

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Keluarga

2.1.1 Pengertian

Menurut Setiadi (2008), pengertian keluarga meliputi :

1. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.
2. Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan.
3. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri, atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya.

2.1.2 Ciri-ciri keluarga

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

2. Ciri keluarga Indonesia

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

2.1.3 Tipe keluarga

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

1. Secara tradisional

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

2. Secara modern

a. *Tradisional nuclear*

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

b. *Reconstituted nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun dari perkawinan baru, satu/ keduanya dapat bekerja di luar.

c. *Niddle age / aging couple*

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

d. *Dyadic nuclear*

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

e. *Single parent*

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

f. *Dual carrier*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

g. *Commuter married*

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

h. *Single adult*

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

i. *Three generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah

j. *Institusional*

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

k. *Comunal*

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

l. *Group marriage*

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

m. *Unmarried parent and child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

n. *Cohibing coiple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin

o. *Gay and lesbian family*

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

2.1.4 Struktur keluarga

1. Patrilineal

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

2. Matrilineal

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

3. Matrilokal

Yaitu yang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4. Patrilokal

Yaitu sepasang suami istri yang tinggal bersana keluarga sedarah suami.

5. Keluarga kawin

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

2.1.5 Fungsi pokok keluarga

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*), yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*), yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi, (Setiadi, 2008)

2.1.6 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
 2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.
 3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
 4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
 5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).
- (Setiadi, 2008)

2.1.7 Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Carter dan 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 Miller membagi dalam 8 tahapan perkembangan 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)
- (Setiadi, 2008)

2.2 Tinjauan Teori Medis Kanker Payudara

2.2.1 Pengertian

Kanker payudara adalah sekelompok sel tidak normal pada payudara yang terus tumbuh berupa ganda. Pada akhirnya sel-sel ini menjadi bentuk benjolan di payudara. Jika benjolan kanker itu tidak dibuang atau terkontrol, sel-sel kanker bisa menyebar (metastase) pada bagian-bagian tubuh lain. Metastase bisa terjadi pada kelenjar getah bening (limfe) ketiak ataupun di atas tulang belikat. Selain itu sel-sel kanker bisa bersarang di, tulang, paru-paru, hati, kulit, dan bawah kulit. (Erik T, 2005, hal : 39-40)

Kanker payudara adalah suatu penyakit pertumbuhan sel, akibat adanya onkogen yang menyebabkan sel normal menjadi sel kanker pada jaringan payudara. (Karsono, 2006).

Kanker payudara merupakan tumor ganas yang tumbuh di dalam jaringan payudara. Kanker bisa tumbuh di dalam kelenjar susu, saluran susu, jaringan lemak, maupun jaringan ikat pada payudara (Wijaya, 2005).

Kanker payudara adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara. Kanker payudara adalah tumor ganas yang tumbuh di dalam jaringan payudara. Kanker bisa mulai tumbuh di dalam kelenjar susu, saluran susu, jaringan lemak maupun jaringan ikat pada payudara. (Medicastore, 2011)

Kanker payudara terjadi karena adanya kerusakan pada gen yang mengatur pertumbuhan dan diferensiasi sel sehingga sel tumbuh dan berkembang biak tanpa bisa dikendalikan. Penyebaran kanker payudara terjadi melalui kelenjar getah bening sehingga aksila ataupun supraklavikula membesar. Kemudian melalui pembuluh darah, kanker menyebar ke organ tubuh lainnya seperti hati, otak dan paru-paru (USU repository, 2011)

2.2.2 Etiologi

Hingga saat ini, penyebab kanker payudara belum diketahui secara pasti karena termasuk multifaktorial yaitu banyak faktor yang terkait satu dengan yang lain. Beberapa faktor yang di perkirakan mempunyai pengaruh besar dalam terjadinya kanker payudara adalah riwayat keluarga, hormonal dan faktor lain yang bersifat eksogen/faktor luar. Menurut Price & Wilson (2006) terdapat beberapa faktor yang berkaitan dengan kanker payudara:

1. Usia

Wanita yang berumur lebih dari 30 tahun mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mendapat kanker payudara dan resiko ini akan bertambah sampai umur 50 tahun dan setelah menopause.

2. Lokasi geografis dan ras

Eropa Barat dan Amerika Utara : lebih dari 6-10 kali keturunan Amerika Utara perempuan Afrika-Amerika sebelum usia 40 tahun.

3. Status perkawinan

Perempuan tidak menikah 50% lebih sering terkena kanker payudara.

4. Paritas

Wanita yang melahirkan anak pertama setelah usia 30 tahun atau yang belum pernah melahirkan memiliki resiko lebih besar daripada yang melahirkan anak pertama di usia belasan tahun.

5. Riwayat menstruasi

Wanita yang mengalami menstruasi pertama (menarche) pada usia kurang dari 12 tahun memiliki resiko 1,7 hingga 3,4 kali lebih besar daripada wanita dengan menarche yang datang pada usia lebih dari 12 tahun. Wanita dengan menopause terlambat yaitu pada usia lebih dari 50 tahun memiliki resiko 2,5 hingga 5 kali lipat lebih tinggi.

6. Riwayat keluarga

Wanita yang memiliki riwayat keluarga dengan kanker payudara berisiko 2-3 kali lebih besar, sedangkan apabila yang terkena bukan

saudara perempuan maka risiko menjadi 6 kali lebih tinggi.

