

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Medis

2.1.1 Pengertian Tuberkulosis

TB atau Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *micro tuberculosis* yang dapat menular melalui percikan dahak. Tuberkulosis bukan penyakit keturunan atau kutukan dan dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur, diawasi oleh Pengawasan Minum Obat (PMO). Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB. Sebagian besar kuman TB menyerang paru tetapi bisa juga organ tubuh lainnya. (Depkes RI, 2017)

2.1.2 Klasifikasi Penyakit Dan Tipe Pasien

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien tuberkulosis memerlukan suatu “definisi kasus” yang meliputi empat hal , yaitu: (Depkes RI, 2015)

1. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh (anatomical site) yang terkena:

a. Tuberkulosis paru

Tuberculosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.

b. Tuberkulosis ekstra paru

Tuberculosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. Pasien dengan TB paru dan TB ekstraparu diklasifikasikan sebagai TB paru

2. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, keadaan ini terutama ditujukan pada TB Paru:
 - a. Tuberkulosis paru BTA positif.
 - 1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif
 - 2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
 - 3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
 - 4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
 - b. Tuberkulosis paru BTA negatif Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:
 - 1) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative Foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran tuberkulosis.
 - 2) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif.
 - 3) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.
 - c. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit
 - 1) TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat

bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses “far advanced”), dan atau keadaan umum pasien buruk.

2) TB ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:

- a) TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, leiritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.
- b) TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.

d. Klasifikasi berdasarkan tipe pasien

Tipe pasien ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya.

Ada beberapa tipe pasien yaitu:

a. Kasus baru

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

b. Kasus kambuh (Relaps)

Merupakan pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

c. Kasus setelah putus berobat (Default)

Merupakan pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

d. Kasus setelah gagal (failure)

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

e. Kasus Pindahan (Transfer In)

Merupakan pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.

f. Kasus lain :

Merupakan semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk Kasus Kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

2.1.3 Etiologi

Penyebab dari penyakit ini adalah *Mycobacterium tuberculosis*. Ukuran dari bakteri ini cukup kecil yaitu 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron dan bentuk dari bakteri ini yaitu batang, tipis, lurus atau agak bengkok, bergranul, tidak mempunyai selubung tetapi kuman ini mempunyai lapisan luar yang tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam mikolat). Bakteri ini dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol sehingga sering disebut dengan bakteri tahan asam (BTA). Selain itu bakteri ini juga tahan terhadap suasana kering dan dingin. Bakteri ini dapat bertahan pada kondisi rumah atau lingkungan yang lembab dan gelap bisa sampai berbulan-bulan namun

bakteri ini tidak tahan atau dapat mati apabila terkena sinar, matahari atau aliran udara (Widoyono,2011).

2.1.4 Cara Penularan

Menurut *Depkes* 2011 sumber penularan adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpapar kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

2.1.5 Patofisiologis

Bakteri *microbakterium tuberkulosa* menyebar melalui udara dari inhalasi droplet yang berasal dari orang terinfeksi. Bakteri ini biasanya masuk pada saluran pernafasan, pencernaan, dan luka terbuka pada kulit. Jika bakteri tersebut terhirup oleh orang normal melalui saluran pernafasan maka bakteri tersebut akan menempel pada paru, lalu imun tubuh manusia tersebut akan melawan bakteri tuberculosis jika imun tubuh kuat maka akan dibersihkan oleh makrofag lalu keluar bersama secret, sedangkan jika imun tubuh tidak

kuat maka bakteri tersebut akan menetap di jaringan paru sehingga akan terjadi proses peradangan pada paru.

Proses ini mengakibatkan pengeluaran zat pyrogen dan mempengaruhi hypothalamus dan nantinya akan mempengaruhi sel point yang menyebabkan hipertermi, selain itu proses ini juga menyebabkan bakteri semakin berkembang dan tumbuh di sitoplasma makrofag, mengakibatkan lesi primer paru (focus gohn) dan akan menjadi kompleks ghon, bakter tersebut juga dapat menyebar ke organ lain seperti saluran pencernaan, tulang, dll.

