

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar Oksigenasi

1. Pengertian oksigenisasi

Oksigenisasi adalah suatu proses untuk mendapatkan O₂ dan mengeluarkan CO₂. Kebutuhan fisiologis oksigenasi merupakan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, untuk mempertahankan hidupnya dan untuk aktivitas berbagai organ atau sel. Apabila lebih dari 4 menit orang tidak mendapatkan oksigen maka akan berakibat pada kerusakan otak yang tidak dapat diperbaiki dan biasanya pasien akan meninggal.

Oksigen memegang peranan penting dalam semua proses tubuh secara fungsional. Tidak adanya oksigen akan menyebabkan tubuh secara fungsional mengalami kemunduran atau bahkan dapat menimbulkan kematian. Oleh karena itu, kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan yang paling utama dan sangat vital bagi tubuh. Pemenuhan kebutuhan oksigen ini tidak terlepas dari kondisi sistem pernapasan secara fungsional.

Bila ada gangguan pada salah satu organ sistem respirasi, maka kebutuhan oksigen akan mengalami gangguan. Sering kali individu tidak menyadari terhadap pentingnya oksigen. Proses pernapasan dianggap sebagai sesuatu yang biasa-biasa saja. Banyak kondisi yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen, seperti adanya sumbatan pada saluran pernapasan. Pada kondisi ini, individu merasakan pentingnya oksigen (Andarmoyo, 2012).

2. Struktur tubuh yang berperan dalam sistem pernapasan

Proses pemenuhan oksigen diatur oleh sistem organ tubuh diantaranya saluran pernapasan atas dan bawah.

a. Saluran pernapasan bagian atas

1) Hidung

Bagian ini terdiri atas nasosinterior (saluran didalam lubang hidung) yang membuat kelenjar sebaceous dengan ditutupi bulu

kasar yang bermuara kerongga hidung. Bagian hidung lain adalah rongga hidung yang dilapisi oleh selaput lender yang mengandung pembuluh darah. Proses oksigenasi dimulai dari sini. Pada saat udara masuk melalui hidung, udara akan disaring oleh bulu-bulu yang ada di vestibulum (bagian rongga hidung), kemudian dihangatkan serta dilembabkan.

2) Faring

Merupakan suatu pipa yang memiliki panjang 12.5-13 cm yang yang terletak antara konae sampai belakang laring. Faring dibagi menjadi 3 yaitu :

- a) Nasofaring terletak antara konae sampai langit-langit lunak pada nasofaring terletak tonsil faringila (adenoide) dan dua lubang tuba eustachius, dinding nasofaring dilapisi oleh epitel berlapis semu bersilia.
- b) Orofaring terletak dibelakang rongga mulut, diantara langit-langit lunak sampai tulang hyoid. Pada orofaring terletak tonsil palatine dan tonsil lingualis. Orofaring dilapisi oleh epitel berlapis pipih, suatu selaput yang tahan gesekan karena merupakan tempat persilangan saluran pernapasan dan saluran pencernaan.
- c) Laringofaring terletak diantara tulang hyoid sampai belakang laring

3) Laring (tenggorokan)

Laring merupakan saluran pernapasan setelah faring yang terdiri atas bagian tulang rawan yang diikat bersama ligament dan membrane, yang terdiri atas dua lamina yang bersambung di garis tengah. Laring menghubungkan faring dan trachea. Laring dikenal sebagai kotak suara (*voice box*) mempunyai bentuk seperti tabung pendek dengan bagian besar diatas dan menyempit kebawah.

4) Epiglottis

Merupakan katup tulang rawan yang berfungsi membantu menutup laring ketika orang sedang menelan.

b. Saluran pernapasan bagian bawah

Saluran pernapasan bagian bawah terdiri atas trachea, tandan bronchus dan bronkhiolus yang berfungsi mengalirkan udara dan memproduksi surfaktan.

1) Trachea

Trachea atau disebut juga batang tenggorok yang memiliki panjang kurang lebih 9 cm dimulai dari laring sampai kira-kira setinggi vertebra thorakalis kelima, trachea tersebut tersusun atas enam belas sampai dua puluh lingkaran. Trachea ini dilapisi oleh selaput lender yang terdiri atas epitelium bersilia yang dapat mengeluarkan debu atau benda asing.

2) Bronchus

Bentuk percabangan atau kelanjutan dari trachea yang terdiri atas dua percabangan yaitu kanan dan kiri yang memiliki 3 lobus atas, tengah dan bawah. Sedangkan bronchus bagian kiri lebih panjang dari bagian kanan yang berjalan dalam lobus atas dan bawah, kemudian saluran setelah bronchus adalah bagian percabangan yang disebut sebagai bronkhiolus.

3) Paru

Paru merupakan organ utama dalam sistem pernapasan. Letak paru itu sendiri dalam rongga thoraks setinggi tulang selangka sampai diafragma. Paru terdiri atas beberapa lobus yang diselaputi oleh pleura yaitu pleura parietalis dan pleura viseralis, kemudian juga dilindungi oleh cairan pleura yang berisi surfaktan.

Dalam proses pemenuhan kebutuhan oksigenasi (pernapasan) di dalam tubuh ada 3 tahapan yakni ventilasi, difusi dan transportasi.

1) Ventilasi

Proses ini merupakan proses keluar masuknya oksigen di atmosfer ke dalam alveoli ke atmosfer, dalam proses ventilasi ini terdapat beberapa hal yang mempengaruhi diantaranya adalah perbedaan tekanan antara atmosfer dengan paru. Semakin tinggi maka tekanan

udara semakin rendah. Demikian sebaliknya, semakin rendah tempat maka semakin tinggi tekanan udara. Hal yang mempengaruhi ventilasi kemampuan thoraks dan paru pada alveoli dalam melaksanakan ekspansi atau kembang kempisnya, adanya jalan napas yang dimulai dari hidung hingga alveoli yang terdiri atas berbagai otot polos yang kerjanya sangat dipengaruhi oleh system saraf otonom, terjadinya rangsangan simpatis dapat menyebabkan relaksasi sehingga dapat menjadi vasodilatasi, kemudian kerja saraf parasimpatis dapat menyebabkan fase konstriksi sehingga dapat menyebabkan vasokonstriksi atau proses penyempitan dan adanya reflek batuk dan muntah juga dapat mempengaruhi adanya proses ventilasi, adanya peran mucus ciliaris sebagai penangkal benda asing yang mengandung interveron dapat mengikat virus (Andarmoyo, 2012).

