

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson Manusia mengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh-kembang dalam rentang kehidupan (*life span*). Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu memulainya dengan bergantung pada orang lain dan belajar untuk mandiri melalui sebuah proses yang disebut pendewasaan. Proses tersebut dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan sekitar, dan status kesehatan individu. Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu:

- a. Terhambat dalam melakukan aktivitas
- b. Belum mampu melakukan aktivitas
- c. Tidak dapat melakukan aktivitas

Henderson dalam Potter Perry membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen sebagai berikut:

- a. Bernafas secara normal

Bantuan yang dapat diberikan kepada klien oleh perawat adalah membantu memilih tempat tidur. Kursi yang cocok, serta menggunakan bantal, alas dan sejenisnya sebagai alat pembantu agar klien dapat bernafas secara normal dan kemampuan mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya kepada klien.

- b. Makan dan minum yang cukup

Perawat harus mampu memberikan penjelasan mengenai tinggi dan berat badan yang normal, kebutuhan nutrisi yang diperlukan. Pemilihan dan penyediaan makanan, dengan tidak lupa memperhatikan latar belakang dan sosial klien.

- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)

Perawat harus mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan normalnya, jarak waktu pengeluaran, dan frekuensi pengeluaran.

- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan  
Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar.
- e. Tidur dan istirahat  
Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat  
Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan  
Perawat harus mengetahui fisiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature, kelembapan atau pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan atau mengurangi aktifitasnya.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan  
Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep-konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standart kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwannya.
- i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman  
Perawat mampu melindungi klien dari trauma dan bahaya yang timbul yang mungkin banyak faktor yang membuat klien tidak merasa nyaman dan aman.
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini  
Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik.

k. Beribadah sesuai agama dan kepercayaan

Perawat mampu untuk menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh terhadap upaya penyembuhan.

l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup

Dalam perawatan dasar maka penilaian terhadap interpretasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja.

m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai untuk rekreasi

Perawat mampu memilihkan aktifitas yang cocok sesuai umur, kecerdasan, pengalaman dan selera klien, kondisi, serta keadaan penyakitnya.

n. Belajar menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Mubarak, 2015).

## 2. Pengertian Oksigen

Oksigen adalah proses penambahan  $O_2$  kedalam sistem (kimia atau fisika). Oksigen ( $O_2$ ) merupakan gas titik berwarna dan tidak berbau yang sangat dibutuhkan dalam proses metabolisme sel. Sebagai hasilnya, terbentuklah karbondioksida, energi, dan air. Akan tetapi, penambahan  $CO_2$  yang melebihi batas normal pada tubuh akan memberikan dampak yang cukup bermakna terhadap aktivitas sel (Mubarak, 2008).

Masalah keperawatan yang umum terjadi terkait dengan kebutuhan oksigen salah satunya adalah bersihan jalan nafas tidak efektif. Masalah keperawatan ini menggambarkan kondisi jalan nafas yang tidak bersih, misalnya karena adanya sumbatan, penumpukan secret, penyempitan jalan nafas spasme bronkus, dan lain-lain (Asmadi, 2009). Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (SDKI, 2017).

### 3. Fisiologi Pernafasan

Terdiri dari dua jenis:

a. Pernafasan eksternal (pernafasan pulmoner) mengacu pada keseluruhan proses pertukaran  $O_2$  dan  $CO_2$  antara lingkungan eksternal dan sel tubuh. Secara umum, proses ini berlangsung dalam tiga langkah, yakni ventilasi pulmoner, pertukaran gas alveolar, serta transport oksigen dan karbondioksida.

#### 1) Ventilasi pulmoner

Saat bernafas, udara bergantian masuk keluar paru melalui proses ventilasi sehingga terjadi pertukaran gas antara lingkungan eksternal dan alveolus. Proses ventilasi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu jalan nafas yang bersih, sistem saraf dan sistem pernafasan yang utuh, rongga toraks yang mampu mengembang dan berkontraksi dengan baik, serta komplians paru yang adekuat.

#### 2) Pertukaran gas alveolar

Setelah oksigen memasuki alveolus, proses pernafasan berikutnya adalah difusi oksigen dari alveolus ke pembuluh darah pulmoner. Difusi adalah pergerakan molekul dari area berkonsentrasi atau bertekanan tinggi ke area berkonsentrasi atau bertekanan rendah. Proses ini berlangsung di alveolus dan membran kapiler, dan dipengaruhi oleh ketebalan membran serta perbedaan tekanan gas.

#### 3) Transport oksigen dan karbondioksida

Tahap ketiga pada proses pernafasan adalah transport gas-gas pernafasan. Pada proses ini, oksigen diangkut dari paru menuju jaringan dan karbondioksida diangkut dari jaringan kembali menuju paru.

a) Transport  $O_2$ . Proses ini berlangsung pada sistem jantung dan paru-paru. Normalnya, Sebagian besar oksigen (97%) berikatan lemah dengan hemoglobin dan diangkut keseluruh jaringan dalam bentuk oksihemoglobin ( $HbO_2$ ), dan sisanya terlarut dalam plasma. Proses ini dipengaruhi oleh ventilasi (jumlah  $O_2$

yang masuk ke paru) dan perfusi (aliran darah ke paru dan jaringan). Kapasitas darah yang membawa oksigen dipengaruhi oleh jumlah  $O_2$  dalam plasma, jumlah hemoglobin (Hb), dan ikatan  $O_2$  dengan Hb.

b) Transport  $CO_2$ . Karbondioksida sebagai hasil metabolisme sel terus menerus diproduksi dan diangkut menuju paru dalam tiga acara:

(1) Sebagian besar karbondioksida (70%) diangkut dalam sel darah merah dalam bentuk bikarbonat ( $HCO_3^-$ ).

(2) Sebanyak 23% karbondioksida berikatan dengan hemoglobin membentuk karbaminohemoglobin.

(3) Sebanyak 7% diangkut dalam bentuk larutan di dalam plasma dan dalam bentuk karbonat.

b. Pernafasan internal

Pernafasan internal (pernafasan jaringan) mengacu pada proses metabolisme intrasel yang berlangsung dalam mitokondria, yang menggunakan  $O_2$  dan menghasilkan  $CO_2$  selama proses penyerapan energi molekul nutrient. Pada proses ini, darah yang banyak mengandung oksigen dibawa ke seluruh tubuh hingga mencapai kapiler sistemik. Selanjutnya terjadi pertukaran  $O_2$  dan  $CO_2$  antara kapiler sistemik dan sel jaringan. Seperti di kapiler paru, pertukaran ini juga melalui proses difusi pasif mengikuti penurunan gradien tekanan parsial (Mubarak, 2008).