Bakteri akan terus berkembang dan menghancurkan jaringan ikat yang akan mengakibatkan nekrosis sehingga penderita akan mengalami batuk secara terus menerus, jika penderita kurang menerima informasi maka penderita tidak tau tentang etika batuk dan akan menular ke orang lain yang ada disekitarnya. Bakteri tersebut juga akan membuat kerusakan pada membrane alveolar, sputum akan terbentuk secara berlebihan dan menyebabkan ketidak efektifan bersihan jalan nafas pada si penderita selain itu alveolus mengalami konsolidasi dan eksudasi hal ini akan menyebabkan si penderita mengalami gangguan pertukaran gas.

2.1.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut Nurarif,&Hardi, 2013 adalah

1. Demam 40-41°C, serta ada batuk/batuk darah
2. Sesak napas dan nyeri dada
3. Malaise, keringat malam
4. Suara khas pada perkusi dada, bunyi dada
5. Peningkatan sel darah putih dengan dominasi limfosit

Sedangkan tanda dan gejala TB pada anak adalah

1. Berkurangnya BB 2 bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas atau gagal tumbuh.
2. Demam tanpa sebab jelas, terutama jika berlanjut sampai 2 minggu.
3. Batuk kronik \geq 3 minggu, dengan atau tanpa wheeze.
4. Riwayat kontak dengan pasien TB paru dewasa.
5. Semua anak dengan reaksi cepat BCG (reaksi lokal timbul $<$ 7 hari setelah penyuntikan) harus dievaluasi dengan system scoring TB anak.
6. Anak dengan TB jika jumlah skor \geq 6 (skor maksimal 13)
7. Pasien usia balita yang mendapat skor 5, dirujuk kerumah sakit untuk evaluasi lebih lanjut

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada klien dengan TB paru, yaitu:

1. Pemeriksaan sputum BTA

Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan sewaktu-pagi-sewaktu (SPS) (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

2. Pemeriksaan fisik

Menurut Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2006, Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan kelainan dengan mendengarkan suara nafas dengan menggunakan stetoskop, ditemukan antara lain

suara napas bronkial, amforik, suara napas melemah, ronki basah, dan pada tanda lain adalah penarikan paru, diafragma & mediastinum

3. Pemeriksaan radiology: Rontgen thorax PA dan lateral

Gambaran foto thorax yang menunjang diagnosis TB, yaitu:

- a. Bayangan lesi terletak di lapangan paru atas atau segment apical lobus bawah
- b. Bayangan berwarna (patchy) atau bercak (nodular)
- c. Adanya kavitas, tunggal atau ganda
- d. Kelainan bilateral terutama di lapangan atas paru
- e. Adanya klasifikasi
- f. Bayangan menetap pada foto ulang beberapa minggu kemudian
- g. Bayangan millie

2.1.8 Penatalaksanaan

Pengobatan TB paru bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT).

Pengobatan tuberkulosis dilakukan sesuai prinsip pengobatan, OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi dengan beberapa jenis obat dalam dosis tepat dan sesuai dengan kategori pengobatan, dan untuk menjamin kepatuhan pasien dalam pengobatan, dilakukan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO).

1. Tahap pengobatan TBC Menurut Depkes 2015 yaitu:

a. Tahap awal (intensif)

Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

b. Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister sehingga mencegah terjadinya kekambuhan

2. Jenis, sifat dan dosis OAT

Tabel 2.1 Jenis, sifat dan dosis OAT

Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasi (mg/kg)	
		Harian	3x seminggu
Isoniazid (H)	Bakterisid	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin (R)	Bakterisid	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamide (Z)	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
Streptomycin (S)	Bakterisid	15 (12-18)	15 (12-18)
Ethambutol (E)	Bakteriostatik	15 (15-20)	30 (20-35)

Menurut Depkes 2015, Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia:

a. Kategori 1 : 2(HRZE)/4(HR)3.

Penjelasannya adalah Selama 2 bulan minum HRZE obat Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol setiap hari (tahap intensif) dan 4

bulan selanjutnya minum (HR)3 obat Isoniazid dan Rifampisin tiga kali dalam seminggu (tahap lanjutan)

b. Kategori 2 : 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3.

