

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut dengan hierarki kebutuhan dasar Maslow yang meliputi lima kebutuhan dasar, yakni :

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar menurut Hierarki Maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, kebutuhan seksual (Hidayat, 2012).

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Bebas dari rasa takut, kecemasan, dari

perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing (Mubarak, 2017).

- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*)

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial (Mubarak, 2017).

- d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*)

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain (Mubarak, 2017).

- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*needs for self actualization*)

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

Konsep Hierarki Maslow ini menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah menurut kebutuhannya. Oleh karena itu, dengan konsep kebutuhan dasar Maslow akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih kekebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar

yang ada dibawahnya harus terpenuhi terlebih dahulu (Mubarak, 2017).

2. Konsep Dasar Oksigen

Manusia mempunyai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat atau di perhatikan untuk menjaga homeostasis dan kehidupan itu sendiri. Oksigen adalah gas untuk bertahan hidup yang diedarkan ke sel-sel dalam tubuh melalui sistem pernafasan dan sistem kardiovaskuler atau peredaran darah (Vaughans, 2013).

Oksigen diperlukan oleh sel untuk mengubah glukosa menjadi energi. Selanjutnya energi inilah yang digunakan untuk melakukan berbagai aktivitas seperti aktivitas fisik, penyerapan makanan, membangun kekebalan tubuh, pemulihan kondisi tubuh dan penghancuran beberapa racun sisa metabolisme. Kebutuhan tubuh terhadap oksigen merupakan kebutuhan yang sangat mendasar dan mendesak. Tanpa oksigen dalam waktu tertentu, sel tubuh akan mengalami kerusakan yang menetap dan menimbulkan kematian. Otak merupakan organ yang sangat sensitive terhadap kekurangan oksigen. Otak masih mampu menoleransi kekurangan oksigen antara tiga sampai lima menit. Apabila kekurangan oksigen berlangsung lebih dari lima menit, dapat terjadi kerusakan sel otak secara permanen (Kozier dan Erb, 2012).

Oksigen adalah komponen gas serta unsur vital dalam proses metabolisme. Oksigen memegang peranan penting dalam semua proses

tubuh secara fungsional serta kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan yang paling penting dan sangat vital bagi tubuh. Oksigen diperlukan sel untuk mengubah glukosa (gula) menjadi energi yang diperlukan untuk melakukan berbagai aktifitas, seperti aktifitas fisik, penyerapan makanan, membangun kekebalan tubuh, pemulihan kondisi tubuh, serta penghancuran beberapa racun sisa metabolisme (Nikmawati, 2016).

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. 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 pernafasan. Pada kondisi ini, individu merasakan pentingnya oksigen (Kusnanto, 2016).

Dalam satu menit manusia rata-rata menhirup oksigen sebanyak 7-8 liter udara. Jika dikalkulasi dalam satu hari, maka kurang lebih seorang manusia rata-rata menghirup udara sebanyak 11.000 liter. Hitungan tadi terjadi dalam suatu aktifitas normal. Jika pada hari itu seseorang melakukan aktivitas yang lebih banyak dan aktif, maka udara yang dihirup akan semakin banyak pula, bisa mencapai 12.000 liter udara perhari. Dari

total sekitar 11.000 liter udara per hari yang kita hirup, sekitar 20% nya merupakan Oksigen. Artinya, perhari seorang manusia menghirup sekitar 2.200 liter oksigen. Sementara itu, 80% dari kandungan udara yang kita hirup merupakan zat Nitrogen. Artinya, seorang manusia per hari rata-rata menghirup sebanyak 8.700 liter Nitrogen

Sedangkan untuk penderita TB paru kemampuan untuk memenuhi kebutuhan oksigen harian hanya sekitar 60-7% tergantung dari tingkat keparahan penyakitnya, oleh sebab itu apabila terjadi gangguan pola nafas klien harus diberikan oksigenasi tambahan sekitar 1-6 ml/menit (Nikmawati, 2016).

3. Konsep Pola Nafas Tidak Efektif

Permasalahan dalam hal pemenuhan kebutuhan oksigen tidak terlepas dari adanya gangguan yang terjadi pada sistem respirasi baik pada anatomi maupun fisiologis dari organ-organ respirasi. Permasalahan dalam pemenuhan tersebut juga dapat disebabkan karena adanya gangguan pada sistem tubuh yang lain, misalnya sistem kardiovaskuler. Gangguan pada sistem respirasi dapat disebabkan diantaranya oleh karena peradangan, obstruksi, trauma, kanker, degeneratif, dan lain-lain. Gangguan tersebut akan menyebabkan kebutuhan oksigen dalam tubuh tidak terpenuhi secara adekuat. Secara garis besar, gangguan-gangguan respirasi dikelompokkan menjadi tiga yaitu gangguan irama/frekuensi pernafasan, insufisiensi pernafasan, dan hipoksi. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat (NANDA, 2011). Pola napas tidak

efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Kejadian pola nafas tidak efektif dapat dijumpai pada klien dewasa atau anak-anak. Apabila klien mengalami gangguan pada pola nafas maka akan mengalami sesak dan obstruksi pada jalan nafas, kelelahan pada otot pernafasan. Untuk mengatasi keadaan tersebut dilakukan penatalaksanaan oksigenasi serta melakukan latihan relaksasi nafas dalam, posisikan semi fowler atau fowler untuk memudahkan dalam mengatur dan mendapat oksigen yang cukup dalam paru. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

4. Teori Konsep Tuberkulosis Paru Dengan Pola Nafas Tidak Efektif

Pada klien dengan tuberkulosis paru biasanya mengalami kegagalan dalam bernafas di karenakan otot pernafasan mengalami penurunan dan sehingga otot pernafasan menjadi sulit untuk melakukan proses pernafasan. Sedangkan untuk penderita TB paru kemampuan untuk memenuhi kebutuhan oksigen harian hanya sekitar 60-7% tergantung dari tingkat keparahan penyakitnya, oleh sebab itu apabila terjadi gangguan pola nafas klien harus diberikan oksigenasi tambahan sekitar 1-6ml/menit (Nikmawati, 2016).

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi menahun menular yang disebabkan oleh kuman tuberkulosis (*Mycobacterium Tuberculosis*). Kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara (pernapasan) ke dalam paru-paru, kemudian menyebar dari paru-paru ke

organ tubuh yang lain melalui peredaran darah, yaitu : kelenjar limfe, saluran pernafasan atau penyebaran langsung ke organ tubuh lain (Depkes RI dalam Mira, A, F., 2015).

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernafasan dan saluran pencernaan (GI) dan luka terbuka pada kulit, tetapi paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut. (Sylvia A. Price 2013).

Mycobacterium tuberculosis merupakan basil tahan asam berukuran 0,5-3 μ m. *Mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui droplet udara yang disebut sebagai droplet nuclei yang dihasilkan oleh penderita TB paru ataupun TB laring pada saat batuk, bersin, berbicara, ataupun menyanyi. Droplet ini akan tetap berada di udara selama beberapa menit sampai jam setelah proses ekspektorasi (Amanda,2017)

2. Klasifikasi Penyakit Tuberculosis Paru

Menurut Depkes (2016), klasifikasi tuberkulosis paru dan tipe klien digolongkan:

- a. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena
 - 1) Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus (titik permulaan terbentuknya butir amilum).
 - 2) Tuberkulosis ekstra paru adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput

jantung (pericardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain (Puspasari, 2019).

b. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, yaitu tuberkulosis paru :

1) Tuberkulosis paru BTA positif. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif. 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto thoraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis, 1 spesimen SPS positif dan biakan kuman tuberkulosis positif, 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2) Tuberkulosis paru BTA negatif. Kasus yang tidak memenuhi definisi pada tuberkulosis paru BTA positif adalah : paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif, foto thoraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis, tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberikan pengobatan.

c. Klasifikasi berdasarkan keparahan tingkat penyakit

1) TB paru BTA negatif foto thoraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto thoraks memperlihatkan gambaran

kerusakan paru yang luas (misalnya proses “*far advanced*”) dan atau keadaan umum klien buruk.

2) Tuberkulosis ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakit yaitu: tuberkulosis paru ringan misalnya tuberkulosis kelenjar limfe, *pleuritis eksudativa unilateral*, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal. Tuberkulosis ekstra paru misalnya meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, tuberkulosis tulang belakang, tuberkulosis usus, tuberkulosis saluran kemih dan alat kelamin.

3. Etiologi Tuberkulosis

Penyebab tuberkulosis adalah *Mycobacterium Tuberculosis*. Penyakit ini menyebar saat penderita TB batuk dan bersin bersamaan itu pula orang lain menghirup droplet yang dikeluarkan yang mengandung bakteri TB. Meskipun Tb menyebar dengan cara yang sama seperti flu penyakit ini tidak dapat menular dengan mudah, seseorang hanya kontak beberapa jam dengan orang yang terinfeksi (Puspasari, 2019).

4. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala yang terkena serangan kuman TB Paru umumnya batuk kronis, demam dan berkeringat diwaktu malam. Serta terjadi keluhan dalam pernapasan, badan selalu terasa letih, lesu serta rasa nyeri dibagian dada. Dahak penderita berupa lendir yang kadang-kadang bercampur dengan darah. Batuk penderita bias sampai 3 minggu atau lebih. Pada tahap lanjut, dapat juga dijumpai dahak

bercampur darah, batuk darah, sesak napas. Berat badan menurun, rasa demam dan meriang (Syaidam, 2011).

Tanda dan gejala lain dari penyakit Tb yaitu :

- a. Awitan tersembunyi
- b. Demam bertingkat yang di mulai dari rendah, keletihan, anoreksia, penurunan berat badan, kringat malam, nyeri dada dan batuk menetap
- c. Batuk non produktif pada awalnya dapat berlangsung sampai keadaan sputum menjadi kental dan kekuningan dengan batuk darah (Puspasari, 2019).

5. Patofisiologi Tuberkulosis

Individu terinfeksi melalui *droplet nuclei* dari klien *tuberculosis* paru ketika klien batuk, bersin, tertawa. *Droplet nuclei* ini mengandung basil tuberkulosis dan ukurannya kurang dari 5 mikron dan akan melayang-layang di udara. *Droplet nuclei* ini mengandung basil tuberkulosis (Soemantri, 2017).

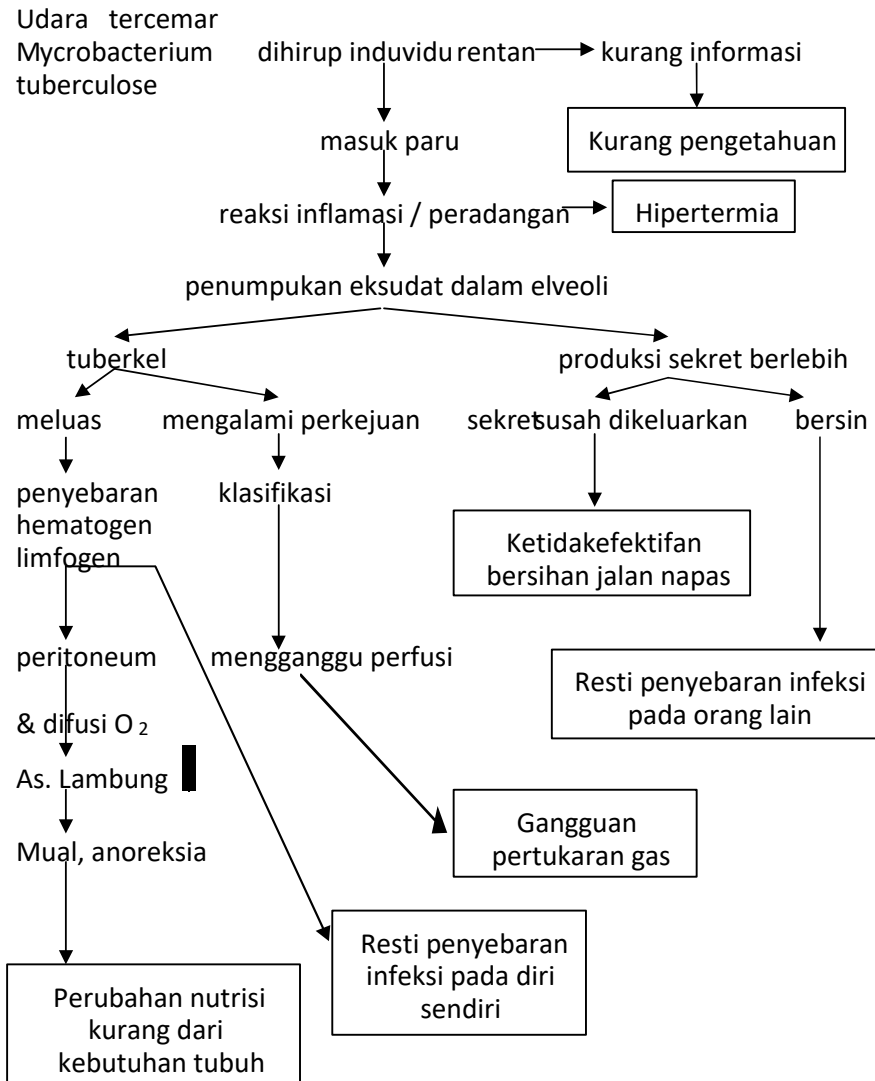
Saat *Mikobakterium Tuberkulosa* berhasil menginfeksi paru-paru, maka dengan segera akan tumbuh koloni bakteri yang berbentuk globular. Biasanya melalui serangkaian reaksi imunologis bakteri tuberkulosis paru ini akan berusaha dihambat melalui pembentukan dinding di sekeliling bakteri itu oleh sel-sel paru. Mekanisme pembentukan dinding itu membuat jaringan di sekitarnya menjadi jaringan parut dan bakteri tuberkulosis paru akan menjadi dormant (istirahat) (Soemantri, 2017).

Bentuk-bentuk dormant inilah yang sebenarnya terlihat sebagai tuberkel pada pemeriksaan foto rontgen. Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri; limfosit spesifik tuberkulosis melisis (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli, menyebabkan bronkopneumonia dan infeksi awal terjadi dalam 2-10 minggu setelah pemajanan. Massa jaringan paru yang disebut granuloma merupakan gumpalan basil yang masih hidup (Soemantri, 2017).

Granuloma diubah menjadi massa jaringan fibrosa, bagian sentral dari massa fibrosa ini disebut tuberkel Ghon dan menjadi nekrotik membentuk massa seperti keju. Massa ini dapat mengalami kalsifikasi, membentuk skarkolagenosa. Bakteri menjadi dormant, tanpa perkembangan penyakit aktif. Setelah pemajanan dan infeksi awal, individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang tidak adekuat dari respon sistem imun. Penyakit dapat juga aktif dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dormant. Dalam kasus ini, tuberkel Ghon memecah melepaskan bahan seperti keju dalam bronki (Soemantri, 2017).

Bakteri kemudian menjadi tersebar di udara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh. Tuberkel yang menyerah menyembuh membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak, menyebabkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut (Soemantri, 2017).

6. Pathway Terjadinya Tuberculosis



Sumber : NANDA (2013) dan Soemantri (2008)

Gambar 2.1

Pathway Tuberculosis Paru

7. Faktor Resiko

- Kontak yang dekat dengan seseorang yang memiliki TB aktif
- Status *immunocompromized* (penurunan imunitas) (misalnya lansia, kanker, terapi kortikosteroid dan HIV)
- Pengguna narkoba suntikan dan alkoholisme

- d. Orang yang kurang mendapat perawatan kesehatan yang memadai (misalnya tunawisma, atau miskin, minoritas, anak-anak dan orang dewasa muda)
- e. Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya termasuk diabetes, gagal ginjal kronik, silikosis dan kekurangan gizi
- f. Imigran dari negara-negara yang tingkat tuberkulosinya tinggi
- g. Pelembagaan misalnya (fasilitas perawatan jangka panjang dan penjara)
- h. Tinggal di lingkungan rumah yang padat dan tidak sesuai dengan standar (Puspasari, 2019).

Depkes RI (2016) menyatakan bahwa salah satu resiko tuberkulosis adalah daya tahan tubuh yang menurun. Secara epidemiologi, kejadian penyakit merupakan hasil dari interaksi tiga komponen yaitu antigen, *host*, dan *environment*. Pada komponen host kerentanan seseorang terkenan bakteri *mycobacterium tuberculosis* dipengaruhi oleh daya tahan tubuh seseorang (Puspasari, 2019).

8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan darah tapi pada umumnya akan memperlihatkan adanya :

- a. Anemia, terutama bila penyakit berjalan menahun
- b. Leukosit ringan dengan predominasi limfosit
- c. Laju Endap Darah (LED) meningkat terutama pada fase akut, tetapi pada umumnya nilai-nilai tersebut normal pada tahap penyembuhan.

- d. Pemeriksaan radiologi
 - 1) Bayangan lesi radiologik yang terletak di lapangan atas paru
 - 2) Bayangan yang berawan atau berbecak
 - 3) Adanya kavitas tunggal atau ganda
 - 4) Adanya kalsifikasi
 - 5) Kelainan bilateral, terutama bila terdapat di lapangan atas paru
 - 6) Bayangan yang menetap atau relatif setelah beberapa minggu
- e. Pemeriksaan bakteriologik (sputum) dapat ditemukan berupa kuman *mikobakterium tuberculosis* dari dahak penderita, memastikan diagnosis tuberkulosis paru pada pemeriksaan dahak.
- f. Uji tuberkulin sangat penting bagi diagnosis tersebut pada anak. Hal positif pada orang dewasa kurang bernilai.

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Somantri (2008; Kardiyudiani, 2019), pemeriksaan penunjang pada klien tuberkulosis paru adalah:

1. Sputum Culture
2. *Ziehl neelsen*: Positif untuk BTA
3. *Skin test* (PPD, *mantoux*, *tine*, and *vollmer*, *patch*)
4. *Chest X-ray*
5. Histologi atau kultur jaringan: positif untuk *Mycobacterium tuberculosis*
6. *Needle biopsi of lung tissue*: positif untuk granuloma tuberkulosis, adanya sel-sel besar yang mengindikasikan nekrosis
7. Elektrolit

8. Bronkografi
9. Test fungsi paru-paru dan pemeriksaan darah

10. Pengobatan Pada Klien Tuberkulosis Paru

Penanganan kasus tuberkulosis berdasarkan Permenkes RI (2017):
Definisi kasus tuberkulosis orang dewasa yang dimaksud disini adalah kasus tuberkulosis yang belum ada resistensi OAT.

1. Pengobatan tuberkulosis dengan farmakologi :

1) Tujuan pengobatan tuberkulosis adalah:

- 1) Menyembuhkan klien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.
- 2) Mencegah terjadinya kematian oleh karena tuberkulosis atau dampak buruk selanjutnya.
- 3) Mencegah terjadinya kekambuhan tuberkulosis
- 4) Menurunkan risiko penularan tuberkulosis.
- 5) Mencegah terjadinya dan penularan tuberkulosis resistan obat.

6) Prinsip pengobatan tuberkulosis : Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan tuberkulosis. Pengobatan tuberkulosis merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman tuberkulosis. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

- a. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.

- b. Diberikan dalam dosis yang tepat.
 - c. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
 - d. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.
- 7) Tahapan pengobatan tuberkulosis : pengobatan tuberkulosis harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud :
- a. Tahap awal : pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh klien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum klien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua klien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.
 - b. Tahap lanjutan : pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persister sehingga klien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

8) Jenis obat anti tuberkulosis (OAT)

Tabel 2.1
OAT Lini Pertama

Jenis	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer (gangguan saraf tepi), psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang
Rifampisin (R)	Bakterisidal	Flu syndrome (gejala influenza berat), gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, sesak nafas, anemia hemolitik.
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout arthritis.
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni.
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer (gangguan saraf tepi).

Sumber: data sekunder

Tabel 2.2
Pengelompokan OAT Lini Kedua

Grup	Golongan	Jenis Obat
A	Florokuinolon	Levofloksasin (Lfx) Moksifloksasin (Mfx) Gatifloksasin (Gfx)*
B	OAT suntik lini kedua	Kanamisin (Km) Amikasin (Am) Kapreomisin (Cm) Streptomisin (S)**
C	OAT oral lini Kedua	Etionamid (Eto)/Protionamid (Pto)* Sikloserin (Cs) /Terizidon (Trd)* Clofazimin (Cfz) Linezolid (Lzd)
D	D1	OAT lini pertama : Pirazinamid (Z) Etambutol (E) Isoniazid (H) dosis tinggi
	D2	OAT baru : Bedaquiline (Bdq) Delamanid (Dlm)* Pretonamid (PA-824)*
	D3	OAT tambahan : Asam para aminosalisilat (PAS) Imipenemsilastatin (Ipm)* Meropenem (Mpm)* Amoksilin clavulanat (Amx-Clv)* Thioasetazon (T)*

Sumber : data sekunder

Keterangan:

*Tidak disediakan oleh program

**Tidak termasuk obat suntik lini kedua, tetapi dapat diberikan pada kondisi tertentu dan tidak disediakan oleh program

Paduan OAT yang digunakan di Indonesia Paduan yang digunakan adalah :

- 1 : 2(HRZE)/4(HR)3 atau 2(HRZE)/4(HR). 2) Kategori
- 2 : 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3 atau 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)E.
- 3 : Kategori Anak : 2(HRZ)/4(HR) atau 2HRZE(S)/4-10HR.

Paduan OAT untuk klien tuberkulosis Resistan Obat : terdiri dari OAT lini ke-2 yaitu Kanamisin, Kapreomisin, Levofloksasin, Etionamide, Sikloserin, Moksifloksasin, PAS, Bedaquilin, Clofazimin, Linezolid, Delamanid dan obat tuberkulosis baru lainnya serta OAT lini-1, yaitu pirazinamid and etambutol. Catatan: Pengobatan tuberkulosis dengan paduan OAT Lini Pertama yang digunakan di Indonesia dapat diberikan dengan dosis harian maupun dosis intermiten (diberikan 3 kali perminggu) dengan mengacu pada dosis terapi yang telah direkomendasikan (Tabel 2.2 Dosis rekomendasi OAT Lini Pertama untuk klien Dewasa). Penyediaan OAT dengan dosis harian saat ini sedang dalam proses pengadaan oleh Program tuberkulosis Nasional. Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 dan 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan klien. Paduan ini dikemas dalam 1 (satu) paket untuk 1 (satu)

klien untuk 1 (satu) masa pengobatan. Paket Kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Etambutol (E) yang dikemas dalam bentuk blister. Paduan OAT ini disediakan program untuk klien yang tidak bisa menggunakan paduan OAT KDT.

2. Pengobatan dengan non farmakologi

Terapi non farmakologi untuk menangani kasus gangguan bersihan jalan napas dapat diberikan rehabilitasi seperti latihan fisik, latihan pernapasan dan fisioterapi dada, serta latihan batuk efektif untuk mengeluarkan sputum yang tertahan. Teknik batuk efektif akan memudahkan klien dalam mengeluarkan sputum dan dapat melancarkan pernafasan yang terganggu.

Cara melatih batuk efektif untuk mengeluarkan dahak pada klien tuberkulosis adalah:

- a. Mengatur posisi duduk : badan tegak, kepala menghadap ke depan.
- b. Meminta klien meletakkan 1 tangan di dada dan 1 tangan di perut.
- c. Melatih klien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung selama 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup).
- d. Meminta klien merasakan mengembangnya perut (cegah lengkung pada punggung).
- e. Meminta klien menahan nafas 3 hitungan.
- f. Meminta klien menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup).

- g. Meminta klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari perut.
- h. Memasang tempat dahak di pangkuan klien.
- i. Meminta klien untuk melakukan nafas dalam 2 kali, yang ke-3: melakukan tarik nafas, tahan nafas dan terakhir batuk kan dengan kuat.
- j. Menampung dahak ke tempat yang telah disediakan. Cara mempersiapkan tempat untuk membuang dahak
 - 1. Siapkan tempat pembuangan dahak yang berisi cairan desinfektan (sabun, detergen, air bayclin, atau pasir).
 - 2. Isi cairan sebanyak 1/3 kaleng.
 - 3. Buang dahak ke tempat tersebut.
 - 4. Bersihkan kaleng setiap 2 atau 3 hari sekali.
 - 5. Buang isi kaleng bila berisi pasir : kubur di bawah tanah.
 - 6. Bila berisi udara desinfektan : buang di dalam toilet, siram.
 - 7. Bersihkan kaleng dengan sabun.

11. Komplikasi

Tanpa pengobatan tuberkulosis dapat berakibat fatal. Penyakit aktif yang tidak diobati biasanya menyerang paru-paru namun tidak menyebar kebagian tubuh lain melalui aliran darah.

- a. Hemomtisis berat (perdarahan dari saluran nafas bagian bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronkial.

- c. *Bronkial ekstasis* (peleburan bronkus stempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
- d. *Pneumothoraks* (adanya udara pada rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti ke otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
- f. Insufisiensi kardiopulmonar (*Chardio Pulmonary Insufficiency*).
Wahid & Imam (2013)
- g. Kerusakan pada sendi
Artritis tuberkulosis biasanya menyerang pingul dan lutut
- h. Gangguan jantung
Meskipun jarang terjadi tuberkulosis dapat menginfeksi jaringan yang mengelilingi jantung, menyebabkan pembengkakan dan penumpukan cairan yang dapat mengganggu kemampuan jantung untuk memompa secara efektif (Puspasari, 2019)

C. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Menurut Nasir & Muhith (2011), keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh keturunan atau perkawinan. Sementara itu, menurut PP No. 21 tahun 1994, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami– istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sementara itu, menurut WHO keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan

melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Berdasarkan tiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sebuah unit terkecil dalam kehidupan sosial dalam masyarakat yang terdiri atas orang tua dan anak baik yang terhubung melalui pertalian darah, perkawinan, maupun adopsi.

Menurut ahli keluarga yaitu Friedman (1998, dalam Nasir & Muhith, 2011), menjelaskan bahwa keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya memiliki fungsi-fungsi dasar keluarga. Fungsi dasar tersebut terbagi menjadi lima fungsi yang salah satunya adalah fungsi efektif, yaitu fungsi keluarga untuk pembentukan dan pemeliharaan kepribadian anak-anak, pementapan kepribadian orang dewasa, serta pemenuhan kebutuhan psikologis para anggotanya. Apabila fungsi efektif ini tidak dapat berjalan semestinya, maka akan terjadi gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari keseluruhan unit keluarga tersebut. Banyak kejadian dalam keluarga yang terkait fungsi efektif ini yang bisa memicu terjadinya gangguan kejiwaan baik pada anggotanya maupun pada keseluruhan unit keluarganya, contoh kejadian-kejadian tersebut seperti perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, kultural, dan lain-lain. Kejadian tersebut tidak semata-mata muncul, tetapi selalu ada pemicunya, dalam konsep keluarga yang biasanya menjadi pemicu adalah struktur nilai, struktur peran, pola komunikasi, pola interaksi, dan iklim keluarga yang mendukung untuk mencetuskan kejadian-kejadian yang memicu terjadinya gangguan kejiwaan pada keluarga tersebut.

2. Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran merujuk kepada beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normative dari seseorang peran dalam situasi social tertentu (Mubarak, 2019). Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Setiadi, 2017). Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

a. Peran ayah

1) Ayah sebagai *sex partner*

Ayah merupakan *sex partner* yang setia bagi istrinya. Sebagai *sex partner*, seorang ayah harus dapat melaksanakan peran ini dengan diliputi oleh rasa cinta kasih yang mendalam. Seorang ayah harus mampu mencintai istrinya dan jangan minta dicintai oleh istrinya (Setiadi, 2008).

2) Ayah sebagai pencari nafkah

Tugas ayah sebagai pencari nafkah merupakan tugas yang sangat penting dalam keluarga. Penghasilan yang cukup dalam keluarga mempunyai dampak yang baik sekali dalam keluarga. Penghasilan

yang kurang cukup menyebabkan kehidupan keluarga yang kurang lancar. Lemah kuatnya ekonomi tergantung pada penghasilan ayah. Sebab segala segi kehidupan dalam keluarga perlu biaya untuk sandang, pangan, perumahan, pendidikan dan pengobatan. Untuk seorang ayah harus mempunyai pekerjaan yang hasilnya dapat dipergunakan untuk mencukupi kebutuhan keluarga (Setiadi, 2017).

3) Ayah sebagai pendidik

Peran ayah sebagai pendidik merupakan peran yang penting. Sebab peran ini menyangkut perkembangan peran dan pertumbuhan pribadi anak. Ayah sebagai pendidik terutama menyangkut pendidikan yang bersifat rasional. Pendidikan mulai diperlukan sejak anak umur tiga tahun ke atas, yaitu saat anak mulai mengembangkan ego dan super egonya. Kekuatan ego (aku) ini sangat diperlukan untuk mengembangkan kemampuan realitas hidup yang terdiri dari segala jenis persoalan yang harus dipecahkan. Jika peran ini difokuskan pada keinginan orang tua ataupun ayahnya maka tumbuh kembang anak terganggu baik fisik maupun psikologinya. Dan akan merasa tertekan, jika hal ini berkelanjutan akan menimbulkan dampak pada psikologi yang abnormal seperti depresi, sifat yang agresif dan gangguan psikologi yang lain (Huraerah, 2017).

b. Peran Ibu

1) Ibu sebagai pendidik

Peran ini dapat dipenuhi dengan baik, bila ibu mampu menciptakan iklim psikis yang gembira, bahagia dan bebas sehingga suasana rumah tangga menjadi semarak dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang. Dengan begitu anak-anak dan suami akan betah tinggal di rumah. Iklim psikologis penuh kasih sayang, kesabaran, ketenangan, dan kehangatan itu memberikan semacam vitamin psikologi yang merangsang pertumbuhan anak-anak menuju pada kedewasaan (Setiadi, 2017).

2) Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya

Ibu mempunyai peran untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peran sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya (Setiadi, 2017).

3) Sebagai patner hidup

Peran ini ditujukan bagi suami yang memerlukan kebijaksanaan, mampu berpikir luas, dan sanggup mengikuti gerak langkah karir suaminya. Sehingga akan terdapat kesamaan pandangan, perasaan, dan berinteraksi secara lancar dengan mereka (Setiadi, 2017).

3. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas Kesehatan Keluarga menurut Efendi & Makhfudli (2013) adalah:

a. Mengetahui masalah kesehatan

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 kesehatan habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

b. Membuat keputusan masalah kesehatan 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 :

- 1) Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah,
- 2) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan,
- 3) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami,

- 4) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit,
- 5) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan,
- 6) Apakah dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada,
- 7) Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan,
- 8) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui 1 hal sebagai berikut:

- 1) Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya),
- 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan,
- 3) Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan,
- 4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial),
- 5) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

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

- 1) Sumber-sumber keluarga yang dimiliki,
- 2) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan,
- 3) Pentingnya hygiene sanitasi

- 4) Upaya pencegahan penyakit,
 - 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi,
 - 6) Kekompakan antar anggota keluarga
- e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat. Berikut merupakan pembagian dari fasilitas kesehatan masyarakat:
- 1) Keberadaan fasilitas keluarga.
 - 2) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.
 - 3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
 - 4) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
 - 5) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.
 - 6) Fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Kelima tugas kesehatan keluarga tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga, perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik agar dapat memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah berupa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik keluarga, serta data sekunder yang mendukung lainnya. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/ model *Family Center Nursing* Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Data umum

1) Identitas kepala keluarga

Berisi tentang nama kepala keluarga, umur (KK), pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, dan alamat (KK).

2) Komposisi anggota keluarga

Berisi tentang nama anggota keluarga, umur, jenis kelamin, hubungan dengan KK, pendidikan, pekerjaan dan keterangan (Achjar, 2010).

3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar, terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 2011).

4) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan

non tradisional, yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis.

5) Suku bangsa

Berisi tentang suku bangsa yang meliputi : asal suku bangsa keluarga, bahasa yang dipakai keluarga dan kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6) Agama

Meliputi agama yang dianut keluarga dan kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

7) Status sosial ekonomi keluarga

Meliputi rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga, jenis pengeluaran keluarga tiap bulan, tabungan khusus kesehatan dan barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (parabot, transportasi).

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Menggambarkan tentang kebiasaan rekreasi yang dilakukan oleh keluarga.

b. Tahap perkembangan dan riwayat keluarga

1) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Meliputi tahap perkembangan keluarga inti (ditentukan dengan anak tertua), tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan riwayat keluarga inti yang berisi: riwayat terbentuknya keluarga inti, penyakit yang diderita keluarga

orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular dikeluarga).

2) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga.

Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

c. Data lingkungan

1) Karakteristik rumah

Ukuran rumah (luas rumah), kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah, air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi/ WC dan denah rumah.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

Mengkaji apakah ingin tinggal dengan satu suku saja, aturan dan kesepakatan penduduk setempat dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mengkaji tentang apakah keluarga sering pindah rumah dan dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress).

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi keluarga dengan masyarakat

Mengkaji tentang perkumpulan/ organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga.

5) Sistem pendukung keluarga

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

d. Struktur keluarga

Menurut Setiadi (2017), 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, dan apakah hal-hal/ masalah dalam keluarga di diskusikan.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya adalah: siapa yang membuat keputusan dalam keluarga, bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu), siapakah pengambilan keputusan tersebut.

3) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dari 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 dijalankan.

4) Nilai dan norma keluarga

Berisi nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga

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

1) Fungsi afektif

Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dukungan terhadap anggota keluarga dan saling menghargai, kehangatan.

2) Fungsi sosialisasi

Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar, bagaimana interaksi dan hubungan dalam keluarga.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (preventif/promosi). Bila ditemukan data maladaptif lakukan peninjauan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga/5 KMK), yaitu KMK mengenal masalah, KMK mengambil keputusan, KMK merawat keluarga yang sakit, KMK memelihara kesehatan atau memodifikasi lingkungan, KMK memanfaatkan fasilitas kesehatan.

4) Fungsi ekonomi

Menurut (Friedman E, 2014) fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang, dan material, serta alokasinya yang sesuai melalui proses

pengambilan keputusan. Fungsi ekonomi berupa data yang relevan mengenai sumber ekonomi keluarga seperti alokasi sumber yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan keluarga: sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat.

5) Fungsi psikososial

Teori Erik Erikson bahwa psikososial adalah penggambaran hubungan antara hubungan sosial dengan kesehatan mental/emosional yang melibatkan aspek sosial dan psikologis. Perkembangan kepribadian seseorang berasal dari pengalaman sosial sepanjang hidupnya sehingga disebut sebagai perkembangan psikososial.

f. Stress dan coping keluarga

Menurut Setiadi (2008), stres dan coping keluarga adalah sebagai berikut: Stresor jangka panjang (memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan) dan stresor jangka pendek (memerlukan penyelesaian dalam waktu sekitar 6 bulan) serta kekuatan keluarga, respon keluarga terhadap stress, strategi coping yang digunakan, dan strategi adaptasi yang disfungsi : adalah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif.

g. Pemeriksaan fisik

Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan, pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Aspek pemeriksaan fisik mulai kesadaran, vital sign, kulit, rambut kepala, mata, mulut, telinga, dada (IPPA), kardiovaskuler (IPPA), abdomen (IPPA),

ekstremitas, sistem genetalia serta kesimpulan pada hasil pemeriksaan fisik (Smeltzer & Bare, 2002).

h. Harapan keluarga

Harapan terhadap masalah kesehatan keluarga dan terhadap petugas kesehatan yang ada.

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisa untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks. Setelah data dianalisa dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga (SDKI, 2017).

3. Prioritas Masalah

Prioritas masalah dilakukan dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga (Bailon dan Maglaya), scoring dilakukan untuk menentukan skor pada setiap kriteria. Cara melakukan scoring adalah skor yang dipilih dibagi dengan nilai tertinggi dan dikalikan dengan bobot. Kriteria dibagi menjadi: sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dapat dicegah, dan menonjolnya masalah dengan masing-masing skala yang telah ditetapkan. Cara perhitungan dapat ditunjukkan dengan rumus sebagai berikut.

$$\frac{\text{Nilai yang dipilih} \times \text{Bobot}}{\text{Nilai tertinggi}}$$

Kriteria yang mempengaruhi prioritas masalah yaitu:

a. Sifat masalah

Bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.

b. Kemungkinan masalah dapat diubah

Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah. Sumber daya keluarga: dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga. Sumber daya perawat: dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu. Sumber daya masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat, dan sokongan masyarakat.

c. Potensial masalah dapat dicegah

Kepelikan dari masalah (yang berhubungan dengan penyakit atau masalah), lamanya masalah (yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada), tindakan yang dijalankan (tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah), adanya kelompok “*high risk*” (kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah).

d. Menonjolnya masalah

Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor yang tinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga.

Tabel 2.1
Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

Kriteria	Bobot	Score
Sifat masalah	1	Aktual = 3
		Resiko = 2
		Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk diubah	2	Mudah = 2
		Sebagian = 1
		Sedang = 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3
		Cukup = 2
		Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2
		Tidak segera diatasi = 1
		Tidak dirasakan adanya masalah = 0

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti

a. Diagnosis sehat/wellness

Digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif.

b. Diagnosis ancaman (resiko)

Digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya masalah.

c. Diagnosis nyata/gangguan

Digunakan jika sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif.

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga nyata/gangguan terdiri

dari *problem* (P), *etiologi* (E), dan *symptom* (S). Perumusan problem merupakan respon terhadap gangguan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu:

1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan

Meliputi keuntungan/manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

Meliputi keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan yang didapat, kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan,

pengalaman keluarga yang kurang baik, pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga (Achjar Henny Ayu,2012).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada maslaah kasus tuberkulosis paru adalah:

- 1) Hipertermia behubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit.
- 2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan mengeluarkan sekresi pada jalan napas.
- 3) Resiko penyebaran infeksi pada orang lain berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah penyebaran infeksi.
- 4) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- 5) Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

5. Perencanaan keperawatan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskannya untuk mengatasi stresor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan yaitu : primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, sekunder untuk memperkuat pertahanan sekunder, dan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Aderson & Mc Farlane,2014).

Tujuan jangka panjang mengacu pada bagaimana mengatasi masalah dan tujuan jangka pendek harus SMART (S= *spesifik*, M= *measurable*/ dapat diukur, A= *achievable*/ dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/ punya limit waktu) (Achjar, 2010).

6. 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, Henny, Ayu, 2012). Menurut Zaidin Ali tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah 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

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1998). Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana dan dapat mengatasi masalah keluarga.

Menurut Nikmatur (2012) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada saat perencanaan. Tujuan evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi tindakan keperawatan, dan meneruskan tindakan keperawatan. Menurut Zaidin Ali evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S: adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, berupa keluhan langsung dari klien, misalnya: klien mengatakan nyeri mulai berkurang.

O: adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, hasil dari pengukuran terhadap klien, misalnya: nyeri klien derajat 4.

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

P: adalah perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan (Achjar Henny Ayu,2012)

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi : SDKI 2017
1	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dadanya sesak - Klien mengatakan susah