7. Bentuk tubuh

Obesitas atau setiap penambahan 10 kg maka 80% lebih besar terkena kanker payudara.

8. Penyakit payudara lain

Wanita yang mengalami hiperplasia duktus dan lobules dengan atipia memiliki risiko 8 kali lebih besar terkena kanker payudara.

9. Terpajan radiasi

Peningkatan risiko untuk setiap radiasi pada perempuan muda dan anak-anak bermanifestasi setelah usia 30 tahun.

10. Kanker prima kedua

Dengan kanker ovarium primer, resiko kanker payudara 3-4 kali lebih besar. Dengan kanker endometrium primer resiko kanker payudara 2 kali lebih besar. Dengan kanker colorectal resiko kanker payudara 2 kali lebih besar.

Di bawah ini akan kita uraikan tentang beberapa faktor berdasarkan tingkat resiko terkait dengan kanker payudara yang terdiri dari :

1) Resiko tinggi

- a. Usia lanjut.
- b. Anak pertama lahir sesudah berumur 30 tahun.
- c. Ikatan keluarga dekat (ibu, kakak, bibi dari ibu) menderita kanker payudara.
- d. Riwayat tumor payudara.

- e. Diagnosa sebelumnya kanker payudara.
- 2) Resiko sedang
- a. Menstruasi dini (sebelum umur 12 tahun).
 - b. Menopause lambat (sesudah umur 50 tahun).
 - c. Penggunaan hormon pada gejala menopause.
 - d. Terkena radiasi berlebihan di bawah umur 35 tahun.
 - e. Mempunyai riwayat kanker uterus ovarium atau kolon.
- 3) Kemungkinan beresiko
- a. Penggunaan reserpin prolaktin dalam waktu lama.
 - b. Kegemukan, konsumsi lemak berlebihan.
 - c. Stress psikologik kronik.

2.2.3 Anatomi Fisiologi

1. Anatomi payudara

Secara fisiologi anatomi payudara terdiri dari alveolusi, duktus laktiferus, sinus laktiferus, ampulla, pori paila, dan tepi alveolan. Pengaliran limfa dari payudara kurang lebih 75% ke aksila. Sebagian lagi ke kelenjar parasternal terutama dari bagian yang sentral dan medial dan ada pula pengaliran yang ke kelenjar interpektoralis.

2. Fisiologi payudara

Payudara mengalami tiga perubahan yang dipengaruhi hormon.

- a) Perubahan pertama ialah mulai dari masa hidup anak melalui masa pubertas, masa fertilitas, sampai ke klimakterium dan menopause.

Sejak pubertas pengaruh ekstrogen dan progesteron yang diproduksi ovarium dan juga hormon hipofise, telah menyebabkan duktus berkembang dan timbulnya asinus.

- b) Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur menstruasi. Sekitar hari kedelapan menstruasi payudara jadi lebih besar dan pada beberapa hari sebelum menstruasi berikutnya terjadi pembesaran maksimal. Kadang-kadang timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang menstruasi payudara menjadi tegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik, terutama palpasi, tidak mungkin dilakukan. Pada waktu itu pemeriksaan foto mammogram tidak berguna karena kontras kelenjar terlalu besar. Begitu menstruasi mulai, semuanya berkurang.
- c) Perubahan ketiga terjadi waktu hamil dan menyusui. Pada kehamilan payudara menjadi besar karena epitel duktus lobul dan duktus alveolus berproliferasi, dan tumbuh duktus baru.
3. Sekresi hormon prolaktin dari hipofisis anterior memicu laktasi. Air susu diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus, kemudian dikeluarkan melalui duktus ke puting susu. (Samsuhidajat, 2007, hal : 534-535)

2.2.4 Stadium

| | | | |
|-----------|-----|----|----|
| Tahap 0 | Tis | NO | MO |
| Tahap I | T1 | NO | MO |
| Tahap IIA | TO | N1 | MO |

| | | | |
|------------|-------------|-------------|----|
| | T1 | N1 | MO |
| | T2 | NO | MO |
| Tahap IIB | T2 | N1 | MO |
| | T3 | N1 | MO |
| Tahap IIIA | TO | N2 | MO |
| | T 1 | N2 | MO |
| | T2 | N2 | MO |
| | T3 | N 1 | MO |
| Tahap IIIB | T4 | Sembarang N | MO |
| | Sembarang T | N3 | MO |
| Tahap IV | Sembarang T | Sembarang N | M1 |

Ket:

Tumor Primer (T),

1. TO: Tidak ada bukti tumor primer
2. Tis: Karsinoma insitu: karsinoma intraduktal, karsinoma lobular insitu, atau penyakit paget puting susu dengan atau tanpa tumor
3. T1: Tumor < 2 cm dalam dimensi terbesarnya
4. T2: Tumor > 2 cm tetapi tidak > 5 cm dalam dimensi terbesarnya
5. T3: Tumor > 5 cm dalam dimensi terbesarnya
6. T4: Tumor sembarang ukuran dengan arah perluasan ke dinding dada atau kulit

Nodus Limfe Regional (N)

1. NO: Tidak ada metastasis nodus limfe regional
2. N1: Metastasis ke nodus limfe aksillaris ipsilateral (s) yang dapat ditegakkan
3. N2: Metastasis ke nodus limfe aksillaris ipsilateral (s) terfiksasi pada satu sama lain atau pada struktur lainnya
4. N3: Metastasis ke nodus limfe mamaria internal ipsilateral

