

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

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 Ciri-ciri Keluarga

A. Menurut Robert Iver dan Charles Horton yang di kutip dari (Setiadi, 2008)

- 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan
- 2) Keluarga bentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
- 3) Keluarga mempunyai suatu system tata nama (Nomen Clatur) termasuk perhitungan garis keturunan.
- 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- 5) Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, ruamh atau rumah tangga

2.1.3 Ciri Keluarga Indonesia (Setiadi, 2008)

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

2.1.4 Tipe/Bentuk Keluarga

Gambaran tentang pembagian Tipe Keluarga sangat beraneka ragam, tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan, namun secara umum pembagian Tipe Keluarga dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- a) Pengelompokan secara Tradisional Secara Tradisional, Tipe Keluarga dapat dikelompokkan dalam 2 macam, yaitu :
- b) Nuclear Family (Keluarga Inti) Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- c) Extended Family (Keluarga Besar) Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah, seperti kakek, nenek, paman, bibi dsb.

Pengelompokan secara Modern Dipengaruhi oleh semakin berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualism, maka tipe keluarga Modern dapat dikelompokkan menjadi beberapa macam, diantaranya :

- a) Tradisional Nuclear Adalah : Keluarga inti (Ayah, Ibu dan Anak) yang tinggal dalam satu rumah yang ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, dimana salah satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.
- b) Niddle Age/Aging Couple Adalah : suatu keluarga dimana suami sebagai pencari uang dan istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, sedangkan anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/menikah/meniti karier.
- c) Dyadic Nuclear Adalah : suatu keluarga dimana suami-istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satunya bekerja di luar rumah.
- d) Single Parent Adalah : keluarga yang hanya mempunyai satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.
- e) Dual Carrier Adalah : Keluarga dengan suami – istri yang kedua-duanya orang karier dan tanpa memiliki anak.
- f) Three Generation Adalah : keluarga yang terdiri atas tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.
- g) Comunal Adalah : keluarga yang dalam satu rumah terdiri dari dua pasangan suamiistri atau lebih yang monogamy berikut anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.
- h) Cohibing Couple/Keluarga Kabitas/Cahabitation Adalah : keluarga dengan dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan perkawinan.

- i) Composite /Keluarga Berkomposisi Adalah : sebuah keluarga dengan perkawinan poligami dan hidup/tinggal secara bersama-sama dalam satu rumah.
- j) Gay and Lesbian Family Adalah : keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

2.1.5 Struktur Keluarga

Struktur sebuah keluarga memberikan gambaran tentang bagaimana suatu keluarga itu melaksanakan fungsinya dalam masyarakat. Adapun macam-macam Struktur Keluarga diantaranya adalah :

- a. Patrilineal Adalah : keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- b. Matrilineal Adalah : keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. Matrilokal Adalah : sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri. 4. Patrilokal Adalah : sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami. 5. Keluarga Kawin Adalah : hubungan suami-istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

2.1.6 Fungsi Keluarga

Dalam suatu keluarga ada beberapa fungsi keluarga yang dapat dijalankan yaitu sebagai berikut :

Dalam (Setiadi,2008) fungsi keluarga adalah beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut :

a. Fungsi Biologis

1. Untuk meneruskan keturunan.
2. Memelihara dan membesarkan anak.
3. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
4. Memelihara dan merawat anggota keluarga

b. Fungsi Psikologis

1. Memberikan kasih sayang dan rasa aman.
2. Memberikan perhatian diantara anggota keluarga.
3. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
4. Memberikan identitas keluarga.

c. Fungsi sosialisasi

1. Membina sosial pada anak.
2. Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
3. Menaruh nilai-nilai budaya keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

1. Mencari sumber – sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
2. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
3. Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang, misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

e. Fungsi pendidikan

1. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki.
2. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
3. Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

2.1.7 Tugas Kesehatan Keluarga Menurut Mubarak, dkk (2009)

Keluarga dapat melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga, yaitu sebagai berikut :

- a) Mengenal masalah kesehatan keluarga Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan. Karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang

dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apa pun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

- b) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan di antara Universitas Sumatera Utara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.
- c) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit Sering kali keluarga mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

- d) Mempertahankan suasana rumah yang sehat Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu yang lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah harus dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.
- e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

2.1.8 Peran Keluarga

Dalam (Setiadi, 2008), peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Peranan ayah : ayah sebagai suami dan istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungan.

- b. Peranan ibu : sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
- c. Peranan anak : anak- anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spriritual.

Peran Perawat dalam Asuhan Keperawatan Keperawatan Keluarga Setiadi (2008) mengatakan dalam pemberian asuhan keperawatan kesehatan keluarga, ada beberapa peranan yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain adalah pengenalan kesehatan (health monitor) Perawat membantu keluarga untuk mengenal penyimpangan dari keadaan normal tentang kesehatannya dengan menganalisa data secara objektif serta membuat keluarga sadar akan akibat masalah dalam perkembangan keluarga.

- a. Pemberian pelayanan pada anggota keluarga yang sakit, dengan memberikan asuhan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit
- b. Koordinator pelayanan kesehatan dan keperawatan kesehatan keluarga, yaitu berperan dalam mengkoordinir pelayanan kesehatan keluarga baik secara berkelompok maupun individu.
- c. Fasilitator, yaitu dengan cara menjadikan pelayanan kesehatan itu mudah dijangkau oleh keluarga dan membantu mencarikan jalan pemecahannya.
- d. Pendidik kesehatan, yaitu merubah perilaku keluarga dan perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

- e. Penyuluh dan konsultan, yang berperan dalam memberikan petunjuk tentang asuhan keperawatan dasar dalam keluarga. Dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap keluarga perawat tidak dapat bekerja sendiri, melainkan bekerja sama secara tim dan bekerja sama dengan profesi lain untuk mencapai asuhan keperawatan keluarga dengan baik.

Prinsip Perawatan Kesehatan Keluarga Setiadi (2008) mengatakan ada beberapa prinsip penting yang perlu diperhatikan dalam memberikan Asuhan Keperawatan keluarga yaitu :

- a) Keluarga sebagai unit atau satu kesatuan dalam pelayanan kesehatan.
- b) Dalam memberikan Asuhan Keperawatan Kesehatan keluarga sehat sebagai tujuan utama.
- c) Asuhan keperawatan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga.
- d) Dalam memberikan Asuhan Keperawatan keluarga, perawat melibatkan peran aktif seluruh keluarga dalam merumuskan masalah dan ebutuhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya.
- e) Lebih mengutamakan kegiatan-kegiatan yang bersifat proinotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
- f) Dalam memberikan Asuhan Keperawatan kesehatan keluarga, keluarga memanfaatkan sumber daya keluarga semaksimal mungkin untuk kepentingan kesehatan keluarga.
- g) Sasaran Asuhan Keperawatan kesehatan keluarga adalah keluarga secara keseluruhan.

- h) Pendekatan yang dipergunakan dalam memberikan Asuhan Keperawatan kesehatan keluarga adalah pendekatan pemecahan masalah dengan menggunakan proses keperawatan
- i) Kegiatan utama dalam memberikan Asuhan Keperawatan kesehatan keluarga adalah penyuluhan kesehatan dan Asuhan Keperawatan kesehatan dasar atau perawatan dirumah.
- j) Diutamakan terhadap keluarga yang termasuk resiko tinggi. Keluarga-keluarga yang tergolong resiko tinggi dalam bidang kesehatan antara lain adalah :

Keluarga dengan anggota keluarga dalam masa usia subur dengan masalah :

- 1) Tingkat sosial ekonomi yang rendah.
- 2) Keluarga kurang tahu atau tidak mampu mengatasi masalah kesehatan sendiri.
- 3) Keluarga dengan keturunan yang kurang baik atau keluarga dengan penyakit keturunan.

Keluarga dengan Ibu dengan resiko tinggi kebidanan yaitu :

- 1) Umur Ibu (16 tahun/lebih dari 35 tahun).
- 2) Menderita kekurangan gizi (anemia).
- 3) Menderita hipertensi.
- 4) Primipara dan Multipara.
- 5) Riwayat persalinan atau komplikasi

Keluarga dalam anak menjadi resiko tinggi karena :

- 1) Lahir prematur (BBLR).
- 2) Berat badan sukar naik.
- 3) Lahir dengan cacat bawaan.
- 4) ASI Ibu kurang sehingga tidak mencukupi kebutuhan bayi.
- 5) Ibu menderita penyakit menular yang dapat mengancam bayi dan anaknya.

Keluarga mempunyai masalah hubungan antara anggota keluarga

- 1) Anak yang tidak pernah dikehendaki pernah mencoba untuk digugurkan.
- 2) Tidak ada kesesuaian pendapat antara anggota keluarga dan sering timbul cekcok dan ketegangan.
- 3) Ada anggota keluarga yang sering sakit
- 4) Salah satu anggota (suami atau istri) meninggal, cerai, lari meninggalkan rumah.

2.2 Konsep Dasar Kusta

2.2.1. Pengertian Kusta

Penyakit kusta (Morbus hansen) adalah penyakit bakteri kronis pada manusia yang disebabkan oleh mycobacterium lepre yang menyerang kulit, saraf perifer dan mukosa hidung (Naikel al, 2011).

2.2.2 Etiologi

Mycobacterium leprae mempunyai panjang 2-7 mikrometer dan lebar 0,3-0,4 mikrometer. Mycobacterium leprae mempunyai dinding sel yang banyak mengandung lemak dan lapisan lilin, sehingga mengakibatkan bakteri ini tahan asam. Penentuan Mycobacterium leprae tahan asam atau tidak, dengan cara

pewarnaan teknik Ziehl Neelsen dengan menggunakan larutan karbol fuhsin, asam alcohol, dan metilen blue (Sehgal, 2006)

2.2.3 Tanda dan Gejala

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), diagnosis penyakit kusta ditetapkan dengan cara mengenali cardinal sign atau tanda utama penyakit kusta yaitu:

- a. bercak pada kulit yang mengalami mati rasa; bercak dapat berwarna putih (hypopigmentasi) atau berwarna merah (erithematous), penebalan kulit (plak infiltrate) atau berupa nodul-nodul. Mati rasa dapat terjadi terhadap rasa raba, suhu, dan sakit yang terjadi secara total atau sebagian.
- b. penebalan pada saraf tepi yang disertai dengan rasa nyeri dan gangguan pada fungsi saraf yang terkena. Saraf sensorik mengalami mati rasa, saraf motorik mengalami kelemahan otot (parese) dan kelumpuhan (paralisis), dan gangguan pada saraf otonom berupa kulit kering dan retak-retak.
- c. pemeriksaan hapusan jaringan kulit dihasilkan yaitu bakteri tahan asam (BTA) positif.

2.2.4 Cara Penularan

Teori – teori tentang mekanisme penularan mycobacterium leprae pada tubuh manusia yang dikemukakan oleh sehgal (2006) diantaranya adalah melalui kontak langsung dengan penderita kusta, secret pernafasan yang terinfeksi, melalui bersin, dan juga dapat ditularkan melalui tanah yang terinfeksi mycobacterium leprae.

2.2.5 Klasifikasi

Menurut Burns et al., (2010), penyakit kusta diklasifikasikan berdasar pada skala Ridley dan Jopling yaitu tipe TT (tuberkuloid), BT (borderline tuberculoid), BL (borderline lepromatous), dan LL (lepromatosa). Berdasarkan pada kondisi klinis, bakteriologis, imunologis dan histopatologinya, tipe-tipe kusta tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1 Klasifikasi penyakit kusta berdasarkan skala Ridley dan Jopling

	Tuberculoid (TT)	Borderline tuberculoid (BT)	Borderline (BB)	Borderline lepromatous (BL)	Lepromatous (LL)
Lesi	1-3	Sedikit	Sedikit atau banyak atau simetris	banyak	Banyak dan simetris
Basil smear	0	1+	2+	3+	4+
Tes lepromin	3+	2+	+	+	0
Histology	Sel epitel berkurang,ke rusakan saraf			Peningkatan histiocytes,sel busa,granuloma	
Gambaran klinis	Berupa makula, batasan jelas dan ditemukan lesi yang regresi dengan permukaan bersisik. Tipe kusta ini	Gangguan saraf yang ringan. Lesi pada tipe ini menyerupai lesi pada tipe tuberkuloid (TT). Bentuk tipe	Paling tidak stabil dengan lesi yang bervariasi baik ukuran, bentuk dan distribusin		

	<p>biasanya disertai kelemahan otot dan penebalan saraf perifer. Bentuk tipe kusta ini stabil dan tidak mungkin berubah</p>	<p>kusta ini labil atau mudah berubah</p>	y		
--	---	---	---	--	--

Sumber : Andrew's disease of the skin: clinical Dermatology; (Rohmatika. 2012).

2.2.6 Patogenesis

Setelah *M. Leprae* masuk kedalam tubuh, perkembangan penyakit kusta bergantung pada kerentanan seseorang. Respons tubuh setelah masa tunas dilampaui tergantung pada derajat imunitas selular (celluler mediated immune) pasien. Kalau sistem imunitas selular tinggi, penyakit berkembang kearah tuberkuloid dan bila rendah berkembang kearah lepromatosa. *M. Leprae* berpredileksi di daerah-daerah yang relatif lebih tinggi, yaitu daerah akral dengan vaskularisasi yang sedikit.

Derajat penyakit tidak selalu sebanding dengan derajat infeksi karena respons imun pada tiap pasien berbeda. Gejala klinis lebih sebanding dengan tingkat reaksi selular daripada intensitas infeksi. Oleh karena itu penyakit kusta dapat disebut sebagai penyakit imunologik. (arif mansjoer.2000.hal 66)

2.2.7 Pengobatan

Program MDT ini bertujuan untuk mengatasi resistensi Dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidak-taatan pasien, menurunkan angka putus obat, mengefektifkan waktu pengobatan dan mengeliminasi persistensi

kuman kusta dalam jaringan. Berikut ringkasan pedoman pemberian paket medikamentosa pada kasus Kusta, antara lain :

Tabel 2.2 Obat dan dosis regimen MDT-PB

Obat & Dosis MDT – Kusta PB	Dewasa		Anak
	BB < 35 kg	BB > 35 kg	10-14 thn
Rifampisin(diawasi petugas)	450 mg/bln	600 mg/bln	450 mg/bln(12-15 mg/kgBB/bln)
Dapson(Swakelola)	50 mg/hr(1-2 mg/kgBB/hr)	100 mg/hr	50 mg/hr(1-2 mg/kgBB/hr)

Pengobatan MDT untuk kusta tipe PB dilakukan dalam 6 dosis minimal yang diselesaikan dalam 6-9 bulan dan setelah selesai minum 6 dosis maka dinyatakan RFT (*Released From Treatment* = berhenti minum obat kusta) meskipun secara klinis lesinya masih aktif. Menurut WHO (1995) tidak lagi dinyatakan RFT tetapi menggunakan istilah *Completion of Treatment Cure* dan pasien tidak lagi dalam pengawasan.

Tabel 2.3 Obat dan dosis regimen MDT-MB

Obat & Dosis MDT – Kusta MB	Dewasa		Anak
	BB < 35 kg	BB > 35 kg	10-14 thn
Rifampisin(diawasi petugas)	450 mg/bln	600 mg/bln	450 mg/bln(12-15 mg/kgBB/bln)
Klofazimin	300 mg/bln (diawasi petugas)dan dilanjutkan esok		

50 mg/hr (swakelola)200 mg/bln (diawasi)dan dilanjutkan esok

50 mg/hr (swakelola)Dapson(Swakelola)50 mg/hr(1-2 mg/kgBB/hr)100 mg/hr50 mg/hr(1-2 mg/kgBB/hr)

Pengobatan MDT untuk Kusta tipe MB dilakukan dalam 24 dosis yang diselesaikan dalam waktu maksimal 36 bulan. Setelah selesai minum 24 dosis

maka dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif dan pemeriksaan bakteri BTA positif. Menurut WHO (1998) pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT. Namun dibalik program MDT, ternyata masih terdapat efek samping yang ditimbulkan MDT yang dilaporkan. Berikut ini tindak lanjut terhadap efek samping MDT yang mungkin terjadi (Rekomendasi UPK Kusta Depkes RI dan WHO, tahun 2000), yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.4. Efek Samping dan Tindak Lanjut

RegimenMDT	Efek Samping(ES)	Tindak Lanjut	Obat Substitusi
Rifampisin	Urin, tinja, keringat merah.	Obat MDT dapat diteruskan.	–
Klofazimin	Warna kulit menjadi hitam (hiperpigmentasi).	Obat MDT dapat diteruskan.	Etionamid dan Protionamid (Tidak dianjurkan, ES hepatotoksik).
Dapson	Gatal, merah pada kulit. Bila berat kulit kepala dan seluruh tubuh dapat terkelupas.	Stop Dapson dan segera rujuk penderita ke RS.	–

Kemudian beberapa hal yang perlu diperhatikan dan ditanyakan sebelum memulai pengobatan (Rekomendasi UPK Kusta Depkes RI dan WHO, tahun 2000), antara lain :

Tabel 2.5. Hal-hal yang perlu diperhatikan untuk memulai pengobatan Kusta

Keadaan Penderita	Tindakan yang harus dilakukan
Jaundice (warna kuning pada kulit/mata)	Rujuk ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam. Obat jangan diberikan, tunda sampai warna kuning hilang (fungsi hati sudah normal).
Anemia	Berikan obat anemia disamping obat kusta

Tuberkulosis (TB)	Pengobatan TB dengan Rifampisin tetap diberikan dan tambahkan obat kusta lainnya. Rifampisin pada kemasan obat kusta jangan diberikan lagi.
Hamil	Obat kusta tetap diberikan
Alergi Sulfa	DDS jangan diberikan

Terdapat beberapa hal yang perlu disampaikan sehingga penderita mendapat penjelasan sebelum diberikan pengobatan MDT, antara lain :

1. Lama pengobatan.
2. Cara minum obat.
3. Kusta dapat disembuhkan, bila minum obat teratur dan lengkap.
4. Bahaya yang terjadi bila minum obat tidak teratur yaitu dapat menularkan kepada keluarga dan orang lain, dan juga dapat menjadi cacat.
5. Bila ada keluhan selama masa pengobatan diminta segera periksa ke Puskesmas.
6. Bila penderita kehilangan rasa raba atau sakit, jelaskan pentingnya perawatan diri untuk mencegah cacat.
7. Penderita yang sudah cacat fisik tidak akan kembali normal, tetapi perawatan diri tetap diperlukan supaya cacat tidak berlanjut.

2.2.8 Evaluasi Pengobatan

- 1) Penderita kusta yang dinyatakan RFT (Relase From Treatment)
 - a. Tipe pb :6 dosis dalam kurun waktu 6-9 bulan selama 2 tahun
 - b. Tipe MB : 12 dosis dalam kurun waktu 12-18 bulan selama 5 tahun
- 2) Hilang atau Out Of Control (OOC)

Untuk penderita kusta PB maupun MB yang 12 bulan berturut – turut tidak mengambil obat akan dinyatakan hilang.

3) Relaps atau kambuh

Bila dalam masa pengamatan terjadi tanda tanda aktif lembali, untuk menyatakan kambuh harus berhati – hati perlu dibedakan antara relaps dan reaksi terlambat.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga (Setiadi, 2008)

Cara pengumpulan data tentang keluarga dapat dilakukan antara lain dengan

- 1) Wawancara
- 2) Pengamatan
- 3) Studi dokumentasi
- 4) Pemeriksaan fisik.

Pada kegiatan pengkajian ada beberapa tahap yang perlu dilakukan yaitu:

- 1) Membina hubungan yang baik.

Hubungan yang baik antar perawat dan klien (keluarga) merupakan modal utama pelaksanaan asuhan keperawatan..

- 2) Pengkajian awal.

Pengkajian ini terfokus sesuai data yang di peroleh dari unit pelayanan kesehatan.

- 3) Pengkajian lanjutan (tahap kedua).

Pengkajian lanjutan adalah tahap pengkajian untuk memperoleh data yang lebih lengkap sesuai masalah kesehatan keluarga yang berorientasi pada pengkajian awal (Suprajitno, 2004, hal. 29).

Hal-hal yang perlu dikaji pada tahap pengkajian adalah sebagai berikut

2.3.2 Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data yang perlu dikaji adalah :

- a) Data umum

- 1) Identitas kepala keluarga
- 2) Komposisi keluarga
- 3) Genogram
- 4) Tipe keluarga
- 5) Latar belakang budaya (etnis)
- 6) Agama
- 7) Status sosial ekonomi keluarga
- 8) Aktivitas rekreasi keluarga

- b) Tahap dan riwayat perkembangan keluarga

- 1) Tahap perkembangan saat ini
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

- 3) Riwayat keluarga sebelumnya

c) Data lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
- 2) Karakteristik lingkungan dan komunitas
- 3) Mobilitas geografis keluarga
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi sosial keluarga
- 5) Sistem pendukung atau jaringan sosial keluarga

d) Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi
- 2) Struktur kekuasaan
- 3) Struktur peran

e) Fungsi keluarga

- 1) Fungsi afektif
- 2) Fungsi sosialisasi
- 3) Fungsi perawatan keluarga

f) Pemeriksaan fisik

g) Koping keluarga

- 1) Stesor jangka pendek dan jangka panjang
- 2) Kemampuan keluarga untuk berespon terhadap situasi atau stesor
- 3) Penggunaan strategi keluarga
- 4) Strategi adaptasi disfungsional

2.3.3 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

2.3.4 Perumusan Masalah

Komponen diagnosis keperawatan keluarga (Setiadi 2008) meliputi :

- a. Masalah(problem)

Daftar diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan (Setiadi,2008) adalah sebagai berikut :

Diagnosa keperawatan

- a. Diagnose keperawatan keluarga pada masalah lingkungan.
Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah (higiene lingkungan).
- b. Resiko terhadap cedera.
- c. Resiko terjadi infeksi (penularan penyakit)

2.3.5 Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Masalah Lingkungan

- a. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah (Higiene lingkungan)
- b. Resiko terhadap cedera
- c. Resiko terjadi infeksi(penularan penyakit)

2.3.6 Diagnosa Keperawatan Keluarga Pada Struktur Komunikasi.

Komunikasi keluarga disfungsional.

2.3.7 Diagnosis Keperawatan Keluarga Pada Masalah Struktur Peran.

- a. Berduka dan antisipasi.
- b. Berduka disfungsional.
- c. Isolasi sosial.
- d. Perubahan dalam proses keluarga (dampak adanya orang yang sakit terhadap keluarga).
- e. Potensial peningkatan menjadi orang tua.
- f. Perubahan menjadi orang tua (krisis menjadi orang tua).
- g. Perubahan penampilan peran.
- h. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah.
- i. Gangguan citra tubuh.

2.3.8 Diagnosis Keperawatan Keluarga Pada Masalah Fungsi Afektif.

- a. Perubahan proses keluarga.
- b. Perubahan menjadi orang tua.
- c. Berduka yang diantisipasi.
- d. Koping keluarga yang tidak efektif, menurun.
- e. Koping keluarga yang tidak efektif, ketidakmampuan.
- f. Resiko terhadap tindak kekerasan.

2.3.9 Diagnosis 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. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
- f. Perubahan pemeliharaan kesehatan.
- g. Kurang pengetahuan.
- h. Isolasi sosial.
- i. Kerusakan interaksi sosial.
- j. Resiko terhadap tindakan kekerasan
- k. Ketidapatuhan.
- l. Gangguan identitas diri

2.3.10 Diagnosis Keperawatan Keluarga Pada Fungsi Perawatan Kesehatan.

- a. Perubahan pemeliharaan kesehatan.
- b. Potensial peningkatan pemeliharaan kesehatan.
- c. Perilaku mencari pertolongan kesehatan.
- d. Ketidakefektifan penatalaksanaan aturan terapeutik atau pengobatan keluarga.
- e. Resiko terhadap penularan penyakit

2.3.11 Diagnosis Keperawatan Keluarga Pada Masalah Koping.

- a. Potensial peningkatan koping keluarga.

Koping keluarga tidak efektif, menurun.

- a. Koping keluarga tidak efektif, ketidakmampuan.

- b. Resiko terhadap tindak kekerasan.
- c. Penyebab (Etiologi)
- d. Tanda (sign)

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

- a) 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.

Diagnose keperawatan actual memiliki 3 komponen diantaranya adalah problem, etilogi, dan symptom.

1. problem, mengacu pada permasalahan yang dihadapi klien
1. etiologi (factor yang berhubungan), merupakan etilogi atau factor penyebab yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Factor ini mengacu pada 5 tugas keluarga.
2. symptom (batasan karakteristik), yang menentukan karakteristik yang mengacu pada ptunjuk klinis, tanda subyektif dan obyektif.

- b) Resiko (ancaman kesehatan)

diagnose keperawatan resiko memiliki dua komponen diantaranya adalah problem dan etiologi. Ciri diagnose resiko adalah suatu data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.

- c. 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 diagnose 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.

d. Sindrom

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

1. syndrome trauma pemerkosaan (rape trauma syndrome) pada kelompok ini menunjukkan adanya tanda dan gejala. Misalnya : cemas, takut, sedih, gangguan istirahat, gangguan tidur dan lain – lain.
2. resiko syndrome penyalahgunaan (risk for disuse syndrome) misalnya : resiko gangguan proses piker, resiko gangguan gambaran diri dan lain – lain.

2.3.12 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga dihitung dengan menggunakan skala baylon dan magayla (Setiadi,2008).

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat.
2. Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot. $\frac{skor}{angka\ tertinggi} \times bobot$
3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

TABEL 2.6
SKORING MASALAH KEPERAWATAN

No	Kriteria	Nilai	Skor
1	Sifat masalah a. tidak atau kurang sehat b. ancaman kesehatan 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

Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala :

Kriteria 1, yaitu masalah, bobot yang lebih berat yaitu tidak atau sehat karena memerlukan tindakan segera dan disadari dan dirasakan keluarga. Untuk mengetahui sifat masalah ini mengacu pada tipologi masalah kesehatan yang terdiri dari 3 kelompok besar, yaitu :

1) Ancaman kesehatan

Yaitu kesehatan yang memungkinkan keadaan terjadinya penyakit kecelakaan, dan kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan. Keadaan yang disebut dalam ancaman kesehatan antara lain :

- a. penyakit keturunan seperti asma, diabetes mellitus, dan sebagainya.
- b. anggota keluarga ada yang menderita penyakit menular, seperti TBC, gonore, hepatitis, dan sebagainya
- c. jumlah anggota keluarga terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan sumber daya keluarga.
- d. resiko terjadi kecelakaan seperti rumah tangga terlalu curam, benda tajam diletakkan disembarang tempat
- e. kekurangan atau kelebihan gizi dari masing – masing anggota keluarga.
- f. keadaan yang menimbulkan stress antara lain :
 1. hubungan keluarga yang tidak harmonis
 2. hubungan orang tua dengan anak yang tegang
 3. orang tua yang tidak dewasa
- g. sanitasi lingkungan yang buruk, diantaranya :
 1. ventilasi yang kurang baik
 2. sumber air minum tidak memenuhi syarat

3. polusi udara
4. tempat pembuangan sampah yang tidak memenuhi syarat
5. tempat pembuangan tinja yang mencemari sumber air minum
6. kebisingan

h. kebiasaan yang merugikan kesehatan, diantaranya :

1. merokok
2. minum keras
3. makan obat anpa resep
4. makan daging mentah
5. hygiene perseorangan yang jelek
6. sifat yang melekat, misalnya pemaarah
7. riwayat persalinan sulit
8. peran yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peran ibu karena ibunya meninggal
9. imunisasi yang tidak lengkap

i. kurang atau tidak sehat yaitu gagal dalam memantapkan kesehatan.

1. keadaan sakit (sebelum dan sesudah didiagnosa)
2. gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.

j. situasi krisis

1. perkawinan

2. kehamilan
 3. persalinan
 4. masa nifas
 5. menjadi orang tua
 6. penambahan anggota keluarga (bayi)
 7. abortus
 8. anak masuk sekolah
 9. anak remaja
 10. kehilangan pekerjaan
 11. kematian anggota keluarga
 12. pindah rumah
2. Kriteria II, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah. Perhatikan terjangkaunya factor – factor 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, keterampilan, dan waktu.
 4. sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
3. Kriteria III, yaitu potensi masalah dapat dicegah Factor – factor 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 yang tepat dalam memperbaiki masalah.
 4. adanya kelompok “High Risk” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah
4. Kriteria IV, yaitu menonjolnya masalah :

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

2.3.13Perencanaan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan keluarga yang meliputi penentuan tujuan perawatan (jangka panjang/pendek), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga (Setiadi, 2008, hal. 61-62).

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 :

a. Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah kepada kemampuan mandiri. Dan lebih baik ada batas waktu, misalnya 2

hari. Pencamtuman jangka waktu ini adalah untuk mengarahkan evaluasi pencapaian pada waktu yang telah dicantumkan sebelumnya.

b. Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihibungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupan.

c. Penetapan criteria standart

Merupakan standart evaluasi yang merupakan gambaran tentang fakator-faktor yang dapat memberikan petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam pertimbangan. Bentuk dari standart dari kriteria ini adalah pernyataan verbal (pengetahuan), sikap, dan psokomotor. Hal- hal yang perlu diperhatikan adalah :

1. Berfokus pada keluarga
2. Singkat dan jelas
3. Dapat diobservasi dan diukur
4. Realistis
5. Ditentukan oleh perawat dan keluarga

2.3.14 Pembuatan Rencana Keperawatan

Fokus dari intervensi keperawatan keluarga antara lain meliputi kegiatan yang bertujuan :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan.
2. Memberi kepercayaan diri dalam merawat anggota yang sakit.

3. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat.
4. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.
5. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan yang tepat, dengan cara :
 - a. mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan kegiatan
 - b. mengidentifikasi sumber – sumber yang dimiliki keluarga
 - c. mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
6. Memberi kepercayaan diri dalam merawat anggota yang sakit, dengan cara :
 - a. mendemonstrasikan cara perawatan
 - b. .menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c. .mengawasi keluarga melakukan perawatan
7. 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 secara optimal mungkin.
8. 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 di arahkan untuk mengubah pengetahuan, sikap, dan tindakan keluarga sehingga pada akhirnya keluarga mampu memenuhi kebutuhan kesehatan anggota keluarganya dengan bantuan minimal dari perawat (Setiadi,2008).

2.3.15 Tindakan Keperawatan Keluarga

Implementasi atau tindakan adalah pengelolaan atau perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini perawat mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri, tapi perlu melibatkan secara integrasi semua profesi kesehatan yang menjadi rim perawatan kesehatan di rumah (setiadi, 2008, hal 66)

Tahap 1 : Persiapan meliputi :

- a) kontrak dengan keluarga
- b) .mempersiapkan alat yang di perlukan
- c) mempersiapkan lingkungan yang kondusif
- d) mengidentifikasi aspek – aspek hukum dan etik

Tahap 2 : Intervensi

a) Independent

Independent merupakan suatu kegiatan yang di laksanakan oleh perawat sesuai dengan kompetensi keperawatan tanpa petunjuk dan perintah dari

tenaga kesehatan lainnya. Tipe tindakan independent keperawatan dapat di kategorikan menjadi 4,yaitu : Tindakan diagnostik, Tindakan terapeutik, Tindakan edukatif, Tindakan merujuk

1. Tindakan diagostik
2. Tindakan terapeutik
3. Tindakan edukatif
4. Tindakan merujuk

(b) Interdependent

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

(c) Dependent

Yaitu pelaksanaan tindakan medis

Tahap 3 : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan

3.2.16 Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan

lainnya(Setiadi,2008)

Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis, yaitu :

a. Evaluasi sumatif

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah SOAP.

b. Evaluasi formatif

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar dapat di data,masalah atau rencana yang dimodifikasi.

2.4 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Resiko Penularan

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan inidibuat berdasarkan pedoman buku keperawatan keluarga.

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

1. Data Dasar

- a. nama kepala keluarga (KK)
- b. Alamat
- c. Komposisi keluarga

d. Tipe keluarga

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

e. latar belakang budaya (suku bangsa)

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut berkaitan dengan kesehatan terhadap penyakit kusta.

f. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga beserta kepercayaan tentang pengobatan yang dapat mempengaruhi kesehatan,serta keyakinan.

g. Status social ekonomi keluarga

Status social ekonomi keluarga dapat dilihat dari pendapatan kepala keluarga maupun dari anggota keluarga lainnya dan juga kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang terhadap penderita kusta, karena tingkat keuangan untuk pengobatan mendorong adanya pengobatan lebih lanjutan terhadap penderita kusta.

- h. Aktifitas rekreasi keluarga atau waktu luang keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat pergi bersama – sama mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan menonton dan mendengarkan radio juga merupakan aktifitas rekreasi.

2.4.2 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 saja yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya.

2.4.3. 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 dalam pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang dapat digunakan keluarga serta pengalaman – pengalaman terhadap pelayanan kesehatan

2. Riwayat kesehatan sebelumnya

Di sini siuraikan riwayat keluarga kepala keluarga sebelum membentuk keluarga sampai saat ini.

2.4.4 Data Lingkungan

1. Karakteristik rumah

Karakteristik rumah dan penataan lingkungan yang kurang tepat dapat menimbulkan adanya bakteri yang berkembangbiak. Perawatan kesehatan lingkungan rumah berperan dalam keluarga ,sehingga anggota yang menderita penyakit kusta bisa terawat dengan baik dan mengurangi resiko penularan.

2. Karakteristik tetangga dan lingkungan

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan/kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang memengaruhi kesehatan

3. Mobilitas geografi keluarga

Mobilitas geografi keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat. Sudah berapa lama keluarga tinggal didaerah ini dan apakah sering berpindah – pindah

4. Hubungan keluarga dengan masyarakat

Merupakan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga berinteraksi dengan masyarakat

5. Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk 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 keluarga penderita pada saat keluarga membutuhkan bantuan, dukungan konseling aktifitas – aktifitas keluarga yang menderita penyakit kusta dengan resiko penularan.

2.4.5 Struktur Keluarga

1. Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan adakah hal/masalah keluarga yang tertutup untuk didiskusikan

2. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga dalam mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku

3. Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing – masing keluarga baik baik secara formal atau informal

4. Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan

2.4.6 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 mengembangkapi sikap saling menghargai. Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari peyakitnya. 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 terhadap dalam mengenal tanda – tanda gangguan kesehatan selanjutnya

2. Fungsi sosialisasi

Pada kasus penderita kusta dapat mengalami gangguan fungsi social baik dalam keluarga maupun didalam komunitas sekitar keluarga.

3. Fungsi perawatan kesehatan

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

- a. kegagalan keluarga dalam berobat karena ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat yaitu sejauh mana keluarga mengambil keputusan yang tepat untuk memeriksakan keluarganya ke puskesmas, sehingga terjadi pencegahan secara dini dan tidak mengalami kecacatan yang fatal
- b. Terjadinya HDR dikarenakan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, yang perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan merawat anggota keluarga yang sakit kusta, sehingga tidak terjadi HDR terhadap keluarga.
- c. Resiko penularan terhadap keluarga yang lain dikarenakan keluarga tidak memiliki lingkungan rumah yang sehat, jadi untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara

lingkungan rumah yang sehat. Yang perlu dikaji bagaimana keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan dapat mencegah terjadinya penularan penyakit lama.

- d. Penurunan fungsi kesehatan dalam menggunakan fasilitas/pelayanan

Kesehatan dimasyarakat sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang mana akan mendukung terhadap kesehatan keluarga.

2.4.7 Fungsi Reproduksi

Pola penderita kusta perlu dikaji riwayat kehamilannya karena kusta dapat menyerang system imun yang turun, sehingga perlu diwaspadai terhadap penularan ke bayi tersebut.

2.4.8 Fungsi Ekonomi

Status ekonomi keluarga sangat mendukung terhadap kesembuhan penyakit. Biasanya karena factor ekonomi orang segan untuk mencari pertolongan dokter ataupun petugas kesehatan.

2.4.9 Stres dan Koping Keluarga

1. Stressor jangka panjang dan jangka pendek
 - a. stressor jangka panjang adalah stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan

b. stressor jangka pendek adalah stressor dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan

2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor

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

3. Strategi koping digunakan

Strategi apa yang digunakan keluarga apabila mengalami permasalahan

4. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah

2.4.10 Pemeriksaan Fisik

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

2.4.11 Harapan Keluarga

Pada akhirnya pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas yang ada (Setiadi, 2008)

2.4.12 Diagnosa Keperawatan

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

- a. Resiko penularan terhadap keluarga yang lain berhubungan dengan ketidakmampuan memodifikasi lingkungan.

2.4.13 Prioritas Dari Diagnosa Keperawatan Yang Ditemukan

Tahap berikutnya setelah ditetapkan rumusan masalahnya adalah memprioritaskan masalah sesuai dengan keadaan keluarga karena dalam sjuau 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 magyala)

- a. tentukan skor untuk setiap criteria
- b. .skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot

$$\frac{\text{skor}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- c. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria, skor tetinggi adalah 5, sama dengan seluruh bobot.

No	Kriteria	Nilai	Skor
1	Sifat masalah a. tidak atau kurang sehat b. ancaman kesehatan 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

2.4.14 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan keluarga yang meliputi penentuan tujuan perawatan (jangka panjang atau pendek). Penetapan standart dan kriteria serta menemukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga.

1. Rencana tindakan diagnosa 1

- a. Resiko penularan terhadap keluarga yang lain berhubungan dengan ketidakmampuan memodifikasi lingkungan.
- b. Tujuan Jangka Panjang :

Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 4 kali kunjungan selama 3 minggu keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat dalam perawatan anggota keluarga yang sakit kusta.

c. Tujuan Jangka Pendek :

keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi apa saja yang di temukan dalam menderita kusta

d. Kriteria Evaluasi

1. mampu menjelaskan pengertian penyakit kusta
2. menyebutkan tanda dan gejala dari penyakit kusta
3. menyebutkan cara pencegahan penyakit kusta
4. keluarga mampu memutuskan merawat anggota keluarga yang sakit
5. keluarga mampu menjelaskan secara umum tentang penyakit kusta

e. Rencana Tindakan

1. jelaskan pada keluarga akibat kusta tidak diobati, dengan menggunakan lembar balik
2. demonstrasikan pada keluarga tentang cara perawatan khusus pada tangan dan kaki yang mati rasa
3. mendorong keluarga agar mengerti mengenai penyakit kusta

f. Rasional

1. agar keluarga lebih mengerti dan memahami dampak jika terlambat dalam hal pengobatan
2. perawatan yang tepat menghindari terjadinya kecacatan secara permanen

3. pengobatan secara dini dapat mencegah terjadinya kecacatan

2.4.15 Evaluasi

Sesuai rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk menilai keberhasilannya, bila tidak / belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan keluarga, untuk itu dapat dilakukan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional.

S : Hal – hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan. Missal : keluarga mengatakan plak – plak berkurang dan pasien sudah mulai mau keluar rumah.

O : Hal – hal yang ditemui oleh perawat secara obyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan. Missal : bekas plak – plak berkurang dan pasien sudah keluar rumah.

A : Analisa dari hasil yang dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnosa keperawatan.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi.

Tahapan evaluasi dapat dilakuakn secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif di lakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.