2) Difusi gas

Difusi gas merupakan pertukaran gas antara oksigen alveoli dengan kapiler paru dan CO_2 kapiler dengan paru. Dalam proses pertukaran ini terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya diantaranya luas permukaan paru, tebal membrane respirasi/permeabilitas yang terdiri atas epitel alveoli dan interstisial. Keduanya dapat mempengaruhi proses difusi apabila terjadi penebalan. Perbedaan tekanan dan konsentrasi O_2 hal ini dapat terjadi seperti O_2 dari alveoli masuk kedalam darah oleh karena O_2 dalam darah vena pulmonalis (masuk kedalam darah secara berdifusi) dan PCO_2 dalam arteri pulmonalis juga akan berdifusi ke dalam alveoli. Terakhir afinitas gas yaitu kemampuan untuk menembus dan saling mengikat Hb (Andarmoyo, 2012).

3) Transportasi gas

Merupakan transportasi antara O_2 kapiler ke jaringan tubuh dan CO_2 jaringan tubuh ke kapiler. Pada proses transportasi O_2 akan berkaitan dengan Hb membentuk oksihemoglobin (97%) dan larut dalam plasma (3%) kemudian transportasi CO_2 akan berkaitan dengan

Hb membentuk karbominohemoglobin (30%) dan larut dalam plasma (5%) kemudian sebagian menjadi HCO_3 berada pada darah (65%).

3. Faktor- faktor yang mempengaruhi oksigenasi

Menurut Haswita (2017) keadekuatan sirkulasi ventilasi, perfusi dan transport gas-gas pernapasan ke jaringan di pengaruhi oleh lima faktor diantara lain:

a. Faktor fisiologi

- 1) Menurunnya kapasitas pengingatan O_2 seperti pada anemia.
- 2) Menurunnya konsentrasi O_2 yang diinspirasi seperti pada obstruksi saluran napas bagian atas.
- 3) Hipovolemia sehingga tekanan darah menurun mengakibatkan transpor O_2 terganggu.
- 4) Meningkatnya metabolisme seperti adanya infeksi, demam, ibu hamil, luka, dan lain- lain.
- 5) Kondisi yang memengaruhi pergerakan dinding dada seperti pada kehamilan, obesitas, muskulus skeleton yang abnormal, penyakit kronik seperti TB paru.

b. Faktor perkembangan

- 1) Bayi prematur: yang disebabkan kurangnya pembentukan surfaktan.
- 2) Bayi dan *toddler*: adanya resiko infeksi saluran pernapasan akut.
- 3) Anak usia sekolah dan remaja: resiko infeksi saluran pernapasan dan merokok.
- 4) Dewasa muda dan pertengahan: diet yang tidak sehat, kurang aktivitas, stress yang mengakibatkan penyakit jantung dan paru-paru
- 5) Dewasa tua: adanya proses penuaan yang mengakibatkan kemungkinan arteriosklerosis, elastisitas menurun, ekspansi paru menurun.

c. Faktor perilaku

- 1) Nutrisi: misalnya pada obesitas mengakibatkan penurunan ekspansi paru, gizi yang buruk

- 2) *Exercise*: akan meningkatkan kebutuhan oksigen.
 - 3) Merokok: nikotin menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan koroner.
 - 4) *Substance abuse* (alkohol dan obat- obatan): menyebabkan intake nutrisi menurun mengakibatkan penurunan hemoglobin, alkohol, menyebabkan depresi pusat pernapasan.
 - 5) Kecemasan: menyebabkan metabolisme meningkat.
- d. Faktor lingkungan
- 1) Tempat kerja (polusi).
 - 2) Suhu lingkungan.
 - 3) Ketinggian tempat dari permukaan laut.
 - 4) Tipe kekurangan oksigen dalam tubuh
- e. Faktor psikologi

Stress adalah kondisi dimana seseorang mengalami ketidaknakan oleh karena harus menyesuaikan diri dengan keadaan yang tidak dikehendaki (stressor). Stress akut biasanya terjadi oleh karena pengaruh stressor yang sangat berat, datang dengan tiba-tiba, tidak terduga, tidak dapat mengelak, serta menimbulkan kebingungan untuk mengambil tindakan. Stress akut tidak hanya berdampak pada psikologisnya saja tetapi juga pada biologisnya yaitu mempengaruhi sistem fisiologis tubuh, khususnya organ tubuh bagian dalam yang tidak berpengaruh terhadap organ yang disarafi oleh saraf otonom. Hipotalamus membentuk rantai fungsional dengan kelenjar pituitary (hipofise) yang ada di otak bagian bawah. Bila terjadi stress, khususnya stress akut, dengan cepat rantai tersebut akan bereaksi dengan tujuan untuk mempertahankan diri dan mengadaptasi dengan cara dikeluarkannya adrenalin dari kelenjar adrenal tersebut.

4. Tipe kekurangan oksigen dalam tubuh

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015):

a. Hipoksemia

Hipoksemia merupakan keadaan dimana terjadi penurunan konsentrasi oksigen dalam darah arteri (PaO_2) atau saturasi O_2 arteri

(SaO_2) di bawah normal (normal PaO_2 85-100 mmHg, SaO_2 95%). Pada neonatus $\text{PaO}_2 < 50$ mmHg atau $\text{SaO}_2 < 90\%$. Keadaan ini disebabkan oleh gangguan ventilasi, perfusi, difusi, pirau (*shunt*), atau berada pada tempat yang kurang oksigen.

Tanda dan gejala hipoksemia diantaranya sesak napas, frekuensi napas 35 x/menit, nadi cepat dan dangkal, serta sianosis.

b. Hipoksia

Hipoksia merupakan kekurangan oksigen di jaringan atau tidak adekuatnya pemenuhan kebutuhan oksigen seluler akibat defisiensi oksigen yang diinspirasi atau meningkatnya penggunaan oksigen pada tingkat seluler. Hipoksia dapat terjadi setelah 4-6 menit ventilasi berhenti spontan. Penyebab hipoksia lainnya adalah:

- 1) Menurunnya hemoglobin
- 2) Berkurangnya konsentrasi oksigen
- 3) Ketidakmampuan jaringan mengikat oksigen
- 4) Menurunnya difusi oksigen dari alveoli ke dalam darah
- 5) Menurunnya perfusi jaringan
- 6) Kerusakan atau gangguan ventilasi

Tanda- tanda hipoksia adalah kelelahan, kecemasan, menurunnya kemampuan konsentrasi, nadi meningkat, pernapasan cepat dan dalam, sianosis, sesak napas, serta *clubbing finger*.

c. Gagal napas

Merupakan keadaan dimana terjadi kegagalan tubuh memenuhi kebutuhan oksigen karena pasien kehilangan kemampuan ventilasi secara adekuat sehingga terjadi kegagalan pertukaran gas karbon dioksida dan oksigen. Gagal napas ditandai oleh adanya peningkatan CO_2 dan penurunan O_2 dalam darah secara signifikan. Gagal napas dapat disebabkan oleh gangguan sistem saraf pusat yang mengontrol sistem pernapasan, kelemahan neuromuskular, keracunan obat, gangguan metabolisme, kelemahan otot pernapasan, dan obstruksi jalan napas.

d. Perubahan pola napas

Pada keadaan normal, frekuensi pernapasan pada orang dewasa sekitar 18 - 22 x/menit, dengan irama teratur, serta inspirasi lebih panjang dari ekspirasi. Pernapasan normal disebut apnea. Perubahan pola napas dapat berupa:

- 1) Dispnea, yaitu kesulitan bernapas, misalnya pada pasien dengan asma.
- 2) Apnea, yaitu tidak bernapas, berhenti napas.
- 3) Takipnea, yaitu pernapasan lebih cepat dari normal dengan frekuensi napas lebih dari 24 x/menit.
- 4) Bradipnea, yaitu pernapasan lebih lambat (kurang) dari normal dengan frekuensi kurang dari 16 x/menit.
- 5) Kusmaul, yaitu pernapasan dengan panjang ekspirasi dan inspirasi sama sehingga pernapasan menjadi lambat dan dalam, misalnya pada penyakit diabetes melitus dan uremia.
- 6) *Cheyne-stokes*, merupakan pernapasan cepat dan dalam kemudian berangsur-angsur dangkal dan diikuti periode apnea yang berulang secara teratur.
- 7) Biot, adalah pernapasan dalam dan dangkal disertai masa apnea dengan periode yang tidak teratur.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Konsep asuhan keperawatan oksigenasi

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Salah satu bagian yang terpenting dari asuhan keperawatan ialah dokumentasi. Dokumentasi merupakan tanggung jawab dan tugas perawat setelah melakukan intervensi keperawatan. Tetapi akhir-akhir ini tanggung jawab

perawat terhadap dokumentasi sudah berubah. Oleh karena perubahan tersebut, maka perawat perlu menyusun suatu dokumentasi yang efisien dan lebih bermakna dalam pencatatannya dan penyimpanannya (Nursalam,2013)

2. Pengkajian keperawatan

a. Anamnesis

1) Biodata pasien (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan)

Umur pasien bisa menunjukkan tahap perkembangan pasien baik secara fisik maupun psikologis, jenis kelamin dan pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui hubungan dan pengaruhnya terhadap terjadinya masalah/penyakit, dan tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan klien tentang masalahnya/penyakitnya (Andarmoyo, 2012).

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa muncul antara lain batuk, peningkatan produksi sputum, dispnea, hemoptisis, nyeri dada, ronchi (+), demam, kejang, sianosis daerah mulut, hidung, muntah, dan diare. (Andarmoyo,2012).

1) Batuk (*cough*)

Batuk merupakan gejala utama dan merupakan gangguan yang paling sering di keluhkan. Tanyakan pada klien batuk bersifat produktif atau non produktif.

2) Peningkatan produksi sputum

Sputum merupakan suatu substansi yang keluar bersama dengan batuk. Lakukan pengkajian terkait warna, konsistensi, bau, dan jumlah dari sputum.

3) Dispnea

Dispnea merupakan suatu persepsi klien yang merasa kesulitan untuk bernafas. Perawat harus menanyakan kemampuan klien untuk melakukan aktivitas.

4) Hemoptisis

Hemoptisis adalah darah yang keluar dari mulut dengan di batukan. Perawat harus mengkaji darimana sumber darah.

5) Nyeri dada

Nyeri dada dapat berhubungan dengan masalah jantung dan paru- paru. Gambaran lengkap mengenai nyeri dada dapat menolong perawat untuk membedakan nyeri pada pleura, muskuloskeletal, kardiak, dan gastrointestinal.

c. Riwayat kesehatan masa lalu

- 1) Riwayat merokok
- 2) Pengobatan saat ini dan masa lalu
- 3) Alergi
- 4) Tempat tinggal

d. Riwayat kesehatan keluarga

- 1) Penyakit infeksi tertentu
- 2) Kelainan alergis
- 3) Klien bronkitis kronik mungkin bermukim di daerah yang polusi udaranya tinggi.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi
 - a) Pemeriksaan dada dimulai dari torak posterior, klien pada posis duduk
 - b) Dada diobservasi dengan membandingkan satu sisi dengan yang lainnya
 - c) Inspeksi torak posterior, meliputi warna kulit dan kondisinya, lesi, massa, dan gangguan tulang belakang
 - d) Catat jumlah irama, kedalaman pernapasan, dan kesimetrisan pergerakan dada
 - e) Observasi tipe pernapasan
 - f) Inspeksi pada bentuk dada
 - g) Observasi kesimetrisan pergerakan dada
 - h) Observasi retraksi abnormal ruang intercostal selama insiprasi

2) Palpasi

- a) Kaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas.
- b) Palpasi toraks untuk mengetahui abnormalitas yang terkaji saat inspeksi
- c) Kaji kelembutan kulit, terutama jika klien mengeluh nyeri.
- d) *Vocal fremitus*, yaitu getaran dinding dada yang dihasilkan ketika berbicara.