Metastasis Jauh

1. M0 : Tidak ada metastasis yang jauh
2. M1 : Metastasis jauh (termasuk metastasis ke nodus limfe supraklavikular ipsilateral)
 - a) Stadium 0 : kanker insitu dimana sel-sel kanker berada pada tempatnya didalam payudara yang normal
 - b) Stadium I : tumor dengan garis tengah kurang dari 2 cm dan belum menyebar keluar payudara
 - c) Stadium II a : tumor-dengan garis tengah 2-5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
 - d) Stadium II b : tumor dengan garis tengah lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
 - e) Stadium III a : tumor dengan garis tengah lebih dari 5 cm dan menyebar ke kelenjar getah bening ketiak disertai perlekatan satu sama lain
 - f) Stadium III b : tumor telah menyusup keluar payudara, yaitu ke

dalam kulit payudara atau dinding dada

- g) Stadium IV : tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada.

2.2.5 Patofisiologi

Kanker payudara sering terjadi pada wanita di atas umur 40-50 tahun, merupakan penyakit yang mempunyai banyak faktor terkait dan tergantung pada tempat lokasi dan jaringan terserang.

Penyebab tidak dapat ditentukan dengan pasti. Ada tiga faktor yang dapat mendukung yaitu hormon, virus dan genetik. Kanker payudara dapat menjalar langsung pada struktur tubuh terdekat atau beranjak oleh emboli sel kanker yang di bawa melalui kelenjar getah bening atau pembuluh darah.

Kelenjar getah bening di axilla, supra clavicula atau mediastinal merupakan tempat penyebaran pertama, sedangkan struktur tubuh lain adalah : paru, hati, tulang belakang dan tulang pelvis.

Diagnosis dini sangat diperlukan untuk keberhasilan pengobatan dan prognosa penyakit ini tergantung dari luasnya daerah yang diserang.

Kanker payudara bukan satu-satunya penyakit tapi banyak, tergantung pada jaringan payudara yang terkena, ketergantungan estrogennya, dan usia permulaannya. Penyakit payudara ganas sebelum menopause berbeda dari penyakit payudara ganas sesudah masa menopause (postmenopause). Respon dan prognosis penanganannya

berbeda dengan berbagai penyakit

Beberapa tumor yang dikenal sebagai "estrogen dependent" mengandung reseptor yang mengikat estradiol, suatu tipe ekstrogen, dan pertumbuhannya dirangsang oleh estrogen. Reseptor ini tidak manual pada jaringan payudara normal atau dalam jaringan dengan displasia. Kehadiran tumor "Estrogen Receptor Assay (ERA)" pada jaringan lebih tinggi dari kanker-kanker payudara hormone dependent. Kanker-kanker ini memberikan respon terhadap hormone treatment (endocrine chemotherapy, oophorectomy, atau adrenalectomy). (Smeltzer, dkk, 2006, hal : 159)

Proses jangka panjang terjadinya kanker ada 4 fase, yaitu:

1. Fase induksi 15 - 30 tahun

Kontak dengan bahan karsinogen membutuhkan waktu bertahun-tahun sampai dapat merubah jaringan displasia menjadi tumor ganas.

2. Fase insitu: 5 - 10 tahun

Terjadi perubahan jaringan menjadi lesi "pre cancerous" yang bisa ditemukan di serviks uteri, rongga mulut, paru, saluran cerna, kulit dan akhirnya juga di payudara.

3. Fase invasi: 1 - 5 tahun

Sel menjadi ganas, berkembang biak dan menginfiltrasi melalui membran sel ke jaringan sekitarnya dan ke pembuluh darah serta limfa.

4. Fase desiminasi: 1 - 5 tahun

Terjadi penyebaran ke tempat lain.

2.2.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala umum yang menjadi keluhan terdiri dari keluhan benjolan atau massa di payudara, rasa sakit, keluar cairan dari puting susu, timbulnya kelainan kulit (*dimpling, kemerahan, ulserasi, peau d'orange*), pembesaran kelenjar getah bening atau tanda metastasis jauh.

Sedangkan jika berdasarkan fasenya tanda dan gejala kanker payudara terdiri dari :

1. Fase awal kanker payudara asimtomatik (tanpa tanda gejala). Tanda dan gejala yang paling umum adalah benjolan dan penebalan pada payudara. Kebanyakan sekitar 90 ditemukan oleh penderita sendiri. Pada stadium dini, kanker payudara tidak menimbulkan keluhan.
2. Fase lanjut
 - a) Bentuk dan ukuran payudara berubah, berbeda dari sebelumnya.
 - b) Luka pada payudara sudah lama tidak sembuh walau sudah diobati.
 - c) Ekstrim pada puting susu dan sekitarnya sudah lama tidak sembuh walau sudah diobati.
 - d) Puting susu sakit, keluar darah, nanah atau cairan encer dari puting atau keluar air susu pada wanita yang sedang hamil atau tidak menyusui.

