita pada saat batuk, bersin dan berbicara. Penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet infection*).
- c. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi yang baik dapat mengurangi jumlah percikan dan sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- d. Daya penularan seorang penderita Tuberculosis Paru ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari paru-paru. Semakin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak semakin tinggi resiko penularan yang terjadi dari penderita tersebut.

- e. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB Paru ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Resiko Penularan Tuberculosis Paru :

- a. Resiko tertular Tuberculosis Paru tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB Paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan resiko penularan lebih besar dari pasien TB Paru dengan BTA negatif.
- b. Resiko penularan setiap tahunnya ditunjukkan dengan (*Annual Risk of Tuberculosis Infection / ARTI*) yaitu proporsi penduduk yang beresiko terinfeksi TB paru selama satu tahun. ARTI sebesar 1% berarti 10 orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahun. ARTI di Indonesia sendiri bervariasi, antara 1-3% setiap tahun.
- c. Infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif. (Retno Asti, 2010)

Penularan Tuberculosis Paru dalam keluarga dipengaruhi oleh :

- a. Pengetahuan keluarga dalam mengenal masalah Tuberculosis Paru
- b. Pengetahuan keluarga mengenai cara penularan Tuberculosis Paru :

Terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan penularan penyakit Tuberculosis Paru ke anggota keluarga yang lain. Penyakit Tuberculosis Paru dapat menular melalui :

1. Batuk langsung : Penyakit TB Paru dapat menular secara langsung akibat batuk yang dialami oleh penderita. Saat pasien batuk kemungkinan terjadi penyebaran kuman dan dapat terhisap oleh anggota keluarga yang sehat, sehingga terjadi penularan.

2. Melalui makanan : Makanan dapat menyebabkan penularan penyakit TB Paru. Sisa makanan yang dimakan penderita TB Paru bila dimakan oleh anggota keluarga yang sehat dan makan secara bersamaan juga dapat menyebabkan terjadinya penularan
 3. Pemakaian barang bersama : Pemakaian barang-barang bersama dengan penderita TB Paru terutama alat makan dapat menyebabkan penularan penyakit TB Paru
 4. Dahak penderita : Dahak penderita TB Paru yang dibuang secara sembarangan dapat menyebabkan penyebaran kuman TB Paru dan mengakibatkan penularan penyakit.
- c. Pengetahuan keluarga mengenai tindakan yang dapat dilakukan untuk pencegahan penularan penyakit TB Paru dalam keluarga, meliputi :
- memisahkan alat makan dan makanan dengan penderita TB Paru, menjauhkan anggota keluarga lain dari penderita TB Paru pada saat batuk, menghindari penularan melalui dahak penderita TB Paru, membuka jendela rumah untuk pencegahan penularan, menjemur kasur penderita TB Paru, pentingnya mengingatkan penderita TB Paru untuk menutup mulut pada saat batuk, tempat khusus yang disediakan untuk membuang dahak, dan imunisasi balita di rumah untuk mencegah TB Paru. (Jaji, 2010)

2.2 Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

2.2.1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang dihubungkan karena hubungan darah, hubungan perkawinan, hubungan

adopsi dan tinggal bersama untuk menciptakan suatu budaya tertentu (Depkes 2010)

2.2.2 Dimensi Dasar Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melakukan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Dimensi struktur keluarga terdiri dari atas struktur perna, nilai, atau norma keluarga, pola komunikasi keluarga dan struktur kekuatan keluarga (Suprijatno, 2004).

Peran diartikan sebagai serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisis sosial yang diberikan. Struktur peran tersebut menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarganya sendiri dan juga perannya di lingkungan masyarakat atau disebut peran formal dan informal. Peran tersebut seperti halnya peran sebagai suami,istri dan anak. Sebagai contoh : suami bagi istri, ayah bagi anak dan bereperan sebagai pencari nafkah, pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, dan juga sebagai anggota dari kelompok sosial yang ada di masyarakat.

Nilai atau norma keluarga menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan. Misalnya sikat gigi sebelum tidur, menutup mulut jika bersin.

Pola komunikasi keluarga menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi anatar suami-istri (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain pada keluarga besar dengan keluarga inti. Pola interaksi yang memberikan dampak positif adalah komunikasi yang bersifat terbuka, sehingga komunikasi selalu dapat menyelesaikan konflik keluarga. Setiap

anggota keluarga berpikiran positif serta tidak mengulang isu dan pendapatnya sendiri saat berkomunikasi.

Kekuatan diartikan sebagai kemampuan baik potensial atau aktual dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi guna merubah perilaku orang lain ke arah positif.

Struktur kekuatan keluarga menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

2.2.3 Tipe Keluarga

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

A. Keluarga Tradisional

1. *Nuclear Family* atau keluarga inti

Yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, anak

2. *Extended Family* atau keluarga besar

Yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti *Nuclear Family* disertai paman, bibi, orang tua (kakek-nenek), keponakan dan lain sebagainya.

3. *Dyad Family*

Yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang hidup dalam satu rumah tetapi tanpa anak

4. *Single Parent Family* atau keluarga duda/janda

Yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang bisa ayah atau ibu. Penyebabnya dapat terjadi karena proses perceraian, kematian atau bahkan ditinggalkan.

5. *The Single Adult Living Alone / Single Adult Family*

Yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (perceraian atau ditinggalkan)

6. *Blended Family*

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

7. *Kin-network Family*

Yaitu keluarga dengan beberapa keluarga inti tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan

8. *Multigenerational Family*

Yaitu keluarga dengan generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah

B. Keluarga non tradisional

1. *The Unmarried Teenage Mother*

Yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua terutama ibu dengan anak dari hubungan tanpa nikah

2. *Commune Family*

Yaitu keluarga dengan beberapa pasangan dengan anaknya yang tidak memiliki hubungan saudara, hidup dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama

3. *Nonmarital Heterosexual cohabiting family*

Yaitu keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan

4. *Gay and Lesbian Families*

Yaitu keluarga dengan seseorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin yang hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (marital partners)

5. *Cohabiting couple*

Yaitu keluarga dengan beberapa orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu (Muhlisin Abi, 2012)

2.2.5 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga. Adapun sebuah keluarga mempunyai fungsi antara lain :

a. Fungsi Afektif

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

b. Fungsi Sosialisasi dan tempat bersosialisasi

Sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga. Fungsi sosialisasi dapat ditunjukkan dengan membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, serta meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Keluarga mengajarkan anggotanya untuk bersosialisasi baik secara internal maupun eksternal keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

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

d. Fungsi Ekonomi

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

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

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

kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas dalam menjalankan perannya masing-masing. Fungsi perawatan kesehatan ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

Adapun tugas kesehatan keluarga menurut Friedman 2010 :

1. Mengetahui masalah atau gangguan kesehatan keluarga

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

2. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

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

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

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

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

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

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

5. Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada (Faisalado, 2014).

2.2.6 Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga yang mencakup perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggotanya. Perkembangan keluarga tersebut dibagi menjadi beberapa tahap berikut tugas perkembangan yang harus dicapai dalam setiap tahap perkembangannya. Adapun tahap perkembangan keluarga adalah sebagai berikut ;

a. Keluarga baru menikah

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

keluarganya masing-masing. Tugas perkembangan utama pada tahap ini yaitu :

1. Membina hubungan intim yang memuaskan
2. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial
3. Mendiskusikan rencana memiliki anak

b. Keluarga dengan anak baru lahir

Tahap ini dimulai dari kehamilan sampai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak berusia 30bulan. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu :

1. Mempersiapkan menjadi orang tua
2. Adaptasi dengan perubahan adanya anggota keluarga,
3. interaksi keluarga, hubungan seksual dan kegiatan keluarga
4. Mempertahankan hubungan dalam rangka memuaskan pasangannya

c. Keluarga dengan anak usia pra sekolah

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 2,5tahun dan berakhir saat anak pertama berusia 5tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga misalnya tempat tinggal, privasi dan rasa aman
2. Membantu anak untuk bersosialisasi
3. Beradaptasi dengan adanya anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain atau yang lebih tua juga harus dapat terpenuhi
4. Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam atau di luar keluarga
5. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
6. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga

7. Merencanakan kegiatan dan waktu untuk menstimulasi tumbuh kembang anak

d. Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai saat anak masuk usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini yaitu :

1. Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan luas
2. Mempertahankan keintiman pasangan
3. Memenuhi kebutuhan yang semakin meningkat, termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga

e. Keluarga dengan anak remaja

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir 6 sampai 7 tahun kemudian. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu :

1. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, mengingat remaja adalah seorang dewasa yang memiliki otonomi
2. Mempertahankan hubungan intim keluarga
3. Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua untuk menghindari terjadinya perdebatan, kecurigaan, permusuhan
4. Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga (Faisalado,2014).

2.3 Teori Asuhan Keperawatan Keluarga

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap terpenting dalam proses keperawatan dimana perawat memulai mengumpulkan informasi yang ada pada keluarga. Pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibina. Tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber, mengevaluasi dan mengidentifikasi data-data keluarga serta 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.

Sumber data pengkajian dapat dilakukan dengan metode:

a. Wawancara

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

Tujuan wawancara:

- 1) Mendapatkan informasi yang diperlukan.
- 2) Meningkatkan hubungan perawat-keluarga dalam komunikasi.
- 3) Membantu keluarga untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan.

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

b. Pengamatan

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

c. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi yang biasa dijadikan acuan perawat antara lain adalah Kartu Keluarga (KK), Kartu Menuju Sehat (KMS) dan catatan kesehatan lainnya missal informasi-informasi tertulis maupun lisan dari rujukan dari berbagai lembaga yang menangani keluarga dan dari anggota tim kesehatan lainnya.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan hanya pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan. Pada awal pengkajian perawat harus membina hubungan yang baik dengan keluarga dengan cara :

- 1) Diawali perawat memperkenalkan diri dengan sopan santun dan ramah.
- 2) Menjelaskan tujuan kunjungan.
- 3) Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang ada dalam keluarga.
- 4) Menjelaskan luas kesanggupan bantuan perawat yang dapat dilakukan
- 5) Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan yang menjadi jaringan perawat (Setiadi, 2012).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian. Diagnosa keperawatan keluarga adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan actual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

Proses perumusan diagnosa keperawatan keluarga diawali dengan :

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

a. Analisa Data

Setelah data terkumpul (dalam format pengkajian) maka selanjutnya dilakukan analisa data yaitu mengelompokkan data hasil pengkajian menjadi data subjektif dan data objektif, 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 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 (tiga) norma yang perlu diperhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan untuk melakukan analisa data, yaitu :

1. Keadaan kesehatan yang normal bagi setiap anggota keluarga, meliputi :
 - a. Keadaan kesehatan fisik, mental, dan sosial anggota keluarga.
 - b. Keadaan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga.
 - c. Keadaan gizi anggota keluarga
 - d. 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 (Setiadi, 2008).

b. Perumusan Masalah

Perumusan masalah keperawatan keluarga berdasarkan NANDA dan etiologi berdasarkan hasil pengkajian dan dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosa keperawatan keluarga meliputi problem, etiologi dan simtom.

1. Masalah

Adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan masalah (tidak terpenuhinya kebutuhan dasar keluarga atau anggota keluarga) yang diidentifikasi oleh perawat melalui pengkajian.

- a. Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah lingkungan.
 - 1) Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah (higienis lingkungan).
 - 2) Resiko terhadap cedera

- 3) Resiko terjadi infeksi (penularan penyakit).
- b. Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah struktur komunikasi
- 1) Komunikasi keluarga disfungsional.
- c. Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah struktur peran.
- 1) Berduka dan dantisipasi
 - 2) Berduka disfungsional
 - 3) Isolasi sosial
 - 4) Perubahan dalam proses keluarga (dampak adanya orang yang sakit terhadap keluarga).
 - 5) Potensi peningkatan menjadi orang tua
 - 6) Perubahan menjadi orang tua (krisis menjadi orang tua)
 - 7) Perubahan penampilan peran
 - 8) Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah
 - 9) Gangguan citra tubuh
- d. Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi afektif
- 1) Perubahan proses peran
 - 2) Perubahan menjadi orang tua
 - 3) Potensial peningkatan menjadi orang tua
 - 4) Berduka yang diantisipasi
 - 5) Koping keluarga tidak efektif, menurun
 - 6) Koping keluarga tidak efektif, menurun, ketidakmampuan
 - 7) Resiko terhadap perilaku kekerasan
- e. Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi sosial
- 1) Perubahan proses keluarga

- 2) Perilaku mencari bantuan kesehatan
 - 3) Konflik peran orang tua
 - 4) Perubahan menjadi orang tua
 - 5) Potensial peningkatan menjadi orang tua
 - 6) Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
 - 7) Perubahan pemeliharaan kesehatan
 - 8) Kurang pengetahuan
 - 9) Isolasi sosial
 - 10) Kerusakan interaksi sosial
 - 11) Resiko terhadap tindakan kekerasan
 - 12) Ketidapatuhan
 - 13) Gangguan identitas pribadi
- f. Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi perawatan kesehatan.
- 1) Perubahan pemeliharaan kesehatan
 - 2) Potensial peningkatan pemeliharaan kesehatan
 - 3) Perilaku mencari pertolongan kesehatan
 - 4) Ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapeutik keluarga
 - 5) Resiko terhadap penularan penyakit
- g. Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah koping
- 1) Potensial peningkatan koping keluarga
 - 2) Koping keluarga tidak afektif, menurun
 - 3) Koping keluarga tidak afektif, ketidakmampuan
 - 4) Resiko terhadap tindakan kekerasan

2. Penyebab (Etiologi)

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

- a) Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarganya
- b) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
- c) Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit karena cacat atau usianya terlalu muda
- d) 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 :

- 1) Aktual (terjadi defisit atau gangguan kesehatan)

Diagnosis aktual diangkat jika dari pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan :

Diagnose keperawatan aktual memiliki 3 (tiga) komponen diantaranya adalah problem, etiologi dan simptom.

- 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 tugas keluarga.
- c. Simptom (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. Diagnosa resiko diangkat jika sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.

3) Potensial (Keadaan sejahtera atau Wellness)

Adalah keputusan klinik tentang keadaan keluarga dari transisi tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. 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 efektif.

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 dua diagnose keperawatan sindrom, yaitu :

a) Syndrom trauma pemerkosa (rape trauma syndrome)

Pada kelompok ini menunjukkan adanya tanda dan gejala misalnya : cemas, takut, sedih, gangguan istirahat, tidur, dan lain-lain.

b) Resiko Syndrom penyalahgunaan (risk for diuse Syndrome)

Misalnya : resiko gangguan proses pikir, resiko gangguan gambaran diri dan lain-lain (Setiadi. 2008).

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

Tahap berikutnya setelah ditetapkan rumusan masalahnya adalah menentukan prioritas masalah sesuai dengan keadaan keluarga karena dalam suatu keluarga perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnose keperawatan.

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnose keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas skala Baylon dan Maglaya (1978).

1) Tentukan skor untuk tiap criteria

2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh } X}{\text{Skor Tertinggi}} \text{ Bobot}$$

3) Jumlahkan skor untuk semua criteria

4) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Skala Baylon dan Maglaya

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak atau kurang sehat • Ancaman kesehatan • Keadaan sejahtera 	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah <ul style="list-style-type: none"> • Mudah • Sebagian • Tidak dapat 	2 1 0	2
3.	Potensi masalah dapat dicegah <ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • Cukup • Rendah 	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> • Masalah berat harus segera ditangani • Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani • Masalah tidak dirasakan 	2 1 0	1

Tabel: 2.3.1

Penentuan prioritas sesuai dengan criteria 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 (tiga) 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 Tuberkulosis, gonore, hepatitis dan sebagainya.
3. Jumlah anggota terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan sumber daya keluarga
4. Resiko terjadi kecelakaan seperti tangga rumah terlalu curam, benda tajam diletakkan disembarang 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 syarat
 - e. Pembuangan tinja yang mencemari sumber air minum
 - f. Kebisingan
8. Kebiasaan yang merugikan kesehatan, seperti :
- 1) Merokok
 - 2) Minuman keras
 - 3) Makan obat tanpa resep
 - 4) Makan daging mentah
 - 5) Hygiene perseorangan jelek
 - 6) Sifat kepribadian yang melekat, misal: pemarah
 - 7) Riwayat persalinan sulit
 - 8) Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibi karena ibunya meninggal.
 - 9) Imunisasi anak yang tidak lengkap

B. Kurang atau tidak sehat

Yaitu kegagalan dalam memantapkan kesehatan

- 1. Keadaan sakit (sesudah atau sebelum di diagnose)
- 2. Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal

C. 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

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 tenaga.
- d. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat.

3. Kriteria III

Yaitu potensial masalah dapat dicegah. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah :Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.

- a. Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.

- b. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
 - c. Adanya kelompok “High Risk” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
4. Kriteria IV

Yaitu menonjolnya masalah, perawat perlu menilai persepsi 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 criteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga.

Penetapan tujuan :

Adalah hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnose 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 sendiri. Lebih baik ada batas waktunya, misalnya dalam waktu 2 (dua) hari.

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

2. Tujuan jangka pendek

3. Ditekankan pada keadaan yang biasa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupan :

a. Penetapan kriteria dan standart

Merupakan standart evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat member petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan. Bentuk dari standart 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 masalah kesehatan.

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.
- d. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara :
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas di rumah
 - c) Mengawasi keluarga melakukan perawatan.
 - d) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara :
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan oleh keluarga.
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga secara optimal.
 - 3) 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.

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.

Rencana tindakan keperawatan terhadap keluarga, meliputi kegiatan yang bertujuan :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a. Memberikan informasi yang tepat.
 - b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan.
 - c. Mendorong sikap emosi yang mendukung upaya kesehatan.
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara :
 - a. Mengidentifikasi konsekuensinya bila tidak melakukan tindakan.
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki dan ada disekitar keluarga.
 - c. Mendiskusikan tentang konsekuensi tipe tindakan.
3. Memberikan kepercayaan diri selama merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan.
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah.
 - c. Mengawasi keluarga melakukan perawatan.
4. Membantu keluarga untuk memelihara (memodifikasi) lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan keluarga, dengan cara:
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
 - b. Melakukan perubahan lingkungan bersama keluarga seoptimal mungkin.

5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya, dengan cara :
 - a. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada disekitar lingkungan keluarga
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Suprajitno, 2004).

2.3.4 Tindakan Keperawatan Keluarga

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah 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 dirumah.

a. Tahap I : Persiapan

Persiapan meliputi kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- 1) Kontak dengan keluarga.
- 2) Mempersiapkan alat yang diperlukan.
- 3) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif.
- 4) Mmengidentifikasi aspek-aspek hokum dan etik.

b. 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 sesuatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi, fisioterapi.

c) Dependent

Yaitu pelaksanaan tindakan medis.

Klasifikasi intervensi menurut Wright dan Leahay (1984) yang dikutip oleh sulistyono (2012), yaitu :

1) Kognitif

Intervensi diarahkan pada aspek kognitif pada fungsi keluarga, yang meliputi pemberian informasi, gagasan baru tentang suatu keadaan dan mengemukakan pengalaman.

2) Afektif

Intervensi diarahkan pada aspek afektif fungsi keluarga, dirancang untuk mengubah emosi keluarga agar dapat memecahkan masalah secara afektif. Missal : mengurangi kecemasan orang tua terhadap anaknya yang sakit.

3) Perilaku

Intervensi diarahkan untuk membantu keluarga berinteraksi / bertingkah laku, berkomunikasi secara efektif dengan anggota keluarga yang lainnya yang bersifat berbeda-beda.

- c. Tahap III : Dokumentasi
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan (Setiadi, 2012).

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, 2012)

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

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

1. Identifikasi Data

Data-data dasar yang digunakan oleh perawat untuk mengukur keadaan pasien dengan memakai norma kesehatan keluarga maupun sosial yang merupakan sistem integritas dan kesanggupan untuk mengatasinya. Pengumpulan data pada keluarga dengan Tuberkulosis difokuskan pada komponen-komponen yang berkaitan dengan Tuberkulosis dengan menggunakan metode wawancara, observasi misalnya tentang keadaan atau fasilitas rumah, pemeriksaan fisik terhadap seluruh anggota keluarga secara head to toe dan menelaah data sekunder seperti hasil laboratorium, hasil X-Ray, pap smear dan lain sebagainya.

2. Komposisi Keluarga

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

3. Tipe Keluarga

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

4. Latar Belakang Budaya

Adat istiadat di tempat tinggal keluarga, suku bangsa, agama, sosial, budaya, rekreasi, kegiatan pendidikan, kebiasaan makan dan berpakaian. Adanya pengaruh budaya pada peran keluarga. Kekuatan struktur, bentuk rumah, bahasa yang digunakan sehari-hari, komunikasi dalam keluarga dan penggunaan tempat pelayanan kesehatan yang ada berhubungan dengan penularan Tuberkulosis.

5. Pola Spiritual

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

6. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga termasuk golongan ekonomi yang rendah status ekonomi ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

7. Aktivitas Rekreasi Keluarga

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

8. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan setiap anggota keluarga dari yang usia bayi sampai usia lanjut,

9. Riwayat Keluarga Sebelumnya

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

10. Struktur dan Sifat Anggota Keluarga

- a. Anggota-anggota keluarga dan hubungan dengan kepala keluarga
- b. Data demografi : umur, jenis kelamin, kedudukan dalam keluarga.
- c. Tempat tinggal masing-masing anggota keluarga
- d. Macam struktur anggota keluarga apakah matrikat, patrikat berkumpul atau menyebar
- e. Anggota keluarga yang menonjol dalam pengambilan keputusan
- f. Hubungan dengan anggota keluarga termasuk dalam perselisihan yang nyata ataupun tidak nyata.
- g. Kegiatan dalam hidup sehari-hari, kebiasaan tidur, kebiasaan makan dan penggunaan waktu senggang.

11. Faktor Sosial Budaya / Kebiasaan

- a. Kebiasaan makan

Kebiasaan makan ini meliputi jenis makanan yang dikonsumsi oleh keluarga. Pada keluarga sering dijumpai pola hidup sehat yang tidak benar seperti penderita TB Paru yang membuang dahak di sembarang tempat.

- b. Pemanfaatan fasilitas kesehatan

Perilaku keluarga didalam memanfaatkan fasilitas kesehatan merupakan faktor yang penting dalam pengelolaan penyakit Tuberkulosis. Adanya sumber pelayanan kesehatan digunakan untuk upaya pencegahan dan pengobatan dini karena dapat mencegah timbulnya penularan bagi anggota keluarga yang lain.

12. Pengkajian Lingkungan

Penyakit Tuberkulosis berkaitan erat dengan penularan keluarga lainnya. Tahap ini ditentukan sampai dimana perkembangan keluarga saat ini dan tahap apa yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendalanya.

a. Karakteristik Rumah

Cara memodifikasi rumah dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah jendela, ukuran jendela, jenis septic tank dengan sumber air minum, sumber air minum yang digunakan serta denah rumah yang baik dapat mempengaruhi faktor terjadinya tuberkulosis dan penularannya

b. Lingkungan

Lingkungan sangat mempengaruhi yaitu dengan ekonomi keluarga menengah kebawah.

c. Macam lingkungan tempat tinggal yang sempit, padat, sanitasi yang tidak terjaga dan lingkungan sekitar rumah yang kurang bersih.

d. Mobilitas geografis keluarga status rumah yang dihuni oleh keluarga apakah rumah sendiri atau menyewa, sudah berapa lama tinggal di daerah tersebut, dan pindah dari daerah mana.

e. Interaksi keluarga dengan masyarakat

13. Sistem Pendukung dalam Keluarga

Dukungan keluarga untuk meningkatkan status kebersihan lingkungan sangat penting, karena kebersihan lingkungan dapat dipengaruhi oleh semua penyakit

14. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi

Bahasa yang digunakan dalam percakapan sehari-hari di dalam keluarga dan waktu yang sering digunakan untuk berkomunikasi.

b. Struktur peran

Keluarga sudah menjalankan perannya dengan fungsinya, struktur kekuatan keluarga sejauh mana keluarga mampu mengambil keputusan dengan tepat dalam mengatasi masalah penyakit yang ada di dalam keluarga.

15. Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

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

b. Fungsi Sosialisasi

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

16. Fungsi Perawatan Kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang terkena penyakit Tuberkulosis serta

pengetahuan keluarga mengenai perawatan, kesanggupan keluarga melakukan tugas perawatan keluarga yaitu :

a. Mengetahui masalah kesehatan

Ketidakkemampuan keluarga dalam mengetahui masalah pada penyakit Tuberkulosis salah satu faktor penyebabnya adalah kurang pengetahuan tentang penyakit Tuberkulosis sehingga menyebabkan terjadinya resiko penularan pada anggota keluarga yang lain.

b. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Ketidakkemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam melakukan tindakan disebabkan karena tidak memahami tentang sifat, berat dan luasnya masalah yang dihadapi. Penyakit Tuberkulosis yang tanpa penanganan akan mengakibatkan penularan.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakkemampuan dalam merawat anggota keluarga disebabkan karena tidak mengetahui keadaan penyakit, misalnya keluarga tidak mengetahui keadaan penyakit, pengertian TB Paru, cara penularan, tanda-gejala, penyebab dan pengobatan serta resiko komplikasi yang terjadi. Pada pasien dengan TB Paru seringkali mengalami penurunan status gizi, bahkan dapat menjadi status gizi buruk bila tidak diimbangi dengan diet yang tepat. Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi pada pasien TB Paru adalah tingkat kecukupan energi dan protein, perilaku pasien terhadap makanan dan kesehatan, serta lama menderita TB Paru. Status gizi merupakan bagian penting dalam menentukan tingkat

kesehatan seseorang, status gizi akan mempengaruhi sistem imun secara langsung juga berperan dalam proses penyembuhan (Feby, 2014)

d. Memelihara lingkungan rumah yang sehat

Ketidakmampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap resiko penularan Tuberculosis Paru. Lingkungan rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang kurang menyebabkan rumah akan menjadi lembab sehingga menyebabkan rumah resiko tinggi terhadap penularan. Kriteria ukuran ventilasi yang sesuai adalah : Ukuran rumah $\times 10\%$

e. Menggunakan fasilitas / pelayanan kesehatan dimasyarakat

Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah penyakit Tuberculosis. Agar penderita dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan berkurangnya resiko penularan.

17. Hal yang Perlu Dikaji Mengenal Fungsi Reproduksi Keluarga

- a. Jumlah anak
- b. Rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga.
- c. Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga

18. Fungsi Ekonomi

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

19. Cara pengumpulan Data

Observasi langsung : dapat mengetahui keadaan secara langsung

- a. Keadaan fisik dari tiap anggota keluarga.
- b. Komunikasi dari tiap anggota keluarga.
- c. Peran dari tiap anggota keluarga
- d. Keadaan rumah dan lingkungan.

20. Wawancara

Dapat mengetahui hal-hal sebagai berikut :

- a. Aspek fisik
- b. Aspek mental
- c. Sosial budaya
- d. Ekonomi
- e. Kebiasaan

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

1. Resiko penularan penyakit Tuberkulosis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Tuberkulosis
2. Resiko Drop Out (DO) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis.
3. Resiko pengobatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memutuskan tindakan yang tepat untuk anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis.
4. Resiko kekambuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.
5. Gangguan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat.

6. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat.
7. Resiko penularan berhubungan dengan kurangnya kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan terhadap perawatan keluarga.

2.4.3 Perencanaan Keperawatan

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. Rencana tindakan untuk Diagnosa 1

Resiko penularan penyakit Tuberkulosis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Tuberkulosis.

a. Tujuan

Setelah dilakukan tidakan keperawatan diharapkan tidak terjadi resiko penularan.

b. Kriteria Hasil

- 1) Afektif : keluarga dapat mengurangi resiko penularan penyakit Tuberkulosis Paru.
- 2) Kognitif : keluarga mampu mengetahui hal-hal yang menyebabkan penularan Tuberculosis Paru
- 3) Psikomotor : keluarga mampu melakukan usaha pencegahan penularan penyakit.

c. Rencana Tindakan

- 1) Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penularan Tuberkulosis.
- 2) Menjelaskan cara penularan penyakit Tuberkulosis
- 3) Anjurkan pada keluarga agar klien mau memakai masker, menyediakan tempat dahak untuk klien, memisahkan alat makan klien, memberikan posisi yang benar saat tidur, melakukan pemeriksaan secara rutin dan pengobatan yang sesuai dosis untuk mengurangi resiko penularan

d. Rasional

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

2. Rencana Tindakan untuk diagnosa 2

Resiko Drop Out (DO) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis.

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi resiko *Drop Out*.

b. Kriteria Hasil

- 1) Afektif : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga mampu mengurangi resiko *Drop Out*.

2) Kognitif : keluarga mampu mengetahui jenis pengobatan, dosis dan waktu minum obat pada TBC Paru

3) Psikomotor : keluarga mau melakukan usaha pencegahan resiko *Drop Out*

c. Rencana Tindakan

1) Jelaskan kepada keluarga tentang pengobatan pada penderita Tuberculosis Paru

2) Jelaskan akibat jika terjadi *Drop Out*

3) Berikan motivasi kepada keluarga agar mau menjadi Pengawas Minum Obat

4) Anjurkan pada keluarga untuk mengawasi pasien untuk rutin minum obat

5) Buat jadwal minum obat dan kontrol pasien

d. Rasional

1) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat mengetahui pentingnya pengobatan.

2) Agar keluarga mau mengajak pasien rutin minum obat

3) Dengan memotivasi keluarga agar mau menjadi Pengawas Minum Obat

4) Dengan mengawasi minum obat secara rutin dapat mengurangi resiko *Drop Out*.

5) Untuk mengurangi resiko terjadinya *drop out* dan pasien dapat mengontrol keadaannya.

3. Rencana Tindakan untuk Diagnosa 3

Resiko pengobatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memutuskan tindakan yang tepat untuk anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko pengobatan tidak efektif tidak terjadi.

b. Kriteria Hasil

- 1) Afektif : keluarga diharapkan mampu mengurangi resiko pengobatan tidak efektif untuk penderita Tuberkulosis
- 2) Kognitif : keluarga mampu mengetahui pengobatan yang efektif untuk penderita Tuberculosis Paru
- 3) Psikomotor : keluarga mampu melakukan pemberian pengobatan yang efektif.

c. Rencana Tindakan

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

d. Rasional

- 1) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat memutuskan pengobatan yang efektif untuk anggota keluarga yang sakit
 - 2) Mencegah kegagalan pengobatan
 - 3) Dengan memberikan motivasi akan menambah rasa keyakinan diri keluarga untuk memberikan pengobatan yang efektif bagi anggota keluarga yang sakit.
 - 4) Dengan rutin kontrol secara rutin dapat mengetahui keadaan klien secara dini.
 - 5) Dengan mengawasi minum obat secara rutin dapat mengurangi resiko pengobatan tidak efektif
4. Rencana Tindakan untuk Diagnosa 4
- Resiko kekambuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan
- a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko kekambuhan tidak terjadi
 - b. Kriteria Hasil
 - 1) Afektif : keluarga mampu mengambil keputusan dalam mengurangi resiko kekambuhan
 - 2) Kognitif : keluarga dapat mengetahui resiko kekambuhan yang terjadi pada penderita Tuberculosis Paru
 - 3) Psikomotor : keluarga mau memfasilitasi klien untuk mengurangi resiko kekambuhan

c. Rencana Tindakan

- 1) Kaji pengetahuan keluarga mengenai resiko kekambuhan pada penderita Tuberculosis Paru.
- 2) Jelaskan mengenai resiko kekambuhan pada penderita Tuberculosis Paru.
- 3) Berikan motivasi kepada keluarga untuk dapat mengurangi resiko kekambuhan.

d. Rasional

- 1) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat mengurangi resiko kekambuhan.
- 2) Mencegah terjadinya kekambuhan kembali pada klien
- 3) Dengan memberikan motivasi akan menambah pengawasan mengenai resiko kekambuhan.

5. Rencana Tindakan untuk Diagnosa 5

Gangguan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat.

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi gangguan nutrisi pada penderita Tuberculosis Paru

b. Kriteria Hasil

- 1) Afektif : keluarga mampu memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
- 2) Kognitif : keluarga dapat mengetahui penyebab terjadinya gangguan nutrisi dan pemenuhan kebutuhan nutrisi
- 3) Psikomotor : keluarga mau memberikan pemenuhan nutrisi pada penderita Tuberculosis Paru

c. Rencana Tindakan

- 1) Jelaskan kepada keluarga tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi pada penderita TB Paru
- 2) Kaji pengetahuan tentang cara memberikan pemenuhan kebutuhan nutrisi
- 3) Catat adanya mual, muntah pada penderita TB Paru
- 4) Jelaskan tentang cara memberikan kebutuhan nutrisi pada penderita Tuberculosis Paru
- 5) Kaji pengetahuan tentang cara memberikan pemenuhan kebutuhan nutrisi
- 6) Berikan motivasi pada keluarga untuk mau memberikan kebutuhan nutrisi yang sesuai
- 7) Anjurkan klien makan sedikit tapi sering
- 8) Timbang berat badan penderita TB Paru
- 9) Berikan vitamin

d. Rasional

- 1) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat memenuhi kebutuhan nutrisi
- 2) Mencegah terjadinya penurunan status nutrisi pada penderita Tuberculosis Paru
- 3) Dapat menentukan jenis diet dan mengidentifikasi pemecahan masalah dalam peningkatan nutrisi.
- 4) Mencegah terjadinya penurunan status nutrisi

- 5) Untuk mengetahui sejauh mana keluarga mampu memenuhi kebutuhan nutrisi pada penderita TB Paru
- 6) Dengan memberikan motivasi keluarga dapat merawat dan memenuhi kebutuhan nutrisi
- 7) Memaksimalkan intake nutrisi
- 8) Mengetahui penurunan status nutrisi yang terjadi pada penderita TB Paru
- 9) Agar kebutuhan nutrisi terpenuhi

6. Rencana Tindakan untuk Diagnosa 6

Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat.

a. Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi resiko komplikasi

b. Kriteria Hasil

- 1) Afektif : keluarga mampu mengambil keputusan dalam mengurangi resiko komplikasi
- 2) Kognitif : keluarga dapat meminimalisir resiko komplikasi
- 3) Psikomotor : keluarga mau memfasilitasi klien yang menderita penyakit Tuberkulosis untuk mengurangi resiko komplikasi

c. Rencana Tindakan

- 1) Kaji pengetahuan keluarga mengenai resiko komplikasi pada penderita Tuberculosis Paru.

- 2) Jelaskan mengenai resiko komplikasi pada penderita Tuberculosis Paru.
- 3) Berikan motivasi kepada keluarga untuk dapat mengurangi resiko komplikasi

d. Rasional

- 1) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat mengurangi resiko komplikasi
- 2) Mencegah terjadinya komplikasi pada klien
- 3) Dengan memberikan motivasi akan menambah pengawasan mengenai resiko komplikasi

7. Rencana Tindakan untuk diagnosa 7

Resiko penularan berhubungan dengan kurangnya kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan terhadap perawatan keluarga

a. Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi resiko penularan

b. Kriteria Hasil

- 1) Afektif : keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mengurangi resiko penularan Tuberculosis Paru
- 2) Kognitif : keluarga mampu mengetahui lingkungan yang sesuai untuk penderita Tuberculosis Paru
- 3) Psikomotor : keluarga mampu melakukan usaha modifikasi lingkungan untuk pencegahan penularan penyakit Tuberculosis Paru

c. Rencana Tindakan

- 1) Kaji pengetahuan keluarga mengenai modifikasi lingkungan yang sesuai pada penderita Tuberculosis Paru.
 - 2) Jelaskan mengenai cara memodifikasi lingkungan yang sesuai pada
 - 3) Berikan motivasi kepada keluarga untuk dapat memodifikasi lingkungan yang sesuai pada penderita Tuberculosis Paru
- d. Rasional
- 1) Dengan penjelasan yang adekuat diharapkan keluarga dapat mengurangi resiko penularan
 - 2) Diharapkan keluarga mengenal dan mengetahui cara memodifikasi lingkungan untuk mengurangi terjadinya resiko penularan
 - 3) Dengan memberikan motivasi keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang sesuai

2.4.4 Pelaksanaan

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

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

(Setiadi, 2008)

2.4.5 Evaluasi

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, 2012).