3) Perkusi

- a) Perkusi langsung, yakni pemeriksa memukul torak klien dengan bagian palmar jari tengah keempat ujung jari tangannya yang dirapatkan.
- b) Perkusi tak langsung, yakni pemeriksa menempelkan suatu objek padat yang disebut pleksimeter pada dada klien, lalu sebuah objek lain yang disebut pleksor untuk memukul pleksimeter tadi, sehingga menimbulkan suara. Suara perkusi pada bronkopneumonia biasanya hipersonor/redup.

4) Auskultasi

Biasanya pada penderita ispa terdengar suara napas ronchi. (Nursalam 2013).

3. Diagnosa keperawatan

Menurut PPNI (2017) dikutip dala buku SDKI diagnosa keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan okisgenisasi adalah sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
 - 1) Definisi: Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten
 - 2) Faktor resiko: spasme jalan nafas,hipersekresi jalan nafas, disfungsi neuromuskuler, benda asing dalam jalan nafas, adanya jalan nafas buatan, sekresi yang tertahan, hiperplasia dinding jalan nafas,

proses infeksi, respon alergi, dan efek agen farmakologis (mis. Anestesi)

Situasional:

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif: tidak tersedia

Objektif:

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih
- d) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering
- e) Mekonium di jalan nafas (pada neonatus)

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif:

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Orthopnea

Objektif:

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi nafas menurun
- d) Frekuensi nafas berubah
- e) Pola nafas berubah

4. Rencana keperawatan

Tabel 2.1
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
Bersihkan jalan nafas tidak efektif 1. Definisi: Ketidakmampuan membersihkan sekret ataupun obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. 2. Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam maka bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil: 1. Produksi sputum menurun 2. Mengi menurun 3. Wheezing menurun 4. Meconium (pada neonatus) membaik 5. Frekuensi napas membaik 6. Pola napas membaik	Latihan batuk efektif Tindakan: <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas 4. Monitor input dan output cairan <i>Terapeutik:</i> 5. Atur posisi semi fowler/fowler 6. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 7. Buang sekret pada tempat sputum <i>Edukasi</i> 8. jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 9. anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik 10. anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali 11. anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 <i>Kolaborasi</i> 12. kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu	1. dukungan kepatuhan program pengobatan 2. edukasi fisioterapi dada 3. edukasi pengukuran respirasi 4. fisioterapi dada 5. konsultasi via telepon 6. manajemen asma 7. manajemen alergi 8. manajemen anafilaksis 9. manajemen isolasi 10. manajemen ventilasi mekanik 11. manajemen jalan nafas buatan 12. pemberian obat inhalasi 13. pemberian obat interpleura 14. pemberian obat intradermal 15. pemberian obat nasal 16. pencegahan aspirasi 17. pengaturan posisi 18. penghisapan 19. penyapihan ventilasi mekanik 20. perawatan trakeostomi 21. skrining tuberkulosis 22. stabilisasi jalan nafas 23. terapi oksigen

Sumber : (PPNI, Tim Pokja SIKI DPP, 2018)

Tabel 2.2
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)
Kriteria Hasil Bersihan Jalan Nafas

Kriteria	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Batuk efektif	5	2	3	4	5
Produksi sputum	5	4	3	2	1
Mengi	5	4	3	2	1
Wheezing	5	4	3	2	1
Mekonium (<i>pada neonatus</i>)	5	4	3	2	1
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Dispnea	1	2	3	4	5
Ortopnea	1	2	3	4	5
Sulit bicara	1	2	3	4	5
Sianosis	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Frekuensi napas	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5

Sumber : (PPNI, Tim Pokja SLKI DPP, 2018)

5. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga memandirikan keluarga (Achjar, 2010).

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Pengukuran efektivitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga didokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, analisis, planning), (Achjar, 2010).

C. Konsep Tinjauan Penyakit

1. Definisi ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut)

Infeksi Saluran Pernapasan Akut sering disingkat dengan ISPA. Istilah ini diadaptasi dari istilah dalam bahasa Inggris *Acute Respiratory Infections* (ARI). ISPA meliputi tiga unsur yakni infeksi, saluran pernapasan dan akut dengan pengertian, sebagai berikut:

- a. Infeksi

Adalah masuknya kuman atau mikroorganisme ke dalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit.

b. Saluran pernapasan

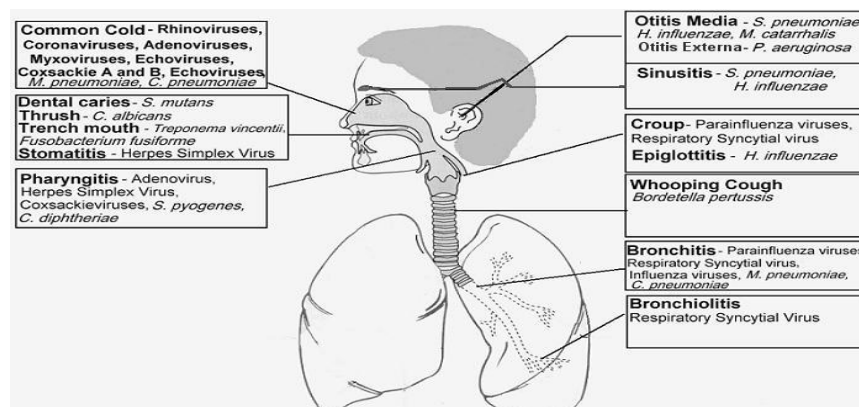
Adalah organ mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura. ISPA secara anatomis mencakup saluran pernapasan bagian atas, saluran pernapasan bagian bawah (termasuk jaringan paru-paru) dan organ adneksa saluran pernapasan. Dengan batasan ini, jaringan paru termasuk dalam saluran pernapasan (*respiratory tract*).

c. Infeksi akut

Adalah infeksi yang berlangsung sampai dengan 14 hari. Batas 14 hari diambil untuk menunjukkan proses akut meskipun untuk beberapa penyakit yang dapat digolongkan dalam ISPA proses ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari.

1. Etiologi ISPA

Etiologi ISPA terdiri lebih dari 300 jenis bakteri, virus dan riketsia. Bakteri penyebab ISPA seperti: *Diplococcus pneumonia*, *Pneumococcus*, *Streptococcus hemolyticus*, *Streptococcus aureus*, *Hemophilus influenza*, *Bacillus Friedlander*. Virus seperti: Respiratory syncytial virus, virus influenza, adenovirus, cytomegalovirus. Jamur seperti: *Mycoplasma pneumoces dermatitides*, *Coccidioides immitis*, *Aspergillus*, *Candida albicans*.



Gambar 2.1
Etiologi ISPA

2. Gejala ISPA

Penyakit ISPA adalah penyakit yang sangat menular, hal ini timbul karena menurunnya sistem kekebalan atau daya tahan tubuh, misalnya karena kelelahan atau stres. Pada stadium awal, gejalanya berupa rasa panas, kering dan gatal dalam hidung, yang kemudian diikuti bersin terus menerus, hidung tersumbat dengan ingus encer serta demam dan nyeri kepala. Permukaan mukosa hidung tampak merah dan membengkak. Infeksi lebih lanjut membuat sekret menjadi kental dan sumbatan di hidung bertambah. Bila tidak terdapat komplikasi, gejalanya akan berkurang sesudah 3-5 hari. Komplikasi yang mungkin terjadi adalah sinusitis, faringitis, infeksi telinga tengah, infeksi saluran tuba eustachii, hingga bronkhitis dan pneumonia (radang paru). Secara umum gejala ISPA meliputi demam, batuk, dan sering juga nyeri tenggorok, *coryza* (pilek), sesak napas, mengi atau kesulitan bernapas).

3. Cara penularan penyakit ISPA

Penularan penyakit ISPA dapat terjadi melalui udara yang telah tercemar, bibit penyakit masuk ke dalam tubuh melalui pernapasan, oleh karena itu maka penyakit ISPA ini termasuk golongan *Air Borne Disease*. Penularan melalui udara dimaksudkan adalah cara penularan yang terjadi tanpa kontak dengan penderita maupun dengan benda terkontaminasi.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit ISPA

a. Agent

Infeksi dapat berupa flu biasa hingga radang paru-paru. Kejadiannya bisa secara akut atau kronis, yang paling sering adalah *rinitis simpleks*, *faringitis*, *tonsilitis*, dan *sinusitis*. *Rinitis simpleks* atau yang lebih dikenal sebagai selesma/*common cold*/koriza/flu/pilek, merupakan penyakit virus yang paling sering terjadi pada manusia. Penyebab penyakit ini adalah virus *Myxovirus*, *Coxsackie*, dan *Echo*.

b. Manusia

1) Umur

Berdasarkan hasil penelitian Anom (2006), risiko untuk terkena ISPA pada anak yang lebih muda umurnya lebih besar

dibandingkan dengan anak yang lebih tua umurnya. Dari hasil uji statistik menunjukkan ada pengaruh umur terhadap kejadian ISPA pada anak Balita. Dengan demikian, umur merupakan determinan dari kejadian ISPA pada anak Balita di wilayah kerja Puskesmas Blahbatuh II, dengan risiko untuk mendapatkan ISPA pada anak Balita yang berumur <3 tahun sebesar 2,56 kali lebih besar daripada anak Balita yang berumur ≥ 3 tahun. Hal berbeda justru terlihat dari hasil penelitian Daroham dan Mutiatikum (2009) yang menyebutkan bahwa yang berusia di atas 15 tahun lebih banyak menderita sakit ISPA (61,83%) dibandingkan dengan yang berusia di bawah 15 tahun (38,17%).

2) Jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian Daroham dan Mutiatikum (2009), menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan prevalensi, insiden maupun lama ISPA pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Namun menurut beberapa penelitian kejadian ISPA lebih sering didapatkan pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan, terutama anak usia muda, di bawah 6 tahun (Sinta, 2017).

5. Patofisiologi ISPA

Terjadinya infeksi antara bakteri dan flora normal di saluran nafas. Infeksi oleh bakteri, virus dan jamur dapat merubah pola kolonisasi bakteri. Timbul mekanisme pertahanan pada jalan nafas seperti filtrasi udara, inspirasi dirongga hidung, refleksi batuk, refleksi epiglotis, pembersihan mukosilier dan fagositosis. Karena menurunnya daya tahan tubuh penderita maka bakteri pathogen dapat melewati mekanisme system pertahanan tersebut, akibatnya terjadi invasi di daerah-daerah saluran pernapasan atas maupun bawah. Penularan penyakit ISPA dapat terjadi melalui udara yang telah tercemar, bibit penyakit masuk kedalam tubuh melalui pernapasan, oleh karena itu, maka penyakit ISPA ini termasuk golongan *Air Borne Disease*. Penularan melalui udara dimaksudkan adalah cara penularan yang terjadi tanpa kontak dengan penderita maupun dengan

benda terkontaminasi. Sebagian besar penularan melalui udara dapat pula menular melalui kontak langsung, namun tidak jarang penyakit yang sebagian besar penularannya adalah karena menghisap udara yang mengandung unsur penyebab atau mikroorganisme penyebab (Masriadi,2017).

6. Cara perawatan balita dengan masalah ISPA

Beberapa hal yang perlu dikerjakan seorang ibu untuk mengatasi anaknya yang menderita ISPA, adalah:

- a. Mengatasi panas (Demam) Demam diatasi dengan memberikan obat penurun panas golongan parasetamol.
- b. Pemberian makanan Berikan makanan yang cukup gizi dan memperbanyak jumlahnya setelah sembuh.
- c. Pemberian minuman Usahakan pemberian cairan (air putih) lebih banyak dari biasanya. Pemberian ASI pada bayi yang menyusui tetap diteruskan.
- d. Berikan kenyamanan pada anak Bila anak tersumbat hidungnya oleh ingus maka bersihkanlah hidung yang tersumbat tersebut agar anak dapat bernapas dengan lancar. Suruhlah anak beristirahat/berbaring di tempat tidur, pertahankan suhu tubuh.
- e. Perhatikan apakah ada tanda-tanda bahaya ISPA ringan/ISPA berat yang memerlukan bantuan khusus petugas kesehatan.

7. Pencegahan penyakit ISPA

Penyelenggaraan Program P2 ISPA dititikberatkan pada penemuan dan pengobatan penderita sedini mungkin dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat terutama kader, dengan dukungan pelayanan kesehatan dan rujukan secara terpadu disarana kesehatan yang terkait.

- a. Pencegahan tingkat pertama (*Primary Prevention*) Intervensi yang ditujukan bagi pencegahan faktor risiko dapat dianggap sebagai strategi untuk mengurangi kesakitan (insiden) pneumonia. Strategi tersebut adalah:
 - 1) Penyuluhan, dilakukan oleh tenaga kesehatan dimana kegiatan ini diharapkan dapat mengubah sikap dan perilaku masyarakat

terhadap hal-hal yang dapat meningkatkan faktor risiko penyebab ISPA, penyuluhan imunisasi, penyuluhan gizi seimbang pada ibu dan anak, penyuluhan kesehatan lingkungan, penyuluhan bahaya rokok.

- 2) Imunisasi yang merupakan strategi spesifik untuk dapat mengurangi angka kesakitan (insiden) pneumonia
 - 3) Usaha di bidang gizi yaitu untuk mengurangi malnutrisi, defisiensi vitamin A.
 - 4) Program KIA yang menangani kesehatan ibu dan bayi berat badan lahir rendah.
 - 5) Program Penyehatan Lingkungan Pemukiman (PLP) yang menangani masalah polusi di dalam maupun di luar rumah.
- b. Pencegahan tingkat kedua (*Secondary Prevention*) Upaya penanggulangan ISPA dilakukan dengan upaya pengobatan sedini mungkin. Upaya pengobatan yang dilakukan dibedakan atas klasifikasi ISPA yaitu:
- 1) Kelompok umur < 2 bulan, pengobatannya meliputi:
 - a) Pneumonia berat: rawat di rumah sakit, beri oksigen (jika anak mengalami sianosis sentral, tidak dapat minum, terdapat penarikan dinding dada yang hebat), terapi antibiotik dengan memberikan benzil penisilin dan gentamisin atau kanamisin.
 - b) Bukan Pneumonia: terapi antibiotik sebaiknya tidak diberikan, nasehati ibu untuk menjaga agar bayi tetap hangat, memberi ASI secara sering, dan bersihkan sumbatan pada hidung jika sumbatan itu mengganggu saat memberi makan.
 - 2) Kelompok umur 2 bulan - < 5 tahun, pengobatannya meliputi:
 - a) Pneumonia sangat berat: rawat di rumah sakit, berikan oksigen, terapi antibiotik dengan memberikan kloramfenikol secara intramuskuler setiap 6 jam. Apabila pada anak terjadi perbaikan (biasanya setelah 3-5 hari), pemberiannya diubah menjadi kloramfenikol oral, obati demam, obati mengi, perawatan suportif, hati-hati dengan pemberian terapi cairan, nilai ulang dua kali sehari.

- b) Pneumonia berat: rawat di rumah sakit, berikan oksigen, terapi antibiotik dengan memberikan benzil penisilin secara intramuscular setiap 6 jam paling sedikit selama 3 hari, obati demam, obati mengi, perawatan suportif, hati-hati pada pemberian terapi cairan, nilai ulang setiap hari.
- c) Pneumonia: diobati di rumah, terapi antibiotik dengan memberikan kotrimoksazol, ampicilin, amoksisilin oral, atau suntikan penisilin prokain intramuscular per hari, nasehati ibu untuk memberikan perawatan di rumah, obati demam, obati mengi, nilai ulang setelah 2 hari.
- d) Bukan pneumonia (batuk atau pilek): obati di rumah, terapi antibiotik sebaiknya tidak diberikan, terapi spesifik lain (untuk batuk dan pilek), obati demam, nasehati ibu untuk memberikan perawatan di rumah.

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Konsep keluarga

a. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

b. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam Efendi dan Makhfudli (2009) dikutip dalam (Achjar, 2010) adalah:

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana akan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan

perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga dan orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Se jauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah.

2) Membuat keputusan tindakan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut, agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut hal-hal yang harus dikaji oleh perawat:

- a) Se jauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- b) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan
- c) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami
- d) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit
- e) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- f) Apakah keluarga kurang percaya terhadap petugas kesehatan
- g) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah

3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a) Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, dan perawatannya)
- b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan

- c) Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan
- d) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau *financial*, fasilitas fisik, psikososial)
- e) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Mempertahakan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a) Sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga
 - b) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
 - c) Pentingnya hygiene sanitasi
 - d) Upaya pencegahan penyakit
 - e) Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi
 - f) Kekompakan antar anggota keluarga
 - 5) Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat
- Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:
- a) Keberadaan fasilitas keluarga
 - b) Keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan
 - c) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
 - d) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
 - e) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

c. Tahapan perkembangan dan tugas keluarga

Menurut Duvall (1985) dan Mc.Godrick (1989) dikutip dalam (Achjar, 2010). Tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 tahapan yaitu:

- 1) Tahap I (Pasangan keluarga baru/Keluarga pemula)

Dimulai saat individu pria dan wanita membentuk keluarga melalui perkawinan.

Tugas perkembangannya adalah:

- a) Membina hubungan intim yang memuaskan kehidupan baru.
 - b) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan lain-lain
 - c) Keluarga berencana
- 2) Tahap II (Keluarga anak pertama/*child bearing*)
- Tahap ini dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Masa ini merupakan masa transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Tugas perkembangannya adalah:
- a) Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran interaksi, seksual dan kegiatan)
 - b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan
 - c) Membagi peran dan tanggung jawab (peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan)
 - d) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
 - e) Menata ruang untuk anak
 - f) Biaya dana *child bearing*
 - g) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin
- 3) Tahap III (Keluarga dengan anak pra sekolah)
- Tahap ini dimulai dari anak pertama berusia 2,5 tahun sampai 5 tahun. Pada tahap ini anak sudah mulai mengenal kehidupan sosialnya, bergaul dengan teman sebaya, sangat sensitiv terhadap pengaruh lingkungan, sangat rawan dalam masalah kesehatan. Tugas perkembangannya adalah:
- a) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga
 - b) Membantu anak bersosialisasi
 - c) Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi
 - d) Mempertahankan hubungan di dalam maupun di luar keluarga
 - e) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
 - f) Pembagian tanggung jawab

- g) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak

4) Tahap IV (Keluarga dengan anak usia sekolah)

Keluarga pada tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun dan dimulai sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun dimana merupakan awal dari masa remaja (Dubai, 1997). Tugas perkembangannya adalah:

- a) Keluarga beradaptasi terhadap pengaruh teman dan sekolah anak
- b) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan diluar rumah, sekolah dan lingkungan yang lebih luas
- c) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- d) Menyediakan aktivitas untuk anak
- e) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga
- f) Meningkatkan komunikasi terbuka

5) Tahap V (Keluarga dengan anak remaja)

Tahap ini dimulai sejak anak usia 13 tahun sampai 20 tahun. Tahap ini adalah tahap yang paling rawan karena anak akan mencari identitasnya dalam membentuk kepribadiannya, menghendaki kebebasan, mengalami perubahan kognitif dan biologi, menyita banyak perhatian budaya orang muda, oleh karena itu teladan dari orang tua sangat diperlukan. Tugas perkembangannya adalah:

- a) Pengembangan terhadap remaja (memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonom)
- b) Memelihara komunikasi terbuka
- c) Memelihara hubungan intim dalam keluarga
- d) Mempersiapkan perubahan system peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga

6) Tahap VI (Keluarga dengan anak dewasa muda/tahap pelepasan)

Tahap ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah orang tua sampai dengan anak terakhir. Tugas perkembangannya adalah:

- a) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- b) Mempertahankan keintiman pasangan
- c) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- d) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- e) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- f) Membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit atau memasuki masa tua
- g) Orang tua berperan suami dan istri, kakek dan nenek
- h) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anaknya

7) Tahap VII (Keluarga usia pertengahan)

Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangannya adalah:

- a) Mempertahankan kesehatan
- b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
- c) Meningkatkan keakraban pasangan
- d) Mempertahankan kesehatan dengan olahraga, pengontrolan berat badan, diet seimbang, istirahat yang cukup
- e) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai
- f) Memulihkan hubungan antara generasi muda dan tua
- g) Keakraban dengan pasangan memulihkan hubungan/kontak dengan anak dan keluarga

- h) Persiapan masa tua/pensiun
- 8) Tahap VIII (Keluarga usia lanjut)

Tahap ini dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun sampai keduanya meninggal. Tugas perkembangannya adalah:

- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- b) Adaptasi dengan perubahan, kehilangan pasangan, teman dan lain-lain
- c) Mempertahankan keakraban suami istri yang saling merawat
- d) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat
- e) Melakukan “*life review*”

2. Konsep asuhan keperawatan keluarga

Menurut teori/model *Family Centre Friedman* dikutip dalam (Achjar, 2010), pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Pengkajian

1) Data umum

- a) Identitas, kepala keluarga
 - (1) Nama kepala keluarga
 - (2) Umur (KK)
 - (3) Pekerjaan kepala keluarga
 - (4) Pendidikan kepala keluarga
 - (5) Alamat dan nomer telepon
- b) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.3
Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	Jenis Kelamin	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber : Achjar, 2010

c) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi.

d) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala masalah yang terjadi

Menurut Sussman (1974) dan Maclin (1998), tipe keluarga dibedakan berdasarkan keluarga tradisional dan non tradisional

(1) Keluarga tradisional

(a) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama

(b) Keluarga dengan orang tua tunggal (*single parent*) yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan

(c) Pasangan inti (keluarga *Dyad*), hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka

(d) Bujang dewasa (*single adult*) yang tinggal sendirian

(e) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal dirumah dengan anak sudah kawin atau bekerja

(f) Jaringan keluarga besar terdiri dari dua keluarga inti atau lebih atau anggota keluarga yang tidak menikah yang hidup berdekatan dalam daerah geografis

(2) Keluarga non tradisional

(a) Keluarga dengan orang tua yang mempunyai anak tetapi tidak menikah (biasanya terdiri dari ibu dan anak saja)

(b) Pasangan suami istri yang tidak menikah dan telah mempunyai anak

(c) Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama yang hidup bersama sebagai pasangan yang menikah

(d) Keluarga komuni adalah rumah tangga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama

e) Suku bangsa

- (1) Asal suku bangsa keluarga
- (2) Bahasa yang dipakai keluarga
- (3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

f) Agama

- (1) Agama yang dianut keluarga
- (2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

g) Status sosial ekonomi keluarga

- (1) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- (2) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
- (3) Tabungan khusus kesehatan
- (4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)

h) Aktifitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya mengunjungi tempat rekreasi namun menonton tv dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Menurut Duvall (1985) dan Mc.Godrick (1989) dikutip dalam (Achjar, 2010) tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 tahapan yaitu:

(1) Tahap I (Pasangan keluarga baru/Keluarga pemula)

Dimulai saat individu pria dan wanita membentuk keluarga melalui perkawinan.

(2) Tahap II (Keluarga anak pertama/*child bearing*)

Tahap ini dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Masa ini merupakan masa transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis.

(3) Tahap IV (Keluarga dengan anak usia sekolah)

Keluarga pada tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun dan dimulai sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun dimana merupakan awal dari masa remaja (Dubai, 1997)

(4) Tahap V (Keluarga dengan anak remaja)

Tahap ini dimulai sejak anak usia 13 tahun sampai 20 tahun

(5) Tahap VI (Keluarga dengan anak dewasa muda/tahap pelepasan)

Tahap ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah orang tua sampai dengan anak terakhir

(6) Tahap VII (Keluarga usia pertengahan)

Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal

(7) Tahap VIII (Keluarga usia lanjut)

Tahap ini dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun sampai keduanya meninggal

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

c) Riwayat keluarga inti

(1) Riwayat terbentuknya keluarga inti

(2) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular di keluarga)

d) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)

(1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga

(2) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

3) Lingkungan

a) Karakteristik rumah

- (1) Ukuran rumah (luas rumah)
- (2) Kondisi dalam dan luar rumah
- (3) Kebersihan rumah
- (4) Ventilasi rumah
- (5) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
- (6) Air bersih
- (7) Pengeluaran sampah
- (8) Kepemilikan rumah
- (9) Kamar mandi
- (10) Denah rumah

b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

- (1) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
- (2) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
- (3) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

c) Mobilitas geografis keluarga

- (1) Apakah keluarga sering pindah rumah
- (2) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

- (1) Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga

e) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

4) Struktur keluarga

a) 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 apakah hal-hal/masalah dalam keluarga yang menutup diskusi. (Achjar, 2010)

b) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah:

- (1) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
- (2) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/keepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)?
- (3) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?

c) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dan masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani.

d) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

5) Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif

- (1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- (2) Perasaan saling memiliki
- (3) Dukungan terhadap anggota keluarga
- (4) Saling menghargai, kehangatan

b) Fungsi sosialisasi

- (1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- (2) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

c) Fungsi perawatan kesehatan

- (1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi)

- (2) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)

6) Stress dan koping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu ± 6 bulan dan stressor jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.

b) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.

c) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

d) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

7) Pengkajian fisik

a) Aktivitas/istirahat

Istirahat kurang, terjadi kelemahan, tekanan darah sistol menurun dan denyut nadi meningkat > 100 kali per menit

b) Integritas ego

Konflik interpersonal keluarga, kesulitan ekonomi, perubahan persepsi tentang kondisinya, dan kehamilan tak direncanakan

c) Eliminasi

Perubahan pada konstipasi defekasi, peningkatan frekuensi berkemih dan peningkatan konsentrasi urine

d) Makanan/cairan

Mual dan muntah yang berlebihan 4-8minggu, nyeri epigastrium, penurunan berat badan 5-10 kg, iritasi dan kemerahan pada membrane mukosa mulut, Hb dan Ht rendah, nafas berbau aseton, turgor kulit berkurang, mata cekung dan lidah kering

e) Pernafasan

Frekuensi nafas meningkat

f) Keamanan

Suhu kadang naik, berat badan lemah, ikterus dan dapat jatuh dalam koma

g) Seksualitas

Penghentian menstruasi, bila keadaan ibu membahayakan maka dilakukan abortus terapeetik

h) Interaksi sosial

Perubahan status kesehatan/stressor kehamilan, perubahan peran, respon anggota keluarga yang dapat bervariasi terhadap hospitalisasi dan sakit, serta system pendukung yang kurang

i) Pembelajaran dan penyuluhan

Dasar pembelajaran pada kasus hiperemesis gravidarum adalah sebagai berikut:

- (1) Segala yang dimakan dan diminum dimuntahkan, terlebih jika sudah lama berlangsung
- (2) Berat badan turun lebih dari 5-10% dari berat badan normal ibu sesuai usia kehamilan
- (3) Turgor kulit, lidah kering
- (4) Adanya aseton dalam urine

8) Harapan keluarga

- a) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- b) Terhadap petugas kesehatan yang ada

b. Analisa data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti:

1) Diagnosa sehat/*wellness*

Diagnosa sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (*problem*) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

2) Diagnosis ancama (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko terdiri dari *problem* (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

3) Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Faktor penyebab
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakan keluarga
 - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami

- d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
- 3) ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
- a) bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
- a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya hygiene sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses scoring:

Tabel 2.4
Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah : ☐ Tidak/kurang sehat ☐ Ancaman kesehatan ☐ Krisis	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : ☐ Dengan mudah ☐ Hanya sebagian ☐ Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk diubah : ☐ Tinggi	3	

No	Kriteria	Nilai	Bobot
4	☐ Cukup	2	1
	☐ Rendah	1	
	Menonjolnya masalah :		1
	☐ Masalah berat harus ditangani	2	
	☐ Masalah yang tidak perlu segera ditangani	1	
	☐ Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber: Achjar, 2010

Skoring

- Tentukan skor untuk setiap kriteria
- Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- Jumlah skor untuk semua kriteria
- Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Diagnosa yang mungkin muncul:

- Bersihan jalan nafas tidak efektif pada keluarga Bapak R, khususnya Anak A berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- Hipertermi pada keluarga Bapak R, khususnya Anak A berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

c. Intervensi

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus menggunakan SMART (S= *spesifik*, M= *measurable*/dapat diukur, A= *achievable*/dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

d. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari

keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (Achjar, 2010).

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Pengukuran efektivitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga didokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, analisis, *planning*), (Achjar, 2010).