Penjelasannya adalah Tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan HRZES obat Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol, Streptomycin setiap hari. Dilanjutkan 1 bulan dengan HRZE obat Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol setiap hari. Tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE obat Isoniazid, Rifampisin, dan Etambutol yang diberikan tiga kali dalam seminggu.

c. Kategori Anak: 2HRZ/4HR

Penjelasannya adalah Selama 2 bulan minum HRZ obat Isoniazid(H), Rifampisin(R), Pirazinamid(Z), lalu dilanjutkan 4 bulan minum HR obat Isoniazid(H), Rifampisin(R).

3. Panduan OAT

Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT), sedangkan kategori anak sementara ini disediakan dalam bentuk OAT kombipak Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien.

a. Paket Kombipak.

Terdiri dari obat lepas yang dikemas dalam satu paket, yaitu Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol. Paduan OAT ini

disediakan program untuk mengatasi pasien yang mengalami efek samping OAT KDT.

Paduan OAT ini disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu (1) paket untuk satu (1) pasien dalam satu (1) masa pengobatan.

- b. KDT mempunyai beberapa keuntungan dalam pengobatan TB:
- 1) Dosis obat dapat disesuaikan dengan berat badan sehingga menjamin efektifitas obat dan mengurangi efek samping.
 - 2) Mencegah penggunaan obat tunggal sehingga menurunkan resiko terjadinya resistensi obat ganda dan mengurangi kesalahan penulisan resep
 - 3) Jumlah tablet yang ditelan jauh lebih sedikit sehingga pemberian obat menjadi sederhana dan meningkatkan kepatuhan pasien.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi pada penderita tuberkulosis stadium lanjut (Depkes RI, 2011) :

1. Hemoptosis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
2. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronkial.
3. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.

4. Pneumotorak (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan : kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
5. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, ginjal dan sebagainya.
6. insufisiensi Kardio Pulmoner (Cardio Pulmonary Insufficiency)

2.2 Teori Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

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

2.2.2 Ciri-ciri keluarga

Ciri keluarga Indonesia menurut Padila (2012):

1. Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
2. Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.
3. Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah.
4. Berbentuk monogram.
5. Bertanggung jawab.
6. Mempunyai semangat gotong royong.

2.2.3 Tipe/Bentuk Keluarga

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

1. Secara tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

- a. Keluarga inti (*nuclear family*)

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (anak kandung atau anak angkat).

- b. Keluarga besar (*extended family*)

Keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah misalnya kakek, nenek, paman, bibi atau keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti keluarga nuclear family disertai paman, tante, orang tua (kakek-nenek) dan keponakan.

2. Secara modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain diatas adalah:

- a. Tradisional nuclear

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

b. *Reconstituted nuclear*

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

c. *Niddle age/ Aging couple*

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

d. *Dyanic nuclear*

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

e. *Single paren*

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

f. *Dual carrier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

g. *Commuter married*

Suami/ istri atau keduanya orang karir 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*

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

j. *Institutional*

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

k. *Communal*

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

l. *Group marriage*

Yaitu suatu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunan didalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

2.2.4 Struktur Keluarga

Menurut Friedman (2010) struktur keluarga terdiri atas:

1. Pola komunikasi

Pola komunikasi keluarga sebagai suatu simbolis, proses transaksional menciptakan dan membagi arti dalam keluarga. Seperti halnya setiap orang mempunyai gaya komunikasi yang berbeda, begitu pula setiap keluarga mempunyai gaya dan pola komunikasi yang unik. Komunikasi yang jelas dan fungsional antara anggota keluarga merupakan alat yang penting untuk mempertahankan lingkungan yang kondusif yang diperlukan untuk mengembangkan perasaan berharga dan harga diri serta menginternalisasikannya. Sebaliknya komunikasi yang tidak jelas diyakini sebagai penyebab utama fungsi keluarga yang buruk.