#### 4. Konsep Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Konsep bersihan jalan nafas tidak efektif menurut SDKI 2017

a. Pengertian bersihan jalan nafas tidak efektif

Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tidak paten.

b. Penyebab

- 1) Spasme jalan nafas
- 2) Hipersekreasi jalan nafas
- 3) Benda asing dalam jalan nafas

- 4) Sekresi yang tertahan
- 5) Hyperplasia dinding jalan nafas
- 6) Proses infeksi
- c. Gejala dan tanda mayor
  - 1) Subjektif
    - a) (tidak tersedia)
  - 2) Objektif
    - a) Batuk tidak efektif
    - b) Tidak mampu batuk
    - c) Sputum berlebih
    - d) Mengi, wheezing dan atau ronkhi kering
    - e) Meconium di jalan nafas (pada neonates)
- d. Gejala dan tanda minor
  - 1) Subjektif
    - a) Dispnea
    - b) Sulit bicara
    - c) Ortopnea
  - 2) Objektif
    - a) Gelisah
    - b) Sianosis
    - c) Bunyi nafas turun
    - d) Frekuensi nafas berubah
    - e) Pola nafas berubah
- e. Kondisi klinis terkait
  - 1) Cedera kepala
  - 2) Stroke
  - 3) Sindrom aspirasi meconium
  - 4) Infeksi saluran nafas

## **5. Faktor Yang Mempengaruhi Terhadap Bersihan Jalan Nafas**

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) faktor penyebab bersihan jalan tidak efektif yaitu:

- a. Lingkungan: merokok, menghirup asap rokok.
- b. Obstruksi jalan nafas: spasme jalan nafas, retensi sekret, mukosa berlebih, adanya jalan nafas buatan, terdapat benda asing di jalan nafas, sekret di bronchi, dan eksudat di alveoli.
- c. Fisiologis: disfungsi neuromuscular, hyperplasia dinding bronchial, PPOK, infeksi, asma, jalan nafas alergetik (trauma).

## 6. Manifestasi Klinis

Dampak dari penyakit ini dapat menyebabkan inflamasi pada bronkus ditandai dengan adanya penumpukan sekret sehingga terjadi demam, menyebabkan hipertemi, batuk produktif dan ronchi positif. Adanya penumpukan sekret ini jika tidak dapat dikeluarkan dari jalan nafas dapat menyebabkan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif dan perubahan pola nafa. Bila tidak segera ditangani komplikasi yang dapat terjadi adalah kolaps alveoli, eksudat masuk ke alveoli menyebabkan mual muntah, metabolisme meningkat terjadi resiko kurang dari kebutuhan tubuh. Kolaps alveoli mengakibatkan penyempitan jalan nafas, sesak nafas dapat menyebabkan gangguan pertukaran gas. Menyebabkan peningkatan frekuensi nafas, hipoksemia, acidosis respiratori, pada klien terjadi sianosi, dispnea dan kelelahan yang mengakibatkan intoleransi aktifitas (Wijayaningsih, 2013).

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Sistem Pernafasan (Irman Soemantri, 2009)

#### a. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan perawat ketika menghadapi klien dengan gangguan sistem pernafasan meliputi riwayat kesehatan, *review* sistem (*head to toe*), dan pengkajian psikososial.

#### b. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan yang dikaji meliputi masalah aktual yang terjadi saat ini dan masalah kesehatan di masa lalu. Dalam mengkaji klien dan

keluarga, perawat berfokus pada manifestasi klinis dari keluhan utama, kejadian yang membuat kondisi sekarang ini, riwayat perawatan terdahulu, riwayat keluarga, dan riwayat psikososial. Riwayat kesehatan dimulai dari biografi klien. Aspek biografi yang sangat erat hubungannya dengan gangguan oksigenasi mencakup usia, jenis kelamin, pekerjaan (terutama yang berhubungan dengan kondisi tempat kerja), dan tempat tinggal. Keadaan tempat tinggal mencakup kondisi tempat tinggal serta apakah klien tinggal sendiri atau dengan orang lain (berguna ketika perawat melakukan perencanaan pulang-*discharge planning*).

1) Keluhan utama

Keluhan utama akan membantu dalam mengkaji pengetahuan klien tentang kondisi saat ini dan menentukan prioritas intervensi. Keluhan utama yang biasa muncul pada klien gangguan kebutuhan oksigenasi dan karbondioksida antara lain batuk, peningkatan produksi sputum, dispnea, hemoptisis, *wheezing*, *stridor*, dan *chest pain*.

2) Riwayat kesehatan masa lalu

Perawat menanyakan tentang riwayat penyakit pernafasan klien. Secara umum pertanyaan yang dapat diajukan pada klien adalah sebagai berikut.

- a) Riwayat rokok.
- b) Pengobatan saat ini
- c) Alergi.
- d) Tempat tinggal.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Sekurang-kurangnya ada tiga alasan yang mengharuskan perawat menanyakan riwayat kesehatan keluarga dan riwayat sosial klien pada penyakit paru-paru, yaitu sebagai berikut.

- a) Penyakit infeksi tertentu.
- b) Kelainan alergi.
- c) Daerah yang dihuni.



c. Review sistem (*head to toe*)

1) Inspeksi

- a) Pemeriksaan dada dimulai dari thorak posterior, klien pada posisi duduk.
- b) Dada diobservasi dengan membandingkan satu sisi dengan yang lainnya.
- c) Tindakan dilakukan dari atas sampai bawah.
- d) Inspeksi thorak posterior, meliputi warna kulit dan kondisinya, lesi, massa, dan gangguan tulang belakang, seperti kifosis, scoliosis, dan lordosis.
- e) Catat jumlah, irama, kedalaman pernafasan, dan kesimetrisan pergerakan dada.
- f) Observasi tipe pernafasan, seperti pernafasan hidung atau pernafasan diafragma, dan penggunaan otot bantu pernafasan.
- g) Kelainan bentuk dada.
- h) Observasi kesimetrisan pergerakan dada.

2) Palpasi

- a) Dilakukan untuk mengkaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas dan mengidentifikasi keadaan kulit.
- b) Palpasi thorak untuk mengetahui abnormalitas yang terkaji saat inspeksi seperti: massa, lesi, bengkak.
- c) Kaji juga kelembutan kulit, terutama jika klien mengeluh nyeri.
- d) *Vocal premitus*, yaitu getaran dinding dada yang dihasilkan Ketika berbicara.

3) Perkusi

Perkusi adalah mengetuk struktur tubuh untuk menghasilkan suara. Terdapat dua teknik perkusi untuk regio torak.

- a) Perkusi langsung, yaitu pemeriksa memukul thorak klien dengan bagian jari tengah atau keempat ujung jari tangannya yang dirapatkan.

- b) Perkusi tak langsung, yaitu pemeriksa menempelkan suatu objek padat yang disebut pleksimeter (biasanya satu jari tengah) pada dada klien, lalu sebuah objek lain yang disebut pleksor (jari tengah lainnya) untuk memukul pleksimeter tadi sehingga menimbulkan suara.
  - c) Suara perkusi normal
    - (1) Resonan (sonor)
    - (2) *Dullness*
    - (3) Timpani
  - d) Suara perkusi abnormal
    - (1) Hipersonar
    - (2) *Flatness*
- 4) Auskultasi
- a) Merupakan pengkajian yang sangat bermakna, mencakup mendengarkan bunyi nafas normal, bunyi nafas tambahan (abnormal).
  - b) Suara nafas normal dihasilkan dari getaran udara Ketika melalui jalan nafas dari laring ke alveoli, dengan sifat bersih.
  - c) Suara nafas normal meliputi bronkial, bronkovesikuler, dan vesikuler.
  - d) Suara nafas tambahan meliputi *wheezing*, *ronchi*, *pleural friction rub*.
  - e) *Crackles*.
- d. Diagnosis keperawatan
- Diagnosis keperawatan pada klien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi yang mencakup ventilasi, difusi, transportasi sesuai dengan klasifikasi SIKI (2019) dan pengembangan diri dari penulis antara lain sebagai berikut.
- 1) Proses ventilasi
    - a) Bersihan jala nafas tidak efektif
 

Adalah suatu kondisi dimana individu tidak mampu untuk batuk secara efektif.

