

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Keluarga

2.1.1 Pengertian

Menurut Friedman (2002) Keluarga merupakan kumpulan dua orang manusia atau lebih, yang satu sama yang lain saling terikat secara emosional, serta bertempat tinggal yang sama dalam satu daerah yang berdekatan.

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Setiadi, 2008)

2.1.2 Struktur Keluarga

Menurut Abi Muhlisin (2012) :

1. Elemen Struktur Keluarga

a. Struktur peran keluarga

Menggambarkan peran masing – masing anggota keluarga baik didalam keluarganya sendiri maupun peran dilingkungan masyarakat.

b. Nilai atau norma keluarga

Menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini dalam keluarga.

c. Pola komunikasi keluarga

Menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi diantara orang tua, orang tua dan anak, diantara anggota keluarga ataupun dalam keluarga besar.

d. Struktur kekuatan keluarga

Menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mengendalikan atau mempengaruhi orang lain dalam perubahan perilaku ke arah positif.

2. Ciri – ciri Struktur Keluarga

a. Terorganisasi

Saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga

b. Keterbatasan

Setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing – masing.

c. Perbedaan dan kekhususan

Setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing – masing

3. Dominasi Struktur Keluarga

a. Dominasi Jalur Hubungan Darah

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.

b. Dominasi Keberadaan Tempat Tinggal

1. Patrilocal

Yaitu sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

2. Matrilocal

Yaitu yang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

- c. Dominasi pengambilan Keputusan

1. Patriakal

Yaitu Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak suami

2. Matriakal

Yaitu Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak istri

2.1.3 Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan: (Padila, 2012)

1. Keluarga Tradisional

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orangtua tiri.
- b. Keluarga besar (*extended family*), terdiri dari keluarga inti dan orang – orang yang berhubungan.
- c. Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karir tunggal atau karir keduanya.
- d. Bujangan dewasa sendirian

- e. Keluarga dengan orang tua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
 - f. Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak – anaknya sudah berpisah.
2. Keluarga non tradisional
- a. Keluarga dengan orang tua beranak tanpa menikah , biasanya ibu dan anak.
 - b. Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
 - c. Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.
 - d. Keluarga gay atau lesbian, orang – orang yang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah
 - e. Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan *monogamy* dengan anak – anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman :

1. Fungsi Afektif (*The Affective Function*)

Adalah perlindungan psikologis, rasa aman, interaksi, mendewasakan dan mengenal identitas diri individu.

2. Fungsi Sosialisasi (*Socialization And Social Placement Function*)

Adalah fungsi dan peran di masyarakat, serta sasaran untuk kontak social di dalam / di luar rumah.

3. Fungsi Reproduksi (*The Reproductive Function*)

Untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia.

4. Fungsi Ekonomi (*The Economic Function*)

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan.

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

Merupakan pemenuhan sandang, pangan, dan papan serta perawatan kesehatan.

(Padila, 2012)

2.1.5 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Menurut Abi Muhlisin (2012) :

1. Mengenal masalah kesehatan dalam keluarga
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
3. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit
4. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
5. Mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga

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

1. Keluarga antara (masa bebas/pacaran) dengan usia dewasa muda.
2. Terbentuknya keluarga baru melalui suatu perkawinan.
3. Keluarga dengan memiliki anak usia muda (anak usia bayi sampai usia sekolah)

4. Keluarga yang memiliki anak dewasa.
5. Keluarga yang mulai melepas anaknya untuk keluar rumah.
6. Keluarga lansia.

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

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

(Sulistyo Andarmoyo, 2012)

2.2 Tinjauan Teori Medis Kusta

2.2.1 Pengertian

Kusta atau lepra (*leprosy*) atau disebut juga *Morbus Hansen* merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae*, yang penularannya melalui kulit dan mukosa hidung. Penyakit kusta ini dapat menyerang saraf tepi, kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat (Murtiastutik, 2010).