2. Struktur kekuasaan

Kekuasaan merupakan kemampuan (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah orang lain kearah positif. Kekuasaan selalu melibatkan hubungan interpersonal yang tidak simetris. Salah seorang yang berinteraksi memiliki pengaruh/kendali yang lebih besar dalam suatu hubungan. Kekuasaan dimanifestasikan melalui proses pembuatan keputusan dalam keluarga. Pembuatan keputusan dan kekuasaan keluarga pada umumnya lebih sering dilakukan secara bersama dalam keluarga saat ini dan masa lampau.

3. Struktur peran

Peran adalah perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu, posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial. Serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai istri, suami atau anak.

4. Nilai atau norma keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma peraturan. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat sistem nilai dalam keluarga, budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

2.2.5 Fungsi Pokok Keluarga

Menurut Friedman (2010) fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga terdapat dalam fungsi keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi biologis, adalah fungsi yang bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak-anak untuk kelanjutan generasi seterusnya.
4. Fungsi psikologis, adalah fungsi yang terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.
5. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
6. Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

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

2.2.6 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Menurut Friedman (2010) mengemukakan bahwa kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari lima tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Adapun lima tugas kesehatan keluarga tersebut meliputi:

1. Mengetahui masalah kesehatan keluarga
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat
5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

2.2.7 Peran Perawat Keluarga

Menurut Muhlisin (2012) mengemukakan bahwa perawat kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan pada keluarga sebagai unit pelayanan untuk mewujudkan keluarga yang sehat. Fungsi perawat, membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga. Peran perawat dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga antara lain:

1. Pendidik

Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga.

2. Koordinator

Koordinator diperlukan pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai. Koordinasi juga sangat diperlukan untuk mengatur program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin ilmu agar tidak terjadi tumpang tindih dan pengulangan.

3. Pelaksana

Perawat yang bekerja dengan pasien dan keluarga baik di rumah klinik maupun di rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung. Kontak pertama perawat kepada keluarga melalui anggota keluarga yang sakit. Perawat dapat mendemonstrasikan kepada keluarga asuhan keperawatan yang diberikan dengan harapan keluarga nanti dapat melakukan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit.

4. Pengawas Kesehatan

Sebagai pengawas kesehatan perawat harus melakukan "*home visit*" atau kunjungan rumah yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan tentang kesehatan keluarga.

5. Konsultan (penasehat)

Perawat sebagai narasumber bagi keluarga didalam mengatasi masalah kesehatan. Agar keluarga mau meminta nasehat kepada perawat maka hubungan perawat-keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya.

6. Kolaborasi

Perawat juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.

7. Fasilitator

Peran perawat keluarga disini adalah membantu keluarga didalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Kendala yang sering dialami keluarga adalah keraguan didalam menggunakan pelayanan kesehatan, masalah ekonomi, dan sosial budaya. Agar dapat melaksanakan peran fasilitator dengan baik maka perawat keluarga harus mengetahui sistem pelayanan kesehatan, misalnya sistem rujukan dan dana sehat.

8. Penemu kasus

Peran perawat keluarga yang juga sangat penting adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan atau wabah.

9. Modifikasi lingkungan

Perawat keluarga juga harus dapat memodifikasi lingkungan masyarakat agar dapat tercipta lingkungan yang sehat.

2.2.8 Tugas Perkembangan Keluarga

Terdapat tahapan-tahapan didalam siklus kehidupan keluarga, seperti halnya individu-individu yang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan secara terus menerus. Menurut Duval (dalam Padila, 2012) mengemukakan bahwa

terdapat delapan tahap siklus kehidupan keluarga beserta tugas perkembangannya adalah sebagai berikut:

1. Tahap keluarga pemula (*beginning family*)

Keluarga baru/ pasangan yang belum memiliki anak. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- b. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- c. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
- d. Menetapkan tujuan bersama
- e. Persiapan menjadi orang tua
- f. Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).

2. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*child bearing*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan. Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- a. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dalam keluarga)
- b. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- c. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- d. Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek, dan nenek
- e. Bimbingan orangtua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
- f. Konseling KB post partum 6 minggu

- g. Menata ruang untuk anak
- h. Menyiapkan biaya *Child bearing*
- i. Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga
- j. Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

3. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan – 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
- b. Mensosialisasikan anak
- c. Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
- d. Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
- e. Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
- f. Pembagian tanggung jawab
- g. Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

4. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 6 – 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat

- b. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- c. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
- d. Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- e. Menyediakan aktivitas untuk anak.

5. Tahap keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13 – 20 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika menjadi dewasa dan semakin mandiri
- b. Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
- c. Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
- d. Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.

6. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga:

- a. Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
- b. Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- c. Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
- d. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- e. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya

f. Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

7. Tahap keluarga usia pertengahan

Tugas perkembangan keluarga:

- a. Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- b. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak
- c. Memperkokoh hubungan perkawinan
- d. Persiapan masa tua/ pensiun.

8. Tahap keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga:

- a. Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- b. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- c. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- d. Mempertahankan hubungan perkawinan
- e. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- f. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- g. Melakukan *life review* masa lalu.

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Tuberkulosis

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai

sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga (Setiadi, 2008). Pengumpulan data pada keluarga dapat dilakukan dengan cara wawancara, pengamatan, studi dokumentasi, dan pemeriksaan fisik.

a. Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data yang perlu dikaji adalah:

1) Data umum

a) Identitas kepala keluarga

Terdiri dari nama, umur, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, alamat, serta nomor telpon yang cukup jelas dari kepala keluarga.

b) Komposisi keluarga

Komposisi ini biasanya terdiri dari nama, jenis kelamin, hubungan dengan KK, umur, pendidikan dan status imunisasi dari masing-masing anggota keluarga yang dibuat dalam bentuk tabel untuk memudahkan pengamatan

Tabel 2.2 Komposisi Keluarga

No	Nama	L/ P	Hub. Dgn KK	Umur	Pendi- kan	Status Imunisasi					Ke- t
						BCG	Polio	DPT	Hepatitis	Campak	

c) Genogram

simbol-simbol yang dipakai dalam pembuatan genogram untuk menggambarkan susunan keluarga. Adapun simbol-simbol tersebut adalah sebagai berikut:

: laki-laki

- : perempuan
- ☒ : meninggal
- ⊗ : meninggal
- : tinggal serumah
- ↗ : pasien

d) Tipe keluarga

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

e) Suku bangsa (etnis)

Menjelaskan tentang latar belakang etnis keluarga, tempat tinggal keluarga, kegiatan-kegiatan keagamaan, sosial, budaya, rekreasi, pendidikan, kebiasaan-kebiasaan diet dan berbusana, struktur kekuasaan keluarga tradisional atau modern, penggunaan jasa-jasa perawatan kesehatan keluarga dan praktisi, serta penggunaan bahasa sehari-hari di rumah.

f) Agama dan kepercayaan

Menjelaskan tentang apakah anggota keluarga berbeda dalam praktik keyakinan atau tidak, seberapa aktif keluarga terlibat dalam kegiatan agama, keluarga menganut agama apa, kepercayaan dan nilai keagamaan yang dianut dalam kehidupan keluarga terutama dalam hal kesehatan.

g) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya, kebutuhan

yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

h) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan saat ini

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan Duvall, ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahapan perkembangan.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

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

3) Riwayat kesehatan keluarga

a) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan keluarga sebelumnya di temukan dari pengkajian apakah ada anggota keluarga dari pihak suami atau istri yang menderita penyakit turunan seperti DB, HT, TBC dll (Muhlisin,2012)

b) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga saat ini

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota dan sumber pelayanan yang digunakan keluarga.

c) Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

Dikaji tentang jika keluarga mengalami masalah kesehatan maka berobat kemana.

4) Pengkajian lingkungan

a) Karakteristik rumah

Mengkaji tentang gambar tipe tempat tinggal, denah rumah, gambaran kondisi rumah meliputi jumlah kamar dan tipe kamar, perabot, penerangan, ventilasi, lantai, tangga, susunan dan bangunan yang lain dalam kondisi yang adekuat. Di dapur, amati suplai air minum, penggunaan alat-alat masak, pengamanan untuk kebakaran. Di kamar mandi, amati sanitasi, air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk. Kaji pengaturan tidur di dalam rumah. Amati keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah. Apakah ada serbuan serangga-serangga kecil atau masalah-masalah sanitasi yang disebabkan oleh kehadiran binatang peliharaan. Kaji perasaan subyektif keluarga terhadap rumah.