- b) Pola nafas tidak efektif
  - Adalah suatu kondisi tidak adekuatnya ventilasi berhubungan dengan perubahan pola nafas.
- 2) Proses difusi
  - a) Kerusakan pertukaran gas
    - Adalah suatu kondisi dimana terjadinya penurunan intake gas antara alveoli dan sistem vaskuler.
  - 3) Proses transportasi gas
    - a) Pola nafas tidak efektif
    - b) Kerusakan pertukaran gas
- e. Intervensi umum
  - 1) Posisi
    - Posisi klien dengan masalah respiratori biasanya lebih nyaman jika mereka diberikan posisi *semifowler/fowler*. Elevasi kepala dan leher akan meningkatkan ekspansi paru dan meningkatkan efisiensi otot pernafasan.
  - 2) Kontrol lingkungan
    - Penyebab tinggal yang penting terjadinya iritasi saluran pernafasan adalah merokok. Pada saat merawat klien dengan gangguan respiratori, tempatkan klien pada lingkungan yang bebas polutan.
  - 3) Aktivitas dan istirahat
    - Beberapa penyakit akut seperti ISPA, memerlukan *bedrest* beberapa hari sebelum aktivitas normal kembali.
  - 4) Oral hygiene
    - Banyak klien yang kesulitan bernafas melalui hidung, mereka bernafas melalui mulut sehingga mukosa mulut menjadi kering dan beriko menjadi stomatitis. Batuk sering terjadi dan sputum dapat menjadi kering. Atas dasar alasan tersebut oral hygiene penting untuk klien dengan masalah respiratori. Pembersihan mulut akan mengurangi rasa dan bau yang tidak sedap. Penggunaan antiseptik akan menolong mengurangi jumlah kuman patogen pada kavum oral, sehingga mencegah terjadinya infeksi.

## 5) Hidrasi adekuat

Pemberian cairan sangat penting dilakukan pada klien dengan gangguan sistem pernafasan. Cairan yang paling dianjurkan adalah air hangat. Air hangat dapat merangsang pengenceran sekret pada saluran nafas. Melalui proses konduksi, cairan hangat yang masuk akan menghangatkan saluran pernafasan yang banyak mengandung pembuluh darah dan dapat menimbulkan efek vasodilatasi, sehingga cairan dari pembuluh darah tersebut dapat diserap oleh sekret. Selain itu, dalam air hangat terkandung uap air yang secara langsung terhirup saat klien bernafas dan berguna dalam mengencerkan dahak.

## f. Agen farmakologi untuk sistem pernafasan

## 1) Antimikrobal (antibiotik)

Biasanya ampicillin dan tetracycline dapat digunakan untuk mengobati infeksi paru. Meskipun begitu penyebab yang sering pada infeksi saluran pernafasan adalah virus. Pengobatan untuk infeksi virus bersifat simtomatik.

## 2) Adrenal glukokortikoid (prednison)

Digunakan untuk mengurangi inflamasi, dengan cara mempertebal dinding bronkial dan menurunkan ukuran lumen bronkial.

## 3) Antitusif

Antitusif berfungsi untuk menghambat refleks batuk pada pusat batuk. Seperti *benzoinatate*, *codein phosphate*, *dextrometophan hydrobromida*, dan *hydrocodone bitartrate*.

## g. Terapi respirasi

## 1) Memfasilitasi batuk efektif dan nafas dalam

Batuk efektif adalah tindakan yang diperlukan untuk membersihkan sekret. Tujuan nafas dalam dan batuk adalah untuk meningkatkan ekspansi paru, mobilisasi sekret, dan mencegah efek samping dari retensi sekret.

Idealnya klien pada posisi duduk tegak di tepi tempat tidur atau kursi dengan kaki disokong. Klien dianjurkan untuk mengambil

nafas dalam secara perlahan, menahan sedikitnya tiga detik dan mengeluarkannya perlahan. Bila sekret sudah terdengar, batuk dapat dimulai dengan inspirasi maksimum.

Batuk yang efektif sangat penting karena dapat meningkatkan mekanisme pembersihan jalan nafas. Batuk yang tidak efektif akan dapat menyebabkan efek yang merugikan pada klien dengan penyakit paru kronik berat, seperti kolaps saluran nafas, dan pneumotorak.

## 2) Fisioterapi dada

Fisioterapi dada terdiri atas postural drainase, dan perkusi dada. Biasanya ketiga metode digunakan pada posisi yang berbeda diikuti dengan nafas dalam dan batuk.

Perkusi dada dilakukan dengan mengetuk dinding dada dengan tangan. Untuk melakukan perkusi dada, tangan dibentuk seperti mangkuk dengan memfleksikan jari dan meletakkan ibu jari bersentuhan dengan jari telunjuk. Perkusi dinding dada secara mekanis akan melepaskan sekret.

Postural drainase merupakan pemberian posisi terapeutik pada klien untuk memungkinkan sekresi paru mengalir berdasarkan gravitasi ke dalam bronkus mayor dan trakea. Dalam pelaksanaannya postural drainase menggunakan posisi yang khusus untuk mengalirkan sekret, yaitu dengan menggunakan pengaruh gravitasi. Postural drainase ini dilakukan untuk

- a) Menggerakkan sekret yang terakumulasi pada klien dengan masalah respirasi.
- b) Mencegah akumulasi sekret pada klien yang tidak sadar atau yang diberikan ventilasi mekanis.

## 3) Pemberian inhalasi uap sederhana

Menurut (Wirjodiarjo, 2011) Campurkan minyak kayu putih dengan air panas dengan perbandingan 2-3 tetes minyak kayu putih untuk 250 ml (1 gelas) air hangat, tempatkan pasien dan campurkan di ruangan tertutup (gunakan handuk) supaya uap tidak

tercampur dengan udara bebas. Hirup uap dari campuran tersebut selama  $\pm$  5-10 menit atau pasien sudah merasa lega dengan pernafasan.

## 2. Asuhan Keperawatan Keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model Family Centre Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

### a. Data umum

#### 1) Identitas kepala keluarga

- a) Nama kepala keluarga.
- b) Umur (KK).
- c) Pekerjaan kepala keluarga.
- d) Pendidikan kepala keluarga
- e) Alamat dan nomor telepon

#### 2) Komposisi anggota keluarga

Komposisi anggota keluarga (Achjar, 2010)

Tabel. 1

No	Nama	Sex	Hubungan	Umur (TTL)	Pendidikan	Pekerjaan	Status Kesehatan

#### 3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar.

#### 4) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

##### a) Keluarga tradisional

- (1) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak kandung atau anak angkat.

- (2) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman, dan bibi.
  - (3) Keluarga dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
  - (4) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
  - (5) *Single adult* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
  - (6) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- b) Keluarga non tradisional
- (1) *Commune family* yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
  - (2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
  - (3) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam rumah tangga.
- 5) Suku bangsa
- a) Asal suku bangsa keluarga.
  - b) Bahasa yang dipakai keluarga.
  - c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.
- 6) Agama
- a) Agama yang dianut keluarga.
  - b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan.
- 7) Status sosial ekonomi keluarga
- a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga.
  - b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan.
  - c) Tabungan khusus kesehatan.

- d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perbot, transportasi).
- 8) Aktifitas rekreasi keluarga
- a. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
    - 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
      - a) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru.
      - b) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (ditentukan anak tertua bayi sampai umur 30 bulan).
      - c) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun).
      - d) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun).
      - e) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun).
      - f) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak akhir yang meninggalkan rumah).
      - g) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiunan)
      - h) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiunan dan lansia.
    - 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
    - 3) Riwayat keluarga inti
    - 4) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
      - a. Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular dikeluarga.
      - b. Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.



b. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

- a) Ukuran rumah (luas rumah)
- b) Kondisi dalam dan luar rumah
- c) Kebersihan rumah
- d) Ventilasi rumah
- e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
- f) Air bersih
- g) Pengeluaran sampah
- h) Kepemilikan rumah
- i) Kamar mandi/wc
- j) Denah rumah

2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

- a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja.
- b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat.
- c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

- a) Apakah keluarga sering pindah rumah.
- b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)

4) Perkumpulan keluarga dengan interaksi dengan masyarakat

- a) Perkumpulan/ organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga.

5) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Achjar, 2010).

c. Strukur keluarga

Menurut Setiadi (2008), struktur keluarga adalah sebagai berikut:

## 1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, apakah hal-hal/masalah dalam keluarga yang menutupi diskusi.

## 2) Stuktur kekuatan keluarga

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

- a) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
- b) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (ortoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)?
- c) Siapakah pengambil keputusan tersebut?

## 3) Struktur peran (formal dan informal)

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

## 4) Nilai dan norma keluarga

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

## d. Fungsi keluarga

Menurut Achjar (2010), fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

## 1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang.
- b) Perasaan saling memiliki.

- c) Dukungan terhadap anggota keluarga.
  - d) Saling menghargai, kehangatan.
- 2) Fungsi sosialisasi
- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.
  - b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga.
- 3) Fungsi perawatan kesehatan
- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi)
  - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan).
- e. Stress dan koping keluarga

Menurut Setiadi (2008), stress dan koping keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang  
Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu  $\pm 6$  bulan dan jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.
- 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor  
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.
- 3) Strategi koping yang digunakan  
Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

## 4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

## f. Pemeriksaan fisik

## Pemeriksaan Fisik

Tabel. 2

Aspek	Yang mungkin muncul
Kesadaran umum	Lemah dan sesak
Kesadaran	Composmentis
Tanda-tanda vital	a) Suhu meningkat ( $>37^{\circ}\text{C}$ ) b) Nadi meningkat (N: 70-100x/menit) c) Tekanan darah meningkat atau dalam batas normal d) Pernafasan biasanya mengalami peningkatan
Kulit	a) Ruam/lesi: berkaitan dengan vaskulitides dan efek obat yang merugikan b) Panas/hangat (kalor): tanda infalmasi c) Warna kulit kemerahan
Rambut	a) Rambut hitam, bersih, tidak mudah rontok
Mata	a) Konjuktiva tidak anemis b) Tidak menggunakan alat bantu penglihatan
Telinga	a) Pendengaran baik b) Tidak terdapat caries
Mulut	a) Lidah tidak kotor b) Tidak terdapat caries
Dada	a) Meliputi pemeriksaan IPPA
Kardiovaskuler	a) Meliputi pemeriksaan IPPA
Abdomen	a) Meliputi pemeriksaan IPPA

Menurut (Smeltzer & Bare, 2002)

## g. Harapan keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada

## 3. Analisa Data

Setelah dilakuka pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnose seperti:

a. Diagnosis sehat/*wellness*

Diagnosa sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri

dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

b. Diagnosis ancaman (resiko)

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

c. 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:

a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:

- 1) Persepsi terhadap keparahan penyakit
- 2) Pengertian
- 3) Tanda dan gejala
- 4) Faktor penyebab
- 5) Persepsi keluarga terhadap masalah

b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:

- 1) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan harusnya masalah
- 2) Masalah dirasakan keluarga
- 3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
- 4) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- 5) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
- 6) Informasi yang salah

- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
  - 1) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
  - 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - 3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
  - 4) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- d. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
  - 1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - 2) Pentingnya hygiene sanitasi
  - 3) Upaya pencegahan penyakit
- e. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
  - 1) Keberadaan fasilitas kesehatan
  - 2) Keuntungan yang didapat
  - 3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
  - 4) Pengalaman keluarga yang kurang baik
  - 5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

#### **4. Diagnosa Keperawatan ISPA Menurut Manurung (2009)**

- a. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi berlebihan akibat proses inflamasi
- b. Ganggua rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi jalan nafas akibat infeksi
- c. Defisit volume cairan
- d. Kurang pengetahuan akibat penyakitnya

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel.

Tabel. 3  
Proses Skoring Prioritas Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah:		
	a. Tidak/kurang sehat	3	1
	b. Ancaman kesehatan	2	
	c. Krisis	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
a.	Dengan mudah	2	2
	Hanya Sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk diubah		
	a. Tinggi	3	1
	b. Cukup	2	
	c. Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		
a.	Masalah berat harus ditangani	2	1
	Masalah yang tidak perlu segera ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

Menurut (Setiadi, 2008)

## 5. Skoring

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angkat tertinggi dan kalikan dengan bobot
- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- d. Skor tertinggi adalah 5 dan semua untuk seluruh bobot

Diagnosa yang mungkin muncul:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada keluarga Tn. X khususnya An. Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah ISPA.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada keluarga Tn. X khususnya An. Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan masalah ISPA.
- c. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada keluarga Tn. X khususnya An. Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit.

- d. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada keluarga Tn. X khususnya An. Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan.
- e. Bersihan jalan nafas tidak efektif pada keluarga Tn. X khususnya An. Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.

## **6. Intervensi Keperawatan Keluarga**

Perencanaan diawali dengan menggunakan 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/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S: spesifik, M: measurable/dapat diukur, A: achievable/dapat dicapai, R: reality, T: timr limited/punya limit waktu) (Achjar, 2010).



Tabel. 4  
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Intervensi
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan KMK mengenal masalah masalah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada keluarga diharapkan masalah dapat teratasi.	1. Setelah empat kali pertemuan keluarga mampu mengenal masalah bersihan jalan nafas tidak fektif.			
			1.1 Keluarga menyebutkan pengertian ISPA.	Respon verbal.	ISPA merupakan salah satu penyakit yang menyerang saluran utama pernafasan yaitu hidung, alveoli, sinus.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang ISPA.</li> <li>2. Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti.</li> <li>3. Evaluasi kembali tentang pengertian ISPA.</li> <li>4. Beri reinforcement positif pada keluarga.</li> </ol>
			1.2 Keluarga mampu menyebutkan penyebab ISPA.	Respon verbal.	Penyebab penyakit ISPA: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disebabkan oleh virus.</li> <li>2. Faktor lingkungan.</li> <li>3. Cuaca.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab ISPA.</li> <li>2. Minta keluarga menentukan penyebab ISPA pada klien.</li> <li>3. Evaluasi kembali tentang penyebab ISPA.</li> <li>4. Beri reinforcement positif pada keluarga.</li> </ol>
			1.3 Keluarga mampu menyebutkan tanda-tanda ISPA.	Repon verbal.	Menyebutkan dari tanda-tanda ISPA: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sering bersin.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda ISPA.</li> <li>2. Bersama keluarga identifikasi</li> </ol>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Hidung tersumbat atau berair.</li> <li>3. Batuk-batuk dan tenggorokan terasa sakit.</li> <li>4. Sering merasa lelah dan timbul demam.</li> <li>5. Tubuh terasa sakit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga mengidentifikasi kondisi klien.</li> </ul>
			2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menangani ISPA pada klien			
			2.1 keluarga mampu menjelaskan akibat yang terjadi bila ISPA tidak ditangani dengan tepat.	Respon verbal.	Menyebutkan dari akibat bila ISPA tidak ditangani dengan segera: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sesak nafas.</li> <li>2. Bisa berdampak kematian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat lanjut dari ISPA bila tidak ditangani dengan segera dan tepat.</li> <li>2. Evaluasi kembali kemampuan keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari ISPA.</li> <li>3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga</li> </ul>
			2.2 Mengambil keputusan untuk mengatasi ISPA pada klien dengan segera dan tepat.	Respon verbal.	Keputusan keluarga untuk mengatasi ISPA dengan segera dan tepat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengatasi ISPA.</li> <li>2. Beri kesempatan keluarga bertanya.</li> <li>3. Tanyakan kembali hal yang</li> </ul>

						telah dijelaskan. 4. Beri reinforcement positif atas jawaban yang benar.
			3. Setelah 1x pertemuan selama 20 menit keluarga mampu merawat klien ISPA.			
			3.1 Menjelaskan cara merawat klien ISPA.	Respon verbal.	Menyebutkan cara merawat ISPA: 1. Bersihkan hidung dengan kain bersih. 2. Bila panas berikan obat penurun panas dan kompres hangat. 3. Memberikan inhalasi uap sederhana. 4. Memberikan posisi semifowler. 5. Memberikan cairan dengan minum air hangat. 6. Bila sedang	1. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan penderita ISPA. 2. Beri kesempatan keluarga bertanya. 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan. 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar

					mengalami ISPA dan hendak keluar rumah wajib menggunakan masker	
			4. Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien dengan ISPA.			
			4.1 Menyebutkan lingkungan yang dapat mendukung untuk klien ISPA.	Respon verbal.	Lingkungan yang dapat mendukung untuk klien ISPA: 1. Kurangi lingkungan yang lembab. 2. Usahakan lingkungan bersih.	1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal atau lingkungan yang dapat mendukung untuk klien ISPA. 2. Beri kesempatan keluarga bertanya. 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan. 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar.
			4.2 Melakukan modifikasi atau menciptakan lingkungan rumah yang kondusif bagi klien ISPA.	Kunjungan yang tidak direncanakan.	Lingkungan keluarga atau rumah mendukung bagi klien ISPA.	1. Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan lingkungan rumah yang kondusif klie ISPA dengan memberikan reinforcement positif.

			5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah ISPA.			
			5.1 Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan manfaatnya.	Respon verbal	Fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungi posbindu, puskesmas, pusat rehabilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan ISPA.</li> <li>2. Beri penjelasan kepada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan ISPA.</li> <li>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>4. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan.</li> <li>5. Berikan reinforcement positif atas jawaban</li> </ol>
			5.2 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengontrol faktor resiko ISPA.	Kunjungan yang tidak direncanakan.	Keluarga menunjukkan kartu berobat posbindu sebagai bukti telah melakukan kunjungan pada fasilitas kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotivasi keluarga untuk dapat mengunjungi posbindu atau pelayanan kesehatan.</li> <li>2. Beri reinforcement positif atas tindakan yang tepat yang dilakukan keluarga</li> </ol>

Menurut (Achjar.2010)

## 6. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk mencipitakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Menurut Zaidin Ali tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini (Zaidin Ali, 2010):

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
  - 1) Memberikan informasi
  - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
  - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
  - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
  - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
  - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
  - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
  - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
  - 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
  - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
  - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
  - 1) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada
  - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

## 7. Evaluasi

Sesuai dengan cara rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Menurut Zaidin Ali evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S: adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya: keluarga mengatakan sesak nafas berkurang.

O: adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya: BB naik 1 kg dalam 1 bulan.

A: adalah dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.

P: adalah perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahapan evaluasi.

## C. Tinjauan Penyakit ISPA

### 1. Pengertian ISPA

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) adalah penyakit saluran pernafasan akut dengan perhatian khusus pada radang paru (pneumonia), dan bukan penyakit telinga dan tenggorokan. Klasifikasi penyakit ISPA terdiri dari:

#### a. Bukan pneumonia

Mencakup kelompok pasien balita dengan batuk yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi nafas dan tidak menunjukkan adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke arah dalam. Contohnya adalah *common cold*, faringitis, tonsillitis, dan otitis.

#### b. Pneumonia

Didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran bernafas. diagnosis gejala ini berdasarkan umum. Batas frekuensi nafas cepat pada anak berusia

dua bulan sampai <1 tahun adalah 50 kali per menit dan untuk anak usia 1 sampai <5 tahun adalah 40 kali per menit.

c. Pneumonia berat

Didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran pernafasan disertai sesak nafas atau tarikan dinding pada bagian bawah ke arah dalam (chest indrawing) pada anak berusia dua bulan sampai <5 tahun. Untuk anak berusia <2 bulan, diagnosis pneumonia berat ditandai dengan adanya nafas cepat yaitu frekuensi pernafasan sebanyak 60 kali per menit atau lebih, atau adanya tarikan yang kuat pada dinding dada bagian bawah ke arah dalam (Widiyono, 2008).

## 2. Etiologi

Etiologi ISPA terdiri dari:

- a. Bakteri: *Diplococcus pneumonia*, *pneumococcus*, *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus*, *haemophilus influenzae*, dan lain-lain.
- b. Virus: *Influenza*, *adenovirus*, *silomegalovirus*.
- c. Jamur: *Aspergillus sp*, *candida albicans*, *histoplasma*, dan lain-lain.
- d. Aspirasi: makanan, asap kendaraan bermotor, BBM (Bahan Bakar Minyak) biasanya minyak tanah, cairan amnion pada saat lahir, benda asing (biji-bijian, mainan plastik kecil, dan lain-lain) (Koes Irianto, 2017).

## 3. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian ISPA Menurut Koes Irianto (2017)

a. Usia

Anak yang usianya lebih muda, kemungkinan untuk menderita atau terkena penyakit ISPA lebih besar bila dibandingkan dengan anak yang usianya lebih tua karena daya tahan tubuhnya masih rendah.

b. Status imunisasi

Anak dengan status imunisasi yang lengkap, daya tahan tubuhnya lebih baik dibandingkan dengan anak yang status imunisasinya tidak lengkap.



c. Lingkungan

Lingkungan yang udaranya tidak baik, seperti polusi udara dikota-kota besar dan asap rokok dapat menyebabkan timbulnya penyakit ISPA pada anak.

d. Status gizi

Menjaga status gizi yang baik, sebenarnya bisa juga mencegah atau terhindar dari penyakit terutama penyakit ISPA. Misalnya dengan mengkonsumsi makanan 4 sehat 5 sempurna dan memperbanyak minum air putih serta istirahat yang cukup. Karena dengan tubuh yang sehat maka kekebalan tubuh akan semakin meningkat, sehingga dapat mencegah virus (bakteri) yang akan masuk kedalam tubuh.

#### **4. Cara Pencegahan ISPA Menurut Koes Irianto (2017)**

Hal-hal yang dapat untuk mencegah terjadinya penyakit ISPA pada anak antara lain:

- a. Mengusahakan anak memperoleh gizi yang baik, diantaranya dengan memberikan makan kepada anak yang mengandung cukup gizi.
- b. Memberikan imunisasi yang lengkap kepada anak agar daya tahan tubuh terhadap penyakit baik.
- c. Menjaga kebersihan yang lengkap kepada anak agar tetap bersih.
- d. Mencegah anak berhubungan dengan klien penderita ISPA. Salah satu cara adalah memakai penutup hidung dan mulut bila kontak langsung dengan anggota keluarga atau orang yang sedang menderita penyakit ISPA.

#### **5. Patofisiologi**

Perjalan klinis penyakit ISPA dimulai dengan berinteraksinya virus dengan tubuh. Masuknya virus sebagai antigen ke saluran pernafasan menyebabkan silia yang terdapat pada permukaan saluran pernafasan bergerak keatas mendorong virus kearah faring atau dengan suatu

tangkapan reflex spasmus oleh laring. Jika reflex tersebut gagal maka virus merusak lapisan epitel dan lapisan mukosa saluran pernafasan. Iritasi virus pada kedua lapisan dinding saluran pernafasan menyebabkan kenaikan aktifitas kelenjar mucus yang banyak terdapat pada dinding saluran pernafasan, sehingga terjadi pengeluaran cairan mukosa yang melebihi normal. Rangsangan cairan yang berlebihan tersebut menimbulkan gejala batuk (Rech, 2009).

## **6. Tanda Dan Gejala Yang Muncul Pada Penyakit ISPA**

- a. Hidung tersumbat atau berair.
- b. Paru-paru terasa terhambat.
- c. Batuk-batuk dan tenggorokan terasa sakit.
- d. Kerap merasa kelelahan.
- e. Tubuh merasa sakit.
- f. Kesulitan bernafas.
- g. Demam tinggi dan menggigil.
- h. Tingkat oksigen dalam darah rendah.
- i. Kesadaran yang menurun dan bahkan pingsan.

## **7. Manifestasi Klinis**

Bayi dan balita, khususnya antara 6 bulan dan 3 tahun, memberi reaksi banyak daripada anak kecil. Balita menunjukkan angka yang umum dan gejala yang memanifestasi dengan baik, dimana berbeda-beda antara anak kecil dan orang dewasa. Adaptasi gejalanya sebagai berikut:

- a. Batuk pilek dengan nafas cepat atau sesak

Pada umur kurang dari 2 bulan, nafas cepat lebih dari 60 x/menit, penyakit ini biasanya dimanifestasikan dalam bentuk adanya demam, adanya obstruksi hidung dengan sekret yang encer sampai dengan mambuntu saluran pernafasan, bayi menjadi gelisah dan susah atau bahkan sama sekali tidak mau minum (Pincs Catzel, 1990).

b. Demam

Pada neonatus mungkin jarang terjadi tetapi gejala demam muncul jika anak sudah mencapai usia 6 bulan sampai dengan 3 tahun. Seringkali demam muncul sebagai tanda pertama terjadinya infeksi. Suhu tubuh bisa mencapai  $39,5^{\circ}\text{C}$ - $40,5^{\circ}\text{C}$  (R. Hartono, 2008).

## 8. Penatalaksanaan

a. Infeksi saluran pernafasan atas

1) Imunisasi

Program nasional untuk menggurangi bahaya influenza pada beberapa negara maju menekankan bahwa golongan yang perlu mendapat imunisasi adalah : semua penduduk yang berumur 65 tahun keatas ; penderita penyakit kronik, penderita penyakit jantung, penyakit ginjal dan penderita diabetes militus ; orang yang menurun kekebalan tubuhnya ; orang yang tinggal di dalam komunitas tertutup dalam waktu yang lama.

2) Pengobatan

Penyakit infeksi saluran pernafasan bagian atas yang disebabkan oleh virus tidak memerlukan terapi spesifik, hanya infeksi sekunder oleh bakteri yang menumpangnya yang memerlukan antibiotik. Banyak dokter yang memberikan pengobatan antibody dengan dasar hanya untuk menyenangkan pasien dan berdasarkan pembenaran bahwa anti biotik dapat mencegah komplikasi.

3) Pengobatan dengan antivirus

Obat-obat yang tersedia adalah amantadine dan rimantadine, serta inhibitor neuraminidase. Amantadine dan rimantadine aktif melawan influenza tipe A dan tidak digunakan untuk influenza tipe B. Obat ini diberikan dalam 48 jam setelah onset penyakit. Pemberian secara oral mempunyai efek samping berupa mual dan muntah. Obat yang tersedia dari golongan amantadine adalah symmetrel dan lysovir,

sedangkan dari golongan rimantadine adalah flumadine. Inhibidator neuraminidase ditunjukkan untuk melawan influenza tipe A dan juga B. Ada dua golongan, yaitu zanamivir (relenza) dan oseltamivir (tamiflu). Zanamivir diberikan secara per inhalasi sebelum gejala berlangsung selama 30 jam sedangkan oseltamivir diberikan per oral sebelum gejala mencapai 36 jam (Desmanto, 2009).

b. Infeksi saluran pernafasan bawah

Biasanya simtomatik, yaitu tirah baring, menghindari udara dingin dan kering. Kadang-kadang inhalasi uap air akan sangat membantu. Pada pasien yang menderita batuk yang sangat mengganggu, dapat diberikan obat batuk yang mengandung kodein atau dekstrometorf anak Antibiotik hanya diberikan jika terdapat infeksi sekunder bakterial atau pada PPOK (Darmanti, 2009).

## 9. Inhalasi Uap Sederhana

Dasar teknik inhalasi yang berlaku sekarang sebenarnya sudah ada sejak zaman Yunani, yaitu dengan menggunakan uap ramu-ramuan yang dihirup. Hingga kini pun masih ada menggunakan cara inhalasi tradisional untuk meringankan gejala batuk pilek, yakni dengan menghirup uap dari sebakom air panas yang dicampur dengan beberapa tetes minyak penghangat. Namun, cara tradisional ini tetap tidak bisa menggantikan inhalasi dengan nebulizer.

Efek inhalasi tradisional sekadar melonggarkan pernapasan tapi tidak berfungsi mengeluarkan lendir karena bahan-bahan seperti minyak kayu putih tidak mengandung zat penghancur lendir. Sedangkan obat-obatan yang dimasukkan dalam nebulizer dapat berfungsi melonggarkan pernapasan sekaligus mengencerkan lendir agar mudah dikeluarkan.

Berikut beberapa macam terapi inhalasi:

1. Metered Dose Inhaler (MDI)
2. Dry Powder Inhaler (DPI)
3. Nebulizer
4. Inhalasi sederhana/tradisional

Inhalasi sederhana yaitu memberikan obat dengan cara dihirup dalam bentuk uap kedalam saluran pernafasan yang dilakukan dengan bahan dan cara yang sederhana serta dapat dilakukan dalam lingkungan keluarga. Terapi ini lebih efektif ketimbang obat oral/minum seperti tablet atau sirup. obat oral akan melalui berbagai organ dulu seperti ke lambung, ginjal, atau jantung sebelum sampai ke sasarannya, yakni paru-paru. Sehingga ketika sampai paru-paru, obatnya relatif tinggal sedikit.

Penyakit ISPA merupakan penyakit yang membahayakan karena mempengaruhi fungsi saluran pernafasan dan bisa berdampak kepada kematian jika tidak tertangani dengan cepat, tepat dan benar. Salah satu keluhan yang sering dialami anak dengan ISPA adalah munculnya sesak nafas akibat menumpuknya sekret bahkan penyempitan saluran nafas.

Metode terapi inhalasi sederhana ini dapat menjadi satu alternatif terapi tradisional yang dapat diterapkan untuk mengatasi keluhan sesak nafas pada anak-anak bahkan dewasa sekalipun.

## **D. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Departemen Kesehatan Tahun 1988 dalam Sudiharto (2012), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang

terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling tergantung.

Keluarga menurut Harmoko (2012) adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain. Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

## **2. Bentuk Keluarga**

Beberapa bentuk keluarga dapat diklasifikasikan menjadi keluarga tradisional dan keluarga nontradisional adalah sebagai berikut:

### **a. Keluarga tradisional**

#### **1) Keluarga inti**

Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari seorang ayah yang mencari nafkah, seorang ibu yang mengurus rumah tangga dan anak (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Harmoko (2012), keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

#### **2) Keluarga adopsi**

Keluarga adopsi adalah dengan menyerahkan secara sah tanggung jawab sebagai orang tua seterusnya dari orang tua kandung ke orang tua adopsi, biasanya menimbulkan keadaan yang saling menguntungkan baik bagi orang tua maupun anak. Disatu pihak orang tua adopsi mampu memberi asuhan dan kasih sayangnya bagi anak adopsinya, sementara anak adopsi diberi sebuah keluarga yang sangat menginginkan mereka (Friedman, 2010).

3) Keluarga besar (*extended family*)

Keluarga besar adalah keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak/adik, dan keluarga dekat lainnya. Anak-anak kemudian dibesarkan oleh generasi dan memiliki pilihan model pola perilaku yang akan membentuk pola perilaku mereka (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Harmoko (2012), keluarga besar adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.

4) Keluarga dengan orang tua tunggal

Keluarga dengan orang tua tunggal adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai, ditelantarkan, atau berpisah. Keluarga orang tua tunggal nontradisional adalah keluarga yang kepala keluarganya tidak menikah (Friedman, 2010).

5) Dewasa lajang yang tinggal sendiri

Kebanyakan individu yang tinggal sendiri adalah bagian dari beberapa bentuk jaringan keluarga yang longgar. Jika jaringan ini tidak terdiri atas kerabat, jaringan ini dapat terdiri atas teman-teman seperti mereka yang sama-sama tinggal di rumah pensiun, rumah jompo, atau hidup bertetangga. Hewan pemeliharaan juga dapat menjadi anggota keluarga yang penting (Friedman, 2010).

6) Keluarga orang tua tiri

Keluarga yang pada awalnya mengalami proses penyatuan yang kompleks dan penuh dengan stress. Banyak penyesuaian yang perlu dilakukan dan sering kali individu yang berbeda atau subkelompok keluarga yang baru terbentuk ini beradaptasi dengan kecepatan yang tidak sama. Walaupun seluruh anggota keluarga harus menyesuaikan diri dengan situasi keluarga yang baru, anak-anak sering kali memiliki masalah koping yang lebih besar karena usia dan tugas perkembangan mereka (Friedman, 2010).

### 7) Keluarga binuklir

Keluarga binuklir adalah keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas dua rumah tangga inti, maternal dan paternal dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam setiap rumah tangga (Friedman, 2010).

Dari sekian macam tipe atau bentuk keluarga, menurut Harmoko (2012) secara umum di Negara Indonesia di kenal dua tipe atau bentuk keluarga, yaitu:

- 1) Tipe keluarga tradisional
  - a. Keluarga inti: satu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri dan anak (kandung/angkat).
  - b. Keluarga besar: keluarga inti ditambah keluarga lain yang mempunyai hubungan darah misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
  - c. Single parent: suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh kematian/perceraian.
  - d. Single adult: suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang dewasa.
  - e. Keluarga lanjut usia: terdiri dari suami istri usia lanjut.
- 2) Tipe keluarga non tradisional
  - a. Commune family: lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
  - b. Orang tua (ayah, ibu) yang tidak ada okatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
  - c. Homosexual: dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga.



### 3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010), ada lima fungsi keluarga menjadi saling berhubungan erat pada saat mengkaji dan melakukan intervensi dengan keluarga, yaitu:

#### a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun berkelanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Saat ini, Ketika tugas sosial dilaksanakan di luar unit keluarga, Sebagian besar upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Peran utama orang dewasa dalam keluarga adalah fungsi afektif, fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosio emosional semua anggota keluarganya. Manfaat fungsi afektif di dalam anggota keluarga dijumpai paling kuat di antara keluarga kelas menengah dan kelas atas, karena pada keluarga tersebut mempunyai lebih banyak pilihan. Sedangkan pada keluarga kelas bawah, fungsi afektif sering terhiraukan. Balita yang seharusnya mendapatkan perhatian dan kasih sayang yang cukup, pada keluarga kelas bawah hal tersebut tidak didapatkan balita terutama pada aktivitas bermainnya. Sehingga dapat menyebabkan infeksi saluran pernafasan akut pada balita karena orang tua tidak memperhatikan atau tidak memantau cara bermain pada balita tersebut (Friedman, 2010).

#### b. Fungsi sosialisasi dan status sosial

Sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat. Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditunjukkan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul suami-ayah dan istri-ibu. Karena fungsi ini semakin banyak diberikan di sekolah, fasilitas rekreasi dan perawatan anak, serta Lembaga

lain di luar keluarga, peran sosialisasi yang dimainkan keluarga menjadi berkurang, tetapi tetap penting. Orang tua tetap menyediakan pondasi dan menurunkan warisan budayanya ke anak-anak mereka. Dengan kemauan untuk bersosialisasi dengan orang lain, keluarga bisa mendapatkan informasi tentang infeksi saluran pernafasan akut, penyebab dan pencegahan terjadinya infeksi saluran pernafasan akut untuk anak khususnya balita (Friedman, 2010)

c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga. Kurangnya kemampuan keluarga untuk memfasilitasi kebutuhan balita terhadap lingkungan dapat menyebabkan balita mengalami infeksi saluran pernafasan akut (Friedman, 2010).

d. Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat. Banyaknya jumlah anak dalam suatu keluarga menyebabkan kebutuhan keluarga juga meningkat dan padatnya anggota keluarga di dalam rumah dapat menyebabkan udara yang dihirup menjadi berkurang sehingga bisa mengakibatkan anak mengalami infeksi saluran pernafasan akut (Friedman, 2010).

e. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Pendapatan keluarga yang terlalu rendah menyebabkan keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan fasilitas rumah seperti jendela yang cukup akan ventilasi udara, lantai yang bersih

atau tidak menyebabkan adanya debu dan kebutuhan lainnya sehingga balita bisa mengalami infeksi saluran pernafasan akut (Friedman, 2010).

#### **4. Peran Perawat Keluarga**

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relative homogen dibatasi secara normative dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial yang diberikan (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Ayu (2010), pengertian peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem.

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memperhatikan prinsip-prinsip berikut:

- a) Melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif
- b) Memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga
- c) Menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga
- d) Menerima dan mengakui struktur keluarga
- e) Menekankan pada kemampuan keluarga (Sudiharto, 2007)

Adapun peran perawat keluarga menurut Sudiharto (2012) adalah sebagai berikut:

a. Sebagai pendidik

Perawat bertanggungjawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Terutama pada keluarga dengan infeksi saluran pernafasan akut, perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, akibat yang ditimbulkan dan cara pengobatan pada penderita infeksi saluran pernafasan akut.

b. Sebagai koordinator pelaksana pelayanan keperawatan

Perawat bertanggungjawab memberikan pelayanan keperawatan yang sering komprehensif. Pelayanan keperawatan yang berkesinambungan di

berikan untuk menghindari kesenjangan. Kemampuan mengkoordinir pelaksana pelayanan kesehatan dengan baik mengakibatkan keluarga dapat terintervensi dengan baik sehingga angka infeksi saluran pernafasan akut dapat berkurang.

c. Sebagai pelaksana pelayanan perawatan

Pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan. Dengan demikian, anggota keluarga yang sakit dapat menjadi “*entry point*” bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif. Memberikan pelayanan yang maksimal untuk keluarga sehingga dapat mengurangi angka kejadian infeksi saluran pernafasan akut.

d. Sebagai supervisor pelayanan kesehatan

Perawat melakukan supervisi atau pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik terhadap keluarga berisiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak. Terutama pada keluarga yang mempunyai balita dengan infeksi saluran pernafasan akut karena banyak orang tua yang menganggap infeksi saluran pernafasan akut bisa sembuh tanpa harus di bawa ke pelayanan kesehatan.

e. Sebagai pembela (advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga sebagai klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

f. Sebagai fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan di keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu memberikan jalan keluar dalam mengatasi masalah. Keluarga dengan infeksi saluran pernafasan akut

dapat bertanya pada perawat tentang pencegahan agar tidak terjadi lagi infeksi saluran pernafasan akut di keluarga.

g. Sebagai peneliti

Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Masalah kesehatan yang muncul di dalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga. Peran sebagai peneliti difokuskan kepada kemampuan keluarga dengan infeksi saluran pernafasan akut untuk mengidentifikasi penyebab, cara menanggulangi, dan melakukan promosi kesehatan kepada anggota keluarganya.

## 5. Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap I: keluarga pasangan baru (*beginning family*)

Pembentukan pasangan menandakan pemulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai kehubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut sebagai tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap I adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekrabatan dan perencanaan keluarga (Friedman, 2010).

b. Tahap II: keluarga kelahiran anak pertama (*childbearing family*)

Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci dalam siklus kehidupan keluarga. Tugas perkembangan keluarga disini adalah setelah hadirnya anak pertama, keluarga memiliki beberapa tugas perkembangan penting. Suami, istri, dan anak harus mempelajari peran barunya, sementara unit keluarga inti mengalami pengembangan fungsi dan tanggung jawab (Friedman, 2010).

c. Tahap III: keluarga dengan anak prasekolah (*families with preschool*)

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat

ini dapat terdiri dari tiga sampai 5 orang, dengan posisi pasangan suami-ayah, istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri-saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga saat ini berkembang baik secara jumlah maupun kompleksitas. Kebutuhan anak prasekolah dan anak kecil lainnya untuk mengeksplorasi dunia di sekitar mereka, dan kebutuhan orang tua akan privasi diri, membuat rumah dan jarak yang adekuat menjadi masalah utama. Peralatan dan fasilitas juga harus aman untuk anak-anak (Friedman, 2010).

d. Tahap IV: keluarga dengan anak sekolah (families with school children)

Tahap ini dimulai ketika anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga yang maksimal dan hubungan akhir tahap ini juga maksimal. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah keluarga dapat mensosialisasi anak-anak, dan dapat meningkatkan prestasi sekolah dan mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan (Friedman, 2010).

e. Tahap V: keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Ketika anak pertama berusia 13 tahun, tahap kelima dari siklus atau perjalanan kehidupan keluarga dimulai. Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama, jika anak tetap tinggal dirumah pada usia lebih dari 19 atau 20 tahun. Tujuan utama pada keluarga pada tahap anak remaja adalah melonggarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda. Tugas perkembangan keluarga yang pertama pada tahap ini adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab seiring dengan kematangan remaja dan semakin meningkatkan otonomi. Tugas perkembangan keluarga yang kedua adalah bagi orang tua untuk

memfokuskan kembali hubungan pernikahan mereka. Sedangkan tugas perkembangan keluarga yang ketiga adalah untuk anggota keluarga, terutama orang tua dan anak remaja, untuk berkomunikasi secara terbuka satu sama lain (Friedman, 2010).

- f. Tahap VI: keluarga melepaskan anak dewasa muda (launching center families)

Permulaan fase kehidupan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah”, ketika anak terakhir juga meninggalkan rumah. Tahap ini dapat cukup singkat atau cukup lama, tergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum menikah tetap tinggal di rumah setelah mereka menyelesaikan SMA atau kuliahnya. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah keluarga membantu anak tertua untuk terjun ke dunia luar, orang tua juga terlibat dengan anak terkecilnya, yaitu membantu mereka menjadi mandiri (Friedman, 2010).

- g. Tahap VII: orang tua paruh baya (middle age families)

Tahap ini merupakan tahap masa pertengahan bagi orang tua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini dimulai ketika orang tua berusia sekitar 45 tahun dan berakhir dengan pensiunannya pasangan, biasanya 16 sampai 18 tahun kemudian. Tugas keperawatan keluarga pada tahap ini adalah wanita memprogramkan kembali energi mereka dan bersiap-siap untuk hidup dalam kesepian dan sebagai pendorong anak mereka yang sedang berkembang untuk lebih mandiri serta menciptakan lingkungan yang sehat (Friedman, 2010).

- h. Tahap VII: keluarga lansia dan pensiunan

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat pensiunan salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan yang lain. Tugas perkembangan keluarga pada tahap terakhir ini adalah

mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan dan kembali ke rumah setelah individu pensiun/berhenti bekerja dan menjadi problematik (Friedman, 2010).

## **6. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan**

Ada 5 pokok tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut Friedman (1998) dalam Dion & Betan (2013) adalah sebagai berikut:

### **a. Mengenal masalah kesehatan keluarga**

Keluarga 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. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

### **b. 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.

### **c. Memberi perawatan pada anggota yang sakit**

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

- 1) Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, dan perawatannya).
- 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
- 3) Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan
- 4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan dan financial, fasilitas fisik, psikososial).



5) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat

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

- 1) Sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga.
- 2) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan.
- 3) Pentingnya heigine sanitasi.
- 4) Upaya pencegahan penyakit.
- 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap heigine sanitasi.
- 6) Kekompakan antar anggota kelompok.

e. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- 1) Keberadaan fasilitas keluarga.
- 2) Keuntungan-keuntungan yang diperoleh oleh fasilitas kesehatan.
- 3) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.
- 4) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

## **7. Tingkat Kemandirian Keluarga**

Keberhasilan aushan keperawatan keluarga yang dilakukan perawat keluarga, dapat dinilai dari seberapa tingkat kemandirian keluarga dengan mengetahui kriteria atau ciri-ciri yang menjadi ketentuan tingkatan mulai dari tingkat kemandirian I sampai tingkat kemandirian IV, menurut Depkes, 2006 dalam Ayu, 2010 sebagai berikut;

a. Tingkat kemandirian I (keluarga mandiri tingkat I/KM-I)

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

b. Tingkat kemandirian II (keluarga mandiri tingkat II/KM-II)

- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.

- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
  - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar
  - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan
  - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif
- c. Tingkat kemandirian III (keluarga mandiri tingkat III/KM-III)
- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat
  - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
  - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar
  - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan
  - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif
  - 6) Melakukan tindakan pencegahan sesuai anjuran
- d. Tingkat kemandirian IV (keluarga mandiri tingkat IV/KM-IV)
- 1) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat
  - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
  - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar
  - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan
  - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif
  - 6) Melakukan tindakan pencegahan sesuai anjuran
  - 7) Melakukan tindakan promotive secara aktif