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

2.2.2 Etiologi

Penyebab penyakit kusta adalah *Mycobacterium leprae* yang merupakan bakteri tahan asam (BTA), bersifat obligat intraseluler, menyerang saraf perifer, kulit dan organ lain seperti mukosa saluran napas bagian atas, dan susunan tulang kecuali susunan saraf pusat. Masa membelah diri *M. Leprae* memerlukan waktu yang cukup lama dibandingkan dengan kuman lain yaitu 12 – 21 hari dan masa tunasnya antara 40 hari sampai dengan 40 tahun (Mansjoer, 2002).

2.2.3 Patofisiologi

Masuknya kuman *M. Leprae* kedalam tubuh dapat melalui beberapa cara, diantaranya melalui kulit yang tidak utuh, saluran napas atau saluran pencernaan.

Setelah masuk kedalam tubuh, kemudian menuju ke tempat predileksinya yaitu sel schwan pada saraf tepi. Di dalam sel inilah kuman berkembang biak. Sel tersebut pecah dan kemudian menginfeksi sel schwan yang lain atau ke kulit. Perkembangan penyakit kusta ini bergantung pada kerentanan seseorang. Respon tubuh setelah masa tunas bergantung pada derajat sistem imunitas seluler (*celluler mediated immune*) pasien. Kalau sistem imunitas seluler tinggi, penyakit berkembang ke arah tipe tuberkuloid dan bila rendah akan berkembang ke arah lepramatosus. *M. Leprae* berpredileksi di daerah yang relatif lebih dingin, yaitu daerah akral dengan vaskularisasi yang sedikit (Loetfia, 2008)

2.2.4 Cara Penularan

Penularan pada penyakit kusta dapat melalui kontak erat dan lama atau melalui saluran pernafasan atas. Sumber penularan juga dapat melewati penderita MB yang belum diobati MDT yang dapat dirinci sebagai berikut :

- a. 95 % populasi mempunyai kekebalan alamiah sehingga tidak bisa ketularan
- b. 3 % kekebalan alamiah kurang sehingga bisa ketularan tapi bisa sembuh sendiri
- c. 2 % kekebalan alamiah sangat kurang, atau tidak punya sehingga bisa ketularan penyakit kusta (Depkes RI, Dirjen PPM dan PLP, 2000).

2.2.5 Manifestasi Klinis

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

Amirudin, 2012)

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

1. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa

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

2. Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf.

Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer). Gangguan fungsi saraf ini berupa:

- a. Gangguan fungsi saraf sensoris : mati rasa
- b. Gangguan fungsi motorik : kelemahan (parase) atau kelumpuhan (paralise).

3. Adanya kuman tahan asam didalam kerokan jaringan kulit (BTA+) pemeriksaan ini hanya dilakukan pada kasus yang meragukan. (Dirjen PP & PL Depkes, 2005).

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan bakteriologis

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan pewarnaan Ziehl

Nielsen, dengan sediaan diambil dari kedua cuping telinga dan lesi yang ada di kulit. Kepadatan kuman dinyatakan dalam :

- a. Indeks bakteri (IB) yakni ukuran semikuantitatif kepadatan BTA dalam sediaan hapus. IB digunakan untuk menentukan tipe kusta dan mengevaluasi hasil pengobatan. Penilaian dilakukan menurut skala logaritma RIDLEY sebagai berikut :

0 : bila tidak ada BTA dalam 100 lapangan pandang

1 : bila 1-10 BTA dalam 100 lapangan pandang

2 : bila 1-10 BTA dalam 10 lapangan pandang

3 : bila 1-10 BTA dalam rata-rata 1 lapangan pandang

4 : bila 11-100 BTA dalam rata-rata 1 lapangan pandang

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

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

- b. Indeks morfologi (IM)

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

2. Pemeriksaan Serologis

- a. Lepromin test

- b. MLPA (*Mycobacterium Lepra Particle Agglutination*)

c. PCR (*Polimerase Chain Reaction*)

3. Pemeriksaan histopatologi

Sebagai pemeriksaan penunjang untuk diagnosis dan menentukan tipe kusta

(Murtiastutik, 2010)

2.2.7 Klasifikasi kusta

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

Tabel 2.1 Klasifikasi tipe penyakit kusta

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

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

1. Kusta bentuk kering (tipe tuberkuloid)
 - a. Merupakan bentuk yang tidak menular
 - b. Kelainan kulit berupa bercak keputihan sebesar uang logam atau lebih, jumlahnya biasanya hanya beberapa, sering di pipi, punggung, pantat, paha atau lengan. Bercak tampak kering, perasaan kulit hilang sama sekali, kadang-kadang tepinya meninggi.
 - c. Pada tipe ini lebih sering didapatkan kelainan urat saraf tepi, sering gejala kulit tidak begitu menonjol tetapi gangguan saraf lebih jelas.
 - d. Komplikasi saraf serta kecacatan relatif lebih sering terjadi dan timbul lebih awal daripada bentuk basah.
 - e. Pemeriksaan bakteriologi sering negatif, berarti tidak ditemukan adanya kuman penyebab.
 - f. bentuk ini merupakan yang paling banyak didapatkan di Indonesia dan terjadi pada orang yang tahan tubuhnya terhadap kuman kusta cukup tinggi.
2. Bentuk kusta basah (tipe lepramatososa)
 - a. Merupakan bentuk menular karena banyak kuman dapat ditemukan baik di selaput lendir hidung, kulit, maupun organ tubuh lain.
 - b. Jumlahnya lebih sedikit dibandingkan kusta bentuk kering dan terjadi pada orang dengan daya tahan tubuhnya rendah dalam menghadapi kuman kusta.

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

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

2.2.8 Penatalaksanaan

Tujuan utama program pemberantasan kusta adalah penyembuhan pasien kusta dan mencegah timbulnya kecacatan serta memutuskan mata rantai penularan dari pasien kusta terutama tipe yang menular kepada orang lain untuk menurunkan insiden penyakit.

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

Regimen pengobatan MDT orang dewasa di Indonesia menurut WHO :

1. Tipe PB

- 1) Rifampisin 600 mg / bulan diminum di depan petugas
- 2) DDS tablet 100 mg / hari diminum di rumah

Pengobatan 6 dosis diselesaikan dalam 6 – 9 bulan dan setelah selesai minum 6 dosis, dinyatakan RFT (*Released For Treatment* = berhenti minum obat kusta) meskipun secara klinis lesinya masih aktif. Menurut WHO klien dinyatakan tidak lagi dalam pengawasan.

2. Tipe MB

- 1) Rifampisin 600 mg / bulan diminum di depan petugas
- 2) Klofazimin 300 mg / bulan diminum di depan petugas dilanjutkan dengan klofazimin 50 mg / hari diminum di rumah
- 3) DDS 100 mg / hari diminum di rumah

Menurut WHO pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12 – 18 bulan dan klien dinyatakan RFT (*Released For Treatment* = berhenti minum obat kusta). (Loetfia, 2008)

Pengobatan MDT terbaru :

Metode ROM adalah pengobatan MDT terbaru. Menurut WHO (1998), pasien kusta tipe PB dengan lesi hanya 1 (satu) cukup diberikan dosis tunggal rifampisin 600 mg, ofloksasin 400 mg, dan minosiklin 100 mg dan pasien langsung dinyatakan RFT, sedangkan untuk tipe PB dengan 2-5 lesi diberikan 6 dosis dalam 6 bulan. Untuk tipe MB diberikan sebagai obat alternatif dan di anjurkan digunakan sebanyak 24 dosis dalam 24 bulan.

Putus obat.

Pada pasien kusta tipe PB yang tidak minum obat sebanyak 4 dosis dari yang seharusnya maka dinyatakan DO. sedangkan pasien kusta tipe MB dinyatakan DO bila tidak minum obat sebanyak 12 dosis dari yang seharusnya.

2.2.9 Komplikasi

Menurut Mansjoer (2002) :

1. Kerusakan fungsi sensorik

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

2. Kerusakan fungsi motorik

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

3. Kerusakan fungsi otonom

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

2.3 Tinjauan Teori Koping Keluarga Tidak Efektif

2.3.1 Pengertian

Koping adalah proses yang dilalui oleh individu dalam menyelesaikan situasi serta respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik (Rasmun, 2004)

Koping keluarga tidak efektif adalah suatu keadaan dimana keluarga menunjukkan risiko tinggi perilaku destruktif dalam berespons terhadap ketidakmampuan untuk mengatasi stressor internal atau eksternal karena ketidakmampuan (fisik, psikologis dan kognitif) yang dimiliki (Suparyanto, 2013)

2.3.2 Tanda dan Gejala

Data berikut yang dapat ditemukan di dalam keluarga:

- a. Ketegangan dalam keluarga
- b. Menurunnya toleransi satu sama lain
- c. Permusuhan dalam keluarga
- d. Perasaan malu dan bersalah
- e. Perasaan tidak berdaya
- f. Agitasi
- g. Mengingkari masalah
- h. Harga diri rendah
- i. Penolakan

2.3.3 Faktor Penyebab Koping Keluarga Tidak Efektif

1. Orang yang penting atau berpengaruh dalam keluarga tidak mampu mengekspresikan perasaan seperti memendam rasa bersalah, kecemasan, permusuhan dan keputusan

2. Pola pengambilan keputusan keluarga yang sewenang-wenang (otoriter)
3. Hubungan antar anggota keluarga yang penuh keragu-raguan

2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Keluarga

2.4.1 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 perlu ditanyakan (ventilasi, penerangan, kebersihan).

3. Studi dokumentasi

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

4. Pemeriksaan fisik

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

- a. Berupa quisioner
- b. Data Lingkungan (ventilasi, sumber air, lantai rumah, atap, dinding, kamar mandi dan WC)
- c. Intervensi

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

- a. Diawali perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah
- b. Menjelaskan tujuan kunjungan
- c. Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di

keluarga

d. Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang menjadi jaringan perawat

(Setiadi, 2012).

2.4.2 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 bio-psiko-sosial dan spiritual
 - c. Membandingkan dengan standart

- d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan
- 2) Ada 3 norma yang perlu diperhatikan dalam 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, kontruksi, 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/ symptom

a. Masalah

Adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan masalah (tidak terpenuhinya kebutuhan dasar keluarga / anggota keluarga) yang diidentifikasi oleh perawat melalui pengkajian. Daftar diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan NANDA (2010) sebagai berikut:

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

- f. Perubahan penampilan peran
 - g. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah
 - h. Gangguan citra tubuh
- 4) Diagnosa kepeawatan keluarga pada masalah fungsi afektif
- a. Perubahan proses peran.
 - b. Perubahan menjadi orang tua.
 - c. Potensial peningkatan menjadi orang tua.
 - d. Berduka yang diantisipasi.
 - e. Koping keluarga tidak efektif, menurun.
 - f. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan.
 - g. Resiko terhadap perilaku kekerasan.
- 5) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi sosial
- a. Perubahan proses keluarga
 - b. Perilaku mencari bantuan kesehatan
 - c. Konflik peran orang tua
 - d. Perubahan menjadi orang tua
 - e. Potensial peningkatan menjadi orang tua
 - f. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
 - g. Perubahan pemeliharaan kesehatan
 - h. Kurang pengetahuan
 - i. Isolasi sosial
 - j. Kerusakan interaksi sosial
 - k. Resiko terhadap tindakan kekerasan
 - l. Kepatuhan

- m. Gangguan identitas pribadi
- 6) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah fungsi perawatan kesehatan
- a. Perubahan pemeliharaan kesehatan.
 - b. Potensial peningkatan pemeliharaan kesehatan.
 - c. Perilaku mencari pertolongan kesehatan.
 - d. Ketidakefektifan pelaksanaan aturan terapeutik keluarga.
 - e. Resiko terhadap penularan penyakit.
- 7) Diagnosa keperawatan keluarga pada masalah koping
- a. Potensial peningkatan koping keluarga.
 - b. Koping keluarga tidak efektif, menurun.
 - c. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan.
 - d. Resiko terhadap tindakan kekerasan.

(Padila, 2012)

b. Etiologi (penyebab)

Faktor yang berhubungan yang dapat dicerminkan dalam respon fisiologi yang dipengaruhi oleh unsur psikososial, spritual, dan faktor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab ataupun faktor resiko. Di keperawatan keluarga etiologi ini mengacu kepada 5 tugas keluarga, yaitu:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- 3) Memberikan, perawatan, anggotanya yang sakit karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

- 4) Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada)

c. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala adalah sekumpulan data subyektif dan obyektif yang diperoleh perawat dari keluarga yang mendukung masalah dan penyebab. Perawat hanya boleh mendokumentasikan tanda dan gejala yang paling signifikan untuk menghindari diagnosis keperawatan yang panjang.

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga sama dengan diagnosa diklinik yang dapat dibedakan menjadi 5 kategori yaitu:

1. Aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)

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

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

- a. Problem, mengacu pada permasalahan yang dihadapi klien
- b. Etiologi (faktor yang berhubungan), merupakan etiologi atau faktor penyebab yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Faktor

ini mengacu pada 5 tugas keluarga.

- c. Simpton (batasan karakteristik), yang menentukan karakteristik yang mengacu pada petunjuk klinis, tanda subyektif dan obyektif.

2. Resiko (ancaman kesehatan)

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

3. Wellness (keadaan sejahtera)

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

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

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

4. Sindrom

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

a. Syndrom trauma pemerkosaan (rape trauma syndrome)

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

b. Resiko syndrom penyalahgunaan (risk for disuse syndrome)

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

3. Prioritas dari diagnosa keperawatan yang ditemukan

Tahap berikutnya setelah ditetapkan rumusan masalahnya adalah memprioritaskan masalah sesuai dengan keadaan keluarga karena dalam suatu keluarga perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan. Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas (skala Baylon dan Maglaya).

1) Tentukan skor untuk tiap kriteria

2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

Skor

————— X Bobot

Angka tertinggi

a. Jumlahkan skor untuk semua kriteria

- b. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot

Tabel 2.2 Skala Bailon dan Maglaya

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

Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala

1. Kriteria I, yaitu masalah, bobot yang lebih berat yaitu tidak atau sehat

karena memerlukan tindakan segera dan disadari dan dirasakan oleh keluarga.

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

2.4.3 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)

2.4.4 Pelaksanaan 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.

2.4.5 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)

2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Klien Dengan

Kusta

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

2.5.1 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. Status sosial ekonomi pada keluarga anggota yang

mengalami kusta cenderung rata-rata memiliki ekonomi yang rendah.

- 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 pada penderita kusta biasanya luas rumah yang hanya memiliki 1 kamar, tidak memiliki kamar mandi dan WC sendiri, ventilasi yang kurang didalam rumah, lantai rumah yang belum dikeramik, penggunaan air sumur yang secara bersama – sama serta lingkungan disekitar rumah yang kotor dan kumuh.

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 kusta seperti halnya berobat alternatif dan bukan pada petugas kesehatan.

6. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

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

2) Fungsi sosialisasi

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

3) Fungsi perawatan kesehatan

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

a. Mengenal masalah kesehatan

Kurangnya pengetahuan tentang kusta menjadi salah satu penyebab ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, yaitu sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian kusta, faktor penyebab kusta, tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah, kemampuan keluarga dapat mengenal masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan keperawatan, karena kusta memerlukan perawatan yang khusus dan penanganan lebih lanjut agar penyakit kusta tidak bermetastasis ke jaringan yang lain. Jadi disini keluarga perlu tahu bagaimana cara pengobatan dan perawatan kusta.

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

c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Koping keluarga tidak efektif menjadi salah satu penyebab ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang menderita penyakit kusta.

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 faktor ekonomi

e. Menggunakan fasilitas / pelayanan kesehatan di masyarakat

Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah kusta. 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 pada penderita kusta cenderung rata – rata memiliki faktor ekonomi yang rendah.

9. Stressor Dan Koping Keluarga

1) Stressor jangka pendek dan panjang

1. Stressor jangka pendek yakni klien sudah menderita kusta sudah berapa tahun, dan sudah berobat dimana saja.
2. Stressor jangka panjang adalah pada klien yang menderita kusta, apakah ada rasa ingin sembuh dan berobat secara teratur atau hanya berdiam saja tidak mau berobat. Dan bagaimana sikap keluarga untuk mencapai kesembuhan pada salah satu anggota keluarganya yang menderita kusta.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi / stressor

Sikap keluarga pada salah satu anggota keluarga yang sakit acuh tak cuh karena keluarga berfikir kalau anggota keluarganya hanya mengalami penyakit kulit biasa dan nanti akan sembuh dengan sendirinya.

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

Pemeriksaan fisik pada penderita kusta meliputi:

- a. Lingkungan rumah meliputi : ventilasi, sumber air, lantai rumah, luas rumah, kebersihan rumah, lingkungan rumah sekitar.

- b. Secara klinis : tes BTA, status vital, dan respon pada bagian tubuh yang terdapat kusta mati rasa / tidak.

11. Harapan Keluarga

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

(Setiadi, 2008)

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

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

(NANDA, 2013)

1. Koping keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
2. Resiko penularan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat.
3. Gangguan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
4. Kegagalan dalam berobat berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
5. Resiko kecacatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

2.5.3 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

Jumlahkan skor untuk semua kriteria

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

Tabel 2.3 Prioritas Diagnosa Keperawatan

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah d. Tidak atau kurang sehat e. Ancaman kesehatan f. Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah d. Mudah e. Sebagian f. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah dapat dicegah d. Tinggi	3	

	e. Cukup	2	1
	f. Rendah	1	
4.	Menonjolkan masalah		
	d. Masalah berat harus segera ditangani	2	
	e. Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	1
	f. 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 pemarah
 - g) Riwayat persalinan sulit
 - h) Peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal
 - i) Imunisasi anak yang tidak lengkap
- h. Kurang atau tidak sehat
- Yaitu kegagalan dalam memantapkan kesehatan.
- a) Keadaan sakit (sesudah atau sebelum di diagnosa)
 - b) Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.
- i. Situasi krisis
- a) Perkawinan
 - b) Kehamilan
 - c) Persalinan
 - d) Masa nifas
 - e) Menjadi orang tua
 - f) Penambahan anggota keluarga (bayi)
 - g) Abortus
 - h) Anak masa sekolah
 - i) Anak remaja
 - j) Kehilangan pekerjaan
 - k) Kematian anggota keluarga

2. Kriteria II, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah.

Perhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut

- 1) Pengetahuan tentang yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
 - 2) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik keuangan, dan tenaga.
 - 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan, dan waktu.
 - 4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
3. Kriteria III, yaitu potensial masalah dapat dicegah.

Faktor-faktor yang diperhatikan adalah :

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

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

2.5.4 Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan keperawatan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam

memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi. (Abi muchlisin, 2012). Intervensi keperawatan pada klien yang mengalami kusta menurut Nic-Noc (2013) :

1. Rencana tindakan untuk diagnosa 1

Koping keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

1) Tujuan

Keluarga mampu mengenal masalah dan dapat menentukan strategi koping yang baik digunakan untuk mengatasi masalah yang ada didalam keluarga

2) Kriteria Hasil

Respon verbal, afektif, psikomotor

a. Verbal

Keluarga mengatakan mengerti tentang kusta dan mampu menyebutkan upaya dalam mengatasi masalah yang ada didalam keluarga.

b. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap untuk selalu meyakinkan klien bahwa pengobatan yang diputuskan adalah yang terbaik bagi klien.

c. Psikomotor

Keluarga mampu melakukan usaha untuk klien dalam pengobatan yang dijalani dan pengobatannya sesuai dengan yang diajarkan oleh tim kesehatan.

3) Rencana tindakan

- a. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik.
- b. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit kusta.
- c. Diskusikan koping atau upaya yang biasa dilakukan keluarga saat menghadapi masalah
- d. Berikan health education tentang penyakit kusta pada keluarga
- e. Memotivasi dan mendukung keputusan yang di ambil oleh keluarga.
- f. Berikan kesempatan pada keluarga untuk menjelaskan kembali bagaimana menggunakan strategi koping yang baik

4) Rasional

- a. Diharapkan hubungan antara klien dan perawat dapat terjalin dengan baik.
- b. Sejauh mana pengetahua keluarga mengetahui tentang penyakit kusta.
- c. Agar masalah di dalam keluarga dapat terselesaikan dengan baik .
- d. Diharapkan keluarga lebih mengetahui tentang penyakit kusta
- e. Diharapkan keluarga mau mengambil keputusan yang tepat dalam pengobatan yang dijalani oleh klien.

- f. Diharapkan keluarga mengetahui tentang kusta dan mampu menggunakan strategi koping yang baik dalam mengatasi masalah yang ada didalam keluarga.

2. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 2

Resiko penularan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang sehat.

1) Tujuan

Resiko penularan dalam keluarga tidak terjadi dan lingkungan yang sehat terpenuhi.

2) Kriteria Hasil

Respon verbal, afektif, psikomotor

a. Verbal

Keluarga mengatakan dapat mengatasi masalah pemeliharaan kesehatan pada lingkungannya dan menciptakan lingkungan yang sehat.

b. Afektif

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

c. Psikomotor

Keluarga mampu melakukan usaha untuk selalu menjaga lingkungan sekitarnya tetap bersih dan meningkatkan pemeliharaan kesehatan didalam keluarga.

3) Rencana tindakan

- a. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan yang sehat
- b. Diskusikan dengan keluarga bagaimana cara membuat lingkungan menjadi bersih dan sehat
- c. Jelaskan pada keluarga komplikasi yang terjadi bila penderita kusta tidak menjaga kebersihan lingkungan di sekitarnya
- d. Berikan motivasi kepada keluarga dan klien untuk menjaga lingkungan yang sehat.
- e. Berikan pujian atas kemampuan keluarga untuk menjaga lingkungan rumah yang sehat

4) Rasional

- a. Dengan mengkaji tingkat pengetahuan keluarga diharapkan dapat diketahui sejauh mana keluarga mengetahui tentang cara memodifikasi lingkungan rumah yang sehat.
- b. Dengan membersihkan lingkungan rumah resiko penularan menjadi sedikit berkurang.
- c. Dengan memberikan penjelasan kepada keluarga, diharapkan keluarga mengerti tentang komplikasi yang terjadi jika tidak selalu mengontrol luka pada salah satu anggota keluarga yang mengalami kusta.
- d. Untuk membantu keluarga agar lebih memahami tentang cara menjaga lingkungan yang sehat.

- e. Diharapkan dengan berobat secara teratur, penyakit bisa segera disembuhkan dan keadaan klien membaik.

3. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 3

Gangguan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

1) Tujuan

Keluarga dapat meningkatkan status kesehatan dan merawat pada salah satu anggota keluarga yang sakit.

2) Kriteria hasil

Respon verbal, afektif, dan psikomotor

a. Verbal

Keluarga mengerti tentang bagaimana cara perawatan pada klien yang menderita kusta.

b. Afektif

Keluarga mampu memutuskan bagaimana cara merawat luka pada salah satu anggota keluarga yang menderita kusta.

c. Psikomotor

Keluarga dapat merawat luka pada salah satu anggota keluarga yang menderita kusta.

3) Rencana tindakan

a. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang cara perawatan penyakit kusta.

b. Mengkaji tanda dan gejala infeksi pada klien kusta

- c. Anjurkan untuk selalu cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka kusta
- d. Diskusikan pada keluarga tentang cara perawatan penyakit kusta di rumah
- e. Diskusikan dengan keluarga cara perawatan luka dan mencegah perluasan luka

4) Rasional

- a. Diharapkan dapat diketahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang perawatan penyakit kusta
- b. Agar keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi
- c. Untuk meminimalkan resiko infeksi pada klien yang menderita kusta
- d. Diharapkan keluarga dapat melakukan perawatan sesuai dengan cara – cara yang diberikan
- e. Diharapkan agar luka kusta tidak semakin meluas di daerah anggota tubuh lainnya.

4. Perencanaan tindakan untuk diagnosa 4

Kegagalan dalam berobat berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

1) Tujuan

Keluarga diharapkan dapat mengambil keputusan yang baik dalam meningkatkan derajat kesehatan klien.

2) Kriteria hasil

a. Verbal

Keluarga dapat mengatakan keputusan yang baik untuk menjaga klien dalam mempertahankan meminum obat MDT

b. Afektif

Keluarga dapat menentukan sikap agar pasien selalu kontrol teratur

c. Psikomotor

Keluarga mampu melakukan usaha untuk selalu mengontrol kondisi klien ke puskesmas terdekat dan mengawasi klien untuk minum obat secara teratur.

3) Rencana tindakan

a. Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang pengobatan kusta

b. Diskusikan dengan keluarga cara yang baik dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan derajat kesehatan klien

c. Anjurkan pada keluarga untuk selalu kontrol ke puskesmas

4) Rasional

a. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga tentang pengobatan kusta

b. Untuk mendapatkan keputusan yang baik dalam meningkatkan kesehatan klin

c. Untuk mengontrol luka kusta

5. Perencanaan tindakan diagnosa 5

Resiko kecacatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

1) Tujuan

Resiko kecacatan pada klien tidak pernah terjadi

2) Kriteria hasil

a. Verbal

Keluarga mengatakan mengerti cara mencegah resiko kecacatan dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan.

b. Afektif

Keluarga mampu memutuskan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

c. Psikomotor

Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan.

3) Rencana tindakan

a. Jelaskan kepada keluarga tentang kemungkinan penyebab terjadi kusta

b. Jelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala kusta

c. Jelaskan kepada keluarga tentang akibat bila tidak melakukan pengobatan secara dini pada klien kusta

4) Rasional

a. Agar keluarga mengetahui tentang penyakit kusta

b. Agar keluarga mengetahui tanda dan gejala penyakit kusta

c. Agar keluarga mengetahui akibat yang akan terjadi bila tidak melakukan pengobatan

2.5.5 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)

2.5.6 Evaluasi

Merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaiki rencana asuhan keperawatan. Sebelum perencanaan dikembangkan dan dimodifikasi, perawat bersamakeluarga perlu melihat tindakan – tindakan keperawatan tertentu, apakah tindakan perawatan tersebut benar – benar membantu.

Ada 3 alternatif untuk menilai sejauh mana yang telah ditetapkan itu tercapai yaitu:

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

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

(Sulistyo Andarmoyo, 2012)