Evaluasi pengaturan privasi dan bagaimana keluarga merasakan privasi mereka memadai. Evaluasi tidak adanya bahaya terhadap keamanan rumah/ lingkungan. Evaluasi adekuasi pembuangan sampah. Kaji perasaan puas/ tidak dari anggota keluarga serta keseluruhan dengan pengaturan/ penataan rumah.

b) Karakteristik tetangga

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

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan-kebiasaan keluarga berpindah tempat. Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal atau tidak.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada.

e) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan meliputi fasilitas fisik, psikologis atau dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat.

5) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi

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 dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.

b) Struktur kekuasaan

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya pengambilan keputusan dalam keluarga, perasaan puas dengan pola yang digunakan dalam keluarga.

c) Struktur peran

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

6) Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif

Hal yang perlu di kaji 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 dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dan 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 ketidak seimbangan keluarga dalam mengenal tanda tanda gangguan kesehatan selanjutnya.

b) Fungsi sosialisasi

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

c) Fungsi perawatan keluarga

Sejauh mana keluarga menyiapkan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, merawat anggota yang sakit, memelihara lingkungan rumah yang sehat, menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat.

d) Fungsi reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

e) Fungsi ekonomi

Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandangan, pangan dan papan, dan memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya meningkatkan status kesehatan keluarga.

7) Pemeriksaan fisik

Diperiksa persistem sesuai dengan keadaan klien.

8) Koping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan jangka Panjang

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan dan jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.

b) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.

c) Strategi koping yang digunakan

Strategi yang digunakan keluarga dalam menghadapi permasalahan yang muncul.

d) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga apabila terjadi masalah.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga mengenai 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

Cara analisa data adalah:

- a. Validasi data, yaitu meneliti kembali data yang terkumpul dalam format pengkajian
- b. Mengelompokan data berdasarkan kebutuhan biopsiko-sosial dan spiritual
- c. Membandingkan dengan standar
- d. Membuat kesimpulan dari kesenjangan yang di timbulkan

2. Perumusan Masalah

Komponen diagnosa keperawatan keluarga meliputi:

- a. Masalah (problem)

Daftar diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan SDKI (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Kesehatan
 - a.) Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga.
 - b.) Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan.
 - c.) Perilaku kesehatan cenderung berisiko.
- 2) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perawatan Diri
 - a.) Hambatan pemeliharaan rumah.
- 3) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Peran Caregiver
 - a.) Kesiapan meningkatkan pemberian ASI.

- b.) Ketegangan peran pemberi asuhan.
 - c.) Kesiapan meningkatkan menjadi orang tua.
- 4) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Hubungan Keluarga
- a.) Risiko gangguan perlekatan.
 - b.) Gangguan proses keluarga.
 - c.) Kesiapan meningkatkan proses keluarga.
- 5) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perfoma Peran
- a.) Risiko ketidakefektifan hubungan Konflik peran orang tua.
 - b.) Ketidakefektifan perfoma peran.
 - c.) Hambatan interaksi sosial.
- 6) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Respon Koping
- a.) Penurunan koping keluarga.
 - b.) Ketidakmampuan koping keluarga.
 - c.) Kesiapan meningkatkan koping keluarga.
- 7) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Nilai/ Keyakinan/ Aksikongruen
- a.) Konflik pengambilan keputusan.
 - b.) Kesiapan meningkatkan pengambilan keputusan.
- 8) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Pertumbuhan
- a.) Risiko pertumbuhan tidak proporsional.
- 9) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perkembangan
- a.) Risiko keterlambatan perkembangan.