- e) Putting susu tertarik ke dalam,
 - f) Kulit payudara mengerut seperti kulit jeruk (*peau d'orange*)
3. Metastase luas, berupa
- a) Pembesaran kelenjar getah bening supraklavikula dan servikal.
 - b) Hasil rontgen thorax abnormal dengan atau tanpa efusi pleura.
 - c) Peningkatan alkali fosfatase atau nyeri tulang berkaitan dengan penyebaran ke tulang.
 - d) Fungsi hati abnormal. (USU repository, 2011)

2.2.7 Komplikasi

Komplikasi potensial dari kanker payudara adalah limfederma. Hal ini terjadi jika saluran limfe untuk menjamin aliran balik limfe ke sirkulasi umum tidak berfungsi dengan adekuat. Jika nodus aksilaris dan sistem limfe diangkat, maka sistem kolateral dan aksilaris harus mengambil alih fungsi mereka. Apabila mereka diinstruksikan dengan cermat dan didorong untuk meninggikan, memasase dan melatih lengan yang sakit selama 3-4 bulan.

Dengan melakukan hal ini akan membantu mencegah perubahan bentuk tubuh dan mencegah kemungkinan terbukanya pembengkakan yang menyulitkan.

2.2.8 Penatalaksanaan

Batasan stadium yang masih bisa dioperasi atau diobati adalah stadium IIIA. Sedangkan, terapi pada stadium IIIB dan IV tidak lagi mastektomi, melainkan pengobatan paliatif. Ada beberapa pengobatan kanker payudara yang penerapannya banyak tergantung pada stadium klinik penyakit (Tjindarbumi,2008) yaitu :

1. Pembedahan / operasi

Operasi adalah terapi untuk membuang tumor, memperbaiki komplikasi dan merekonstruksi efek yang ada melalui operasi. Namun tidak semua stadium kanker dapat disembuhkan atau dihilangkan dengan cara ini. Semakin dini kanker payudara ditemukan kemungkinan sembuh dengan operasi semakin besar. Jenis-jenis operasi yang dilakukan untuk mengobati kanker payudara yaitu :

- a) Mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara.
- b) Pengangkatan kelenjar getah bening (KGB) ketiak dilakukan terhadap penderita kanker payudara yang menyebar tetapi besar tumornya $> 2,5$ cm.

2. Radiasi / penyinaran

Radiasi adalah proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar x dan sinar gamma yang bertujuan membunuh sel kanker yang masih tersisa di payudara setelah operasi. (Rasjidi, 2007)

3. Kemoterapi

Kemoterapi adalah pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk pil cair atau kapsul melalui infus yang bertujuan membunuh sel kanker. Tidak hanya sel kanker payudara, tetapi juga di seluruh tubuh (Rasjidi, 2007). Efek dari kemoterapi adalah pasien mengalami mual dan muntah serta rambut rontok karena pengaruh obat-obatan yang diberikan pada saat kemoterapi.

Tindakan operatif tergantung pada stadium kanker yaitu :

- 1) Pada stadium I dan II dilakukan mastektomi radikal, kemudian periksa KGB, bila ada metastasis dilanjutkan dengan radiasi regional kemoterapi ajuvan. Dapat pula dilakukan mastektomi simplek yang harus diikuti radiasi tumor bed dan daerah KGB regional.
- 2) Pada stadium IIIA dilakukan mastektomi radikal ditambah kemoterapi ajuvan, atau mastektomi simplek ditambah radioterapi pada tumor bed dan KGB regional.
- 3) Pada stadium IIIB dilakukan biopsi, insisi dilanjutkan radiasi.
- 4) Pada stadium IV
 - a. Pada pasien premenopause dilakukan ooforektomi bilateral, bila respon positif diberi aminoglutetimid / tamofen. Bila respon negatif berikan kemotrapi CMP/CAF.
 - b. Pada pasien sudah 1-5 menopause periksa efek estrogen.
 - c. Pada pasien pasca menopause berikan obat-obat hormonal

seperti tamoksifen, estrogen, progesterone.

2.2.9 Pemeriksaan penunjang

Menurut Michael D, dkk (2005), pemeriksaan penunjang untuk kanker payudara meliputi :

1. Laboratorium
 - a. Morfologi sel darah
 - b. Laju endap darah
 - c. Tes faal hati
 - d. Tes tumor marker (carsino Embrionyk Antigen/CEA) dalam serum atau plasma
 - e. Pemeriksaan sitologik

Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari putting payudar, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriiasi
2. Mammografi

Pengujian mammae dengan menggunakan sinar untuk mendeteksi secara dini. Memperlihatkan struktur internal mammae untuk mendeteksi kanker yang tidak teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa menopause kurang bermanfaat karena gambaran kanker diantara jaringan kelenjar kurang tampak.
3. Ultrasonografi

Biasanya digunakan untuk mndeteksi luka-luka pada daerah padat

pada mammae ultrasonography berguna untuk membedakan tumor sulit dengan kista. kadang-kadang tampak kista sebesar sampai 2 cm.

4. Thermography

Mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal; dari mammae atau mengidentifikasi pertumbuhan cepat tumor sebagai titik panas karena peningkatan suplay darah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

5. Xerodiography

Memberikan dan memasukkan kontras yang lebih tajam antara pembuluh-pembuluh darah dan jaringan yang padat. Menyatakan peningkatan sirkulasi sekitar sisi tumor.

6. Biopsi

Untuk menentukan secara meyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi.

7. CT. Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carsinoma payudara pada organ lain.

8. Pemeriksaan hematologi

Yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada peredaran darah dengan sendimental dan sentrifugis darah.

2.2.10 Pencegahan

Menurut Tjindarbumi (2008) strategi pencegahan yang paling efektif untuk penyakit tidak menular yaitu promosi kesehatan dan deteksi dini, begitupun pada kanker payudara, pencegahan yang dilakukan antara lain berupa :

1. Pencegahan primer

Pencegahan primer pada kanker payudara merupakan salah satu bentuk promotif kesehatan karena dilakukan pada orang yang sehat melalui upaya menghindarkan diri dari paparan berbagai faktor risiko dan melaksanakan hidup sehat.

2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan terhadap individu yang memiliki risiko untuk terkena kanker payudara. Pencegahan sekunder dilakukan dengan melakukan deteksi dini melalui beberapa metode seperti mammografi.

3. Pencegahan tertier

Pencegahan tertier yaitu pencegahan yang lebih diarahkan kepada individu yang telah positif menderita kanker payudara. Penanganan yang tepat pada kanker payudara sesuai stadiumnya akan dapat mengurangi kecacatan dan memperpanjang harapan hidup penderita. Pencegahan tertier penting untuk meningkatkan kualitas hidup penderita serta mencegah komplikasi penyakit dan meneruskan pengobatan.

- a. Obat penghalang estrogen, tamoksifen yang telah digunakan untuk mengobati pasien kanker diberikan pada orang yang memiliki sejarah kanker payudara dalam keluarganya. Namun ini menimbulkan masalah kontroversi karena menyangkut masalah etika dalam memberikan obat pada seseorang.
- b. Memberikan ASI selama diyakini dapat menolong atau mencegah kanker.
- c. Diet yang seimbang dan baik serta rendah lemak dan gula, dan sebaiknya dilakukan pada masa kanak-kanak.
- d. Sebagian ahli percaya bahwa vitamin A, terutama beta carotene dapat mencegah kanker.

2.2.11 Perawatan dan pembedahan

1. Lumpektomy (pengangkatan benjolan)

Ini hanya bisa dilakukan jika benjolannya kecil. Dalam lumpektomi dilakukan pemotongan kecil dan pengangkatan benjolan serta kira-kira 1-2 cm jaringan yang sehat.

2. Mastektomi sebagian

Dalam mastektomi sebagian berarti pengangkatan lebih dari seperempat payudara, bukan hanya benjolan yang ada di bawahnya.

3. Mastektomi total

Seluruh payudara di angkat, yang tertinggi cuma otot-otot dada di bawahnya dan benjol getah bening.

4. Mastektomi radikal

Ini menjadi kurang umum karena kanker sekarang menjadi di diagnosis pada tahap lebih awal. Hal itu menyangkut pengangkatan benjol getah bening yang ada di ketiak, otot dada dan dalam suatu mastektomi yang diperluas atau mastektomi superradikal, simpul getah bening dalam payudara juga. Operasi ini telah digantikan oleh mastektomi radikal yang telah di modifikasi. Mastektomi radikal yang telah di dimodifikasi operasi ini telah secara luas menggantikan mastektomi radikal karena bisa meninggalkan otot dibawahnya secara utuh.

5. Mastektomi subkutaneus

Istilah ini berarti di bawah kulit dan ini dilakukan dengan memakai implantasi silikon.

Menurut Brunner & Suddarth (2006) mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara baik itu sebagian atau keseluruhan payudara, ada 3 jenis mastektomi yaitu :

a. Modified radical mastectomy

Yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara, otot pectoralis mayor dan minor dibawahnya, serta benjolan di sekitar ketiak.

Mastektomi ini dilakukan pada kanker dengan stadium III karena sudah ada penjaran limfonodi namun belum ada metastasis jauh.

b. Total (simple) mastectomy

Yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara saja, tetapi bukan kelenjar di ketiak. Mastektomi ini dilakukan pada kanker stadium II dengan ukuran tumor 5 cm, tidak ada penjaran limfonodi yang menetap maupun metastasis jauh.

c. Partial mastectomy

Yaitu operasi pengangkatan sebagian dari payudara. Biasanya disebut lumpectomy, yaitu pengangkatan hanya pada jaringan yang mengandung sel kanker, bukan seluruh payudara. Operasi ini selalu diikuti dengan pemberian radioterapi. Biasanya lumpectomy di rekomendasikan pada pasien kanker stadium awal 0 sampai 1 yang besar tumornya kurang dari 2 cm dan letaknya di pinggir payudara.

Sebelum dilakukan pembedahan, terlebih dahulu disusun perencanaan tentang insisi yang akan dibuat sehingga pengangkatan tumor dan nodus yang terkena maksimal. Pada waktu yang bersamaan dilakukan juga upaya untuk menghindari terbentuknya jaringan parut yang kemungkinan bisa muncul. Setelah tumor diangkat, titik perdarahan diligasi dan kulit ditutup di atas dinding dada. Tandur kulit dilakukan jika flap kulit terlalu kecil untuk menutup luka. Balutan yang tak melekat mungkin dipasang dan ditutupi dengan balutan tekanan. Dua buah drainase dipasang pada aksila dan dibawah flap kulit superior dan alat

pengisap portable digunakan untuk keperluan drainase. (Brunner & Suddarth, 2006)

Pada periode pascaoperasi, pasien dapat mengalami baik efek fisik maupun psikologis. Infeksi atau suatu pengumpulan cairan serosasanguinosa (seroma) dan darah (hematoma) dapat terjadi di tempat insisi. Selain itu, trauma saraf dengan akibat sensasi phantom payudara dapat terjadi selama masa pemulihan dan selama beberapa tahun setelah mastektomi. Kerusakan mobilitas lengan dan bahu serta kekuatan dinding dada dapat terjadi akibat terganggunya drainase limfatik dan venosa. Secara psikologis, kehilangan payudara dapat mengakibatkan kerusakan citra tubuh dan konsep diri. Kekhawatiran psikososial utama termasuk ketidakpastian tentang masa depan, ketakutan akan kekambuhan, dan dampak kanker payudara serta pengobatannya pada keluarga dan aktivitas pekerjaan (Brunner & Suddarth, 2006).

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 dapat dipakai dalam mengumpulkan data antara lain adalah :

- a. Berupa quisioner
- b. Daftar ceklis
- 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 luas kesanggupan bantuan perawat yang dapat dilakukan.
- e. Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang menjadi jaringan perawat (Setiadi, 2008)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

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

Tahap dalam diagnosa keperawatan keluarga antara lain :

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.

- 1) Cara analisa data adalah:
 - a. Validasi data, yaitu meliputi meneliti kembali data yang terkumpul dalam format pengkajian.
 - b. Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan biopsiko-sosial dan spiritual.
 - c. Membandingkan dengan standart.
 - d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.

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

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.

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/ simpton.

1. Masalah

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

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 (darnpak adanya orang yang sakit terhadap keluarga).

- e. Potensi peningkatan menjadi orang tua.
 - f. Perubahan menjadi orang tua (krisis menjadi orang tua).
 - g. Perubahan penampilan peran.
 - h. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah.
 - i. Gangguan citra tubuh.
- 4) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi afektif.
- a. Perubahan proses peran.
 - b. Perubahan menjadi orang tua.
 - c. Potensial peningkatan menjadi orang tua.
 - d. Berduka yang diantisipasi.
 - e. Koping keluarga tidak efektif, menurun.
 - 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. Ketidapatuhan.
 - m. Gangguan identitas pribadi.
- 6) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi perawatan kesehatan.
- a. Perubahan pemeliharaan kesehatan.
 - b. Potensial peningkatan pemeliharaan kesehatan.
 - c. Perilaku mencari pertolongan kesehatan.
 - d. Ketidakefektifan pelaksanaan aturan terapeutik keluarga.
 - e. Resiko terhadap penularan penyakit.
- 7) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah koping.
- a. Potensial peningkatan koping keluarga.
 - b. Koping keluarga tidak efektif, menurun.
 - c. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan.
 - d. Resiko terhadap tindakan kekerasan.

2. Penyebab (etiologi)

Faktor yang berhubungan yang dapat dicerminkan dalam respon fisiologi yang dipengaruhi oleh unsur psikososial, spritual, dan faktor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab ataupun faktor resiko.

Dikeperawatan keluarga etiologi ini mengacu kepada 5 tugas keluarga, yaitu:

- 1) Mengenal 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)

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 di klinik yang dapat dibedakan menjadi 5 kategori yaitu:

1) Aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)

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

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

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

2) Resiko (ancaman kesehatan)

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

3) Wellness (keadaan sejahtera)

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

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

- a. Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.

b. Adanya status dan fungsi yang afektif.

4) Sindrom

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

a. 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

————— X **Bobot**

Angka

tertinggi

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

Tabel 2.1 Skala Bailon dan Maglaya

| No. | Kriteria | Nilai | Bobot |
|-----|--|-------------|-------|
| 1. | Sifat masalah <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak atau kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Keadaan sejahtera | 3 2 1 | 2 |
| 2. | Kemungkinan masalah dapat diubah <ol style="list-style-type: none"> a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat | 2 1 0 | 2 |
| 3. | Potensi masalah dapat dicagah <ol style="list-style-type: none"> a. Tinggi b. Cukup | 3 2 | 1 |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | c. Rendah | 1 | |
| 4. | Menonjolkan masalah | | |
| | a. Masalah berat harus segera ditangani | 2 | |
| | 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 pemarah
- 10) Riwayat persalinan sulit.

11) Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal.

12) Imunisasi anak yang tidak lengkap.

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 Kanker Payudara

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. (Padila, 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. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang.

Dampak dari ketidakmampuan keluarga membuat seseorang tidak memeriksakan diri ke dokter dan fasilitas kesehatan lainnya serta keluarga memilih makanan tanpa memperhatikan kandungan gizi dengan makan dengan porsi yang banyak agar kenyang.

- 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. 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

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

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.

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

Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga adalah yang bertentangan dengan masalah kanker payudara seperti halnya berobat alternatif dan bukan pada petugas kesehatan.

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. Mengetahui masalah kesehatan

Ketidakmampuan keluarga mengetahui masalah kesehatan, yaitu sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah, kemampuan keluarga dapat mengetahui masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan keperawatan, karena kanker payudara memerlukan perawatan yang khusus dan penanganan lebih lanjut agar sel kanker tidak bermetastasis ke jaringan yang lain. Jadi disini keluarga perlu tahu bagaimana cara pengobatan dan perawatan kanker payudara.

b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, yang perlu dikaji adalah bagaimana keluarga mengambil keputusan apabila anggota

keluarga menderita kanker payudara. Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat akan mendukung kesembuhan.

- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang menderita penyakit kanker payudara.

- 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 kanker payudara. 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. Biasanya karena faktor ekonomi orang segan untuk mencari pertolongan dokter ataupun petugas kesehatan.

9. Stres 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 yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi / stressor

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

3) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stres.

4) Strategi adaptasi disfungsional

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

10. Pemeriksaan Fisik

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

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 menderita kanker payudara adalah sebagai berikut: (NANDA, 2005)

1. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit kanker payudara berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
2. Resiko tinggi ketidakefektifan penatalaksanaan perawatan luka kanker payudara berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
3. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
4. Perubahan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.
5. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan adanya perubahan penampilan fisik yang berdampak pada kehidupan sehari-hari di lingkungan sekitar maupun di dalam keluarga.

2.4.3 Prioritas dari diagnosa keperawatan yang ditemukan

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

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

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

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

Jumlahkan skor untuk semua kriteria

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

Tabel 2.2 Prioritas diagnosa keperawatan

| No | Kriteria | Nilai | Bobot |
|----|----------------------------------|-------|-------|
| 1. | Sifat masalah | | |
| | a. Tidak atau kurang sehat | 3 | |
| | b. Ancaman kesehatan | 2 | 1 |
| | c. Keadaan sejahtera | 1 | |
| 2. | Kemungkinan masalah dapat diubah | | |
| | a. Mudah | 2 | |
| | b. Sebagian | 1 | 2 |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | c. Tidak dapat | 0 | |
| 3. | Potensi masalah dapat dicegah | | |
| | a. Tinggi | 3 | |
| | b. Cukup | 2 | 1 |
| | c. Rendah | 1 | |
| 4. | Menonjolnya masalah | | |
| | a. Masalah berat harus segera ditangani | 2 | |
| | b. Ada masalah tetapi tidak perlu segera 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 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 pemaarah
 - 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

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan keperawatan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi. (Setiadi, 2008)

1. Rencana tindakan untuk diagnosa 1

Kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit kanker payudara berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

1) Tujuan

Keluarga dapat memahami dan lebih mengerti tentang penyakit kanker payudara.

2) Kriteria Hasil

Respon verbal, afektif, psikomotor

a. Verbal

Keluarga mengatakan mengetahui tentang penyakit kanker payudara.

b. Afektif

Keluarga mampu menjelaskan tentang cara penatalaksanaan pada penyakit kanker payudara.

c. Psikomotor

Keluarga mau mencari informasi lebih tentang penyakit kanker payudara serta penatalaksanaan pada penyakit kanker payudara.

3) Rencana tindakan

a. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik.

b. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit kanker payudara.

c. Berikan HE tentang pengertian kanker payudara, tanda dan gejala, penyebab serta cara pengobatannya.

d. Berikan kesempatan pada keluarga untuk menjelaskan kembali apa saja akibat jika penyakit kanker payudara tidak dilakukan pengobatan secara rutin.

e. Anjurkan keluarga untuk tetap melakukan pengobatan medis selain menjalani pengobatan alternatif.

4) Rasional

a. Diharapkan hubungan antara klien dan perawat dapat terjalin dengan baik.

b. Diharapkan keluarga mengetahui tentang kanker payudara.

- c. Diharapkan keluarga mengetahui tentang pengertian, tanda dan gejala, serta penyebab kanker payudara.
- d. Diharapkan keluarga mampu menjelaskan akibat dari pengobatan kanker payudara yang tidak dilakukan secara rutin.
- e. Diharapkan keluarga mengetahui pentingnya dilakukan pengobatan medis pada penyakit kanker payudara agar terhindar dari resiko komplikasi.

2. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 2

Resiko tinggi ketidakefektifan penatalaksanaan perawatan luka kanker payudara berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

1) Tujuan

Klien dan keluarga mampu melakukan perawatan luka kanker payudara secara rutin dengan benar.

2) Kriteria Hasil

Respon verbal, afektif, psikomotor

a. Verbal

Keluarga dapat menyebutkan dampak apa yang terjadi jika tidak melakukan perawatan luka kanker payudara.

b. Afektif

Keluarga mampu menyampaikan bagaimana cara merawat

luka klien dengan benar.

c. Psikomotor

Keluarga mau melakukan usaha untuk meminimalkan risiko infeksi dengan melakukan perawatan luka secara rutin dengan benar.

3) Rencana tindakan

- a. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang perawatan luka pada penyakit kanker payudara.
- b. Mengkaji tanda-tanda infeksi pada daerah sekitar luka.
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan luka dengan benar dan mencegah perluasan luka.
- d. Motivasi keluarga untuk selalu memantau keadaan luka serta rutin dalam melakukan perawatan luka. (min. 1 x sehari)
- e. Anjurkan keluarga dan klien untuk selalu menjaga kebersihan pada daerah sekitar luka payudara.

4) Rasional

- a. Diharapkan dapat diketahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang perawatan luka pada penyakit kanker payudara.
- b. Diharapkan keluarga mengetahui tentang tanda-tanda infeksi.
- c. Diharapkan keluarga dapat memahami cara perawatan luka dan mencegah terjadinya perluasan pada daerah sekitar luka.

- d. Diharapkan keluarga selalu memantau dan memperhatikan keadaan luka klien serta rutin dalam melakukan perawatan luka agar terhindar dari resiko infeksi.
- e. Dengan menjaga kebersihan daerah sekitar luka, dapat meminimalkan resiko timbulnya infeksi.

3. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 3

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

1) Tujuan

Resiko infeksi pada daerah sekitar luka tidak terjadi.

2) Kriteria Hasil Respon verbal, afektif, psikomotor

a. Verbal

Keluarga dapat mengetahui resiko terjadinya infeksi jika tidak dilakukannya perawatan pada klien dengan penyakit kanker payudara.

b. Afektif

Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan pengobatan yang tepat dalam penanganan penyakit kanker payudara.

c. Psikomotor

Keluarga mampu melakukan usaha untuk selalu kontrol dan

berobat di puskesmas atau rumah sakit terdekat.

3) Rencana tindakan

- a. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan penyakit kanker payudara.
- b. Anjurkan keluarga untuk merawat luka setiap hari.
- c. Jelaskan pada keluarga komplikasi yang terjadi bila penderita kanker payudara tidak melakukan perawatan luka secara rutin dan teratur.
- d. Berikan penjelasan kepada keluarga tentang pentingnya perawatan luka dan manfaat dari perawatan luka secara benar.
- e. Anjurkan klien selalu berobat secara rutin agar jaringan sel kanker tidak menyebar ke bagian tubuh yang lain.

4) Rasional

- a. Dengan mengkaji tingkat pengetahuan keluarga diharapkan dapat diketahui sejauh mana keluarga mengetahui tentang perawatan luka kanker payudara.
- b. Dengan perawatan luka setiap hari diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi.
- c. Dengan memberikan penjelasan kepada keluarga, diharapkan keluarga mengerti tentang komplikasi yang terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka dan pemeriksaan secara rutin dan benar.

- d. Dengan memberikan penjelasan perawatan luka dan manfaat dari perawatan luka, keluarga mampu menerapkan tindakan perawatan luka dengan benar.
 - e. Diharapkan dengan berobat secara teratur, penyakit bisa segera disembuhkan dan keadaan klien membaik.
4. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 4
- Perubahan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.
- 1) Tujuan
 - Keluarga mampu memelihara kesehatan pada anggota keluarga yang sakit dengan lebih baik.
 - 2) Kriteria Hasil
 - Respon verbal, afektif, psikomotor
 - a. Verbal
 - Keluarga mau menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dengan tepat dan mampu menyebutkan manfaat datang ke pelayanan kesehatan terdekat.
 - b. Afektif
 - Keluarga dapat menentukan sikap agar klien selalu kontrol secara rutin ke pelayanan kesehatan terdekat minimal 1 bulan sekali.

c. Psikomotor

Keluarga mampu untuk merubah pola hidup dengan selalu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan.

3) Rencana tindakan

a. Mengkaji tingkat sosial ekonomi keluarga.

b. Berikan penjelasan kepada keluarga tentang adanya dana sehat di puskesmas.

c. Motivasi keluarga untuk selalu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit.

4) Rasional

a. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan ekonomi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.

b. Diharapkan keluarga mengerti dan mau mengambil keputusan untuk berobat ke puskesmas atau rumah sakit terdekat.

c. Diharapkan keluarga lebih mementingkan kesehatan anggota keluarganya dengan cara berobat ke pelayanan kesehatan terdekat jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit.

5. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 5

Gangguan citra tubuh berhubungan dengan adanya perubahan

penampilan fisik yang berdampak pada kehidupan sehari-hari di lingkungan sekitar maupun di dalam keluarga.

1) Tujuan

Keluarga mampu menerima kondisi klien apa adanya dengan ikhlas dan menganggap bahwa hal ini merupakan cobaan dari Tuhan.

2) Kriteria Hasil

Respon verbal, afektif, psikomotor

a. Verbal

Keluarga mau memotivasi klien untuk menerima keadaan penyakitnya dengan memberikan perhatian terhadap kondisi kesehatan klien saat ini.

b. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap untuk selalu meyakinkan dan memotivasi klien agar tidak malu dengan adanya perubahan penampilan fisik.

c. Psikomotor

Keluarga mampu melakukan usaha untuk membuat klien tidak merubah perilakunya dalam kehidupan sehari-hari akan dampak perubahan penampilan fisik klien yang terjadi karena penyakitnya.

3) Rencana tindakan

a. Mengkaji klien terhadap penyakit yang saat ini dialaminya.

- b. Memotivasi keluarga untuk selalu memberikan perhatian yang lebih dan selalu menjaga kondisi fisik klien.
 - c. Memberikan dukungan kepada keluarga dan terutama kepada klien bahwa penyakit yang dialaminya saat ini adalah cobaan dari Tuhan dan menentukan bagaimana sikap untuk menerimanya dengan sabar dan ikhlas.
- 4) Rasional
- a. Untuk mengetahui dampak apa yang terjadi pada klien dengan perubahan penampilan fisik yang terjadi yang disebabkan oleh penyakit kanker payudara.
 - b. Dengan memberikan motivasi kepada keluarga diharapkan keluarga mampu lebih memperhatikan kondisi keadaan klien saat ini yang butuh lebih banyak dukungan dari keluarga itu sendiri agar klien mampu menerima perubahan kondisi fisiknya saat ini.
 - c. Diharapkan keluarga mau menerima kondisi fisik klien dengan lapang dada dan selalu tetap bersyukur dengan cobaan yang dialami oleh salah satu anggota keluarganya yang menderita kanker payudara

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

Penilaian perawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan perawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien.

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.

(Nikmatur, 2012)