- 10) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Cares
 - a.) Gangguan kemampuan untuk melakukan perawatan.
- 11) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Emosional/ Isu Psikologikal
 - a.) Gangguan komunikasi.
- 12) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Perawatan Keluarga
 - a.) Gangguan proses keluarga.
- 13) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Health Promotion
 - a.) Gangguan mempertahankan kesehatan.
 - b.) Risiko bahaya lingkungan.
- 14) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Perawatan Jangka Panjang
 - a.) Kurang pengetahuan tentang penyakit.
- 15) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Medikasi
 - a.) Ketidapatuhan.
- 16) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Manajemen Risiko
 - a) Kekerasan rumah tangga.
 - b) Risiko jatuh.
 - c) Risiko infeksi.
- 17) Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Keadaan Sosial
 - a.) Kurangnya dukungan sosial.

Adapun diagnosa yang sering muncul pada keluarga TBC menurut SDKI (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Ketidapatuhan dalam pengobatan
- 2) Defisit pengetahuan
- 3) Ketidakmampuan coping keluarga
- 4) Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
- 5) Gangguan proses keluarga

b. Etiologi (penyebab)

Dalam keperawatan keluarga etiologi ini mengacu kepada 5 tugas keluarga (Friedman, 2010) yaitu:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarganya
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
- 3) Melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

c. Tanda (sign)

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga dapat dibedakan menjadi 5 (lima) kategori, yaitu:

- 1) Aktual (terjadi defisit/ gangguan kesehatan)

Diagnosa keperawatan aktual memiliki 3 komponen diantaranya adalah

- a.) Problem, mengacu pada permasalahan yang dihadapi klien

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

2) Resiko (ancaman kesehatan)

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

3) Wellness (keadaan sejahtera)

Keputusan klinik tentang keadaan keluarga dari transisi tingkat sejahtera tertentu ke tingkat 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.

2.3.3 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Magayla) sebagai berikut:

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat.

- 2) Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot. $\frac{\text{skor}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot}$
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

Table 2.3 Skala Bailon dan Maglaya

No	Kriteria	Nilai	Skor
1	Sifat masalah a. Aktual b. Resiko c. Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	3 2 1	2
3	Potensi masalah dapat dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah a. Masalah berat harus segera ditangani b. Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber: Maglaya, 2009

2.3.4 Perencanaan Keperawatan Keluarga

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah keperawatan klien ataupun keluarga, (Nadirawati, 2018).

1. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Hipovolemia sebagai berikut :

Defisit Pengetahuan tentang resiko penularan

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan rumah diharapkan pasien dapat mengetahui tentang penyakit yang diderita pasien, cara penularan, cara pencegahan.

b. Kriteria hasil

Menurut SLKI (2018), yaitu :

- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- b) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyakit yang diderita meningkat
- c) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
- d) Presepsi yang keliru terhadap masalah menurun

c. Rencana Tindakan

Menurut SIKI (2018), yaitu:

Observasi

- 1) Periksa kesiapan dan kemampuan keluarga menerima informasi
- 2) Kaji tingkat pengetahuan pasien

Terapeutik

- 1) Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan resiko penularan TBC di rumah
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- 1) Ajarkan pasien dan keluarga pasien tentang cara pencegahan penularan tbc
- 2) Ajarkan batuk efektif
- 3) Ajarkan tentang etika batuk
- 4) Edukasi tentang lingkungan yang bersih dan sehat

2.3.5 Penatalaksanaan Keperawatan

1. Memeriksa kesiapan dan kemampuan keluarga dalam menerima informasi
2. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga
3. Menyiapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pecegahan resiko penularan TBC di rumah
4. Memberikan kesempatan untuk bertanya
5. Mengajarkan pasien dan keluarga tentang cara pencegahan penularan
6. Mengedukasi pasien tentang lingkungan yang bersih dan sehat
7. Mengajarkan pasien tentang etika batuk
8. Mengajarkan pasien tentang batuk efektif

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin dicapai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAP.

S: Hal-hal yang dikemukakan keluarga, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

O: Hal-hal yang ditemukan perawat, keadaan umum pasien dan pemeriksaan fisik.

A: Analisa hasil yang telah dicapai, mengacu pada tujuan dan diagnosa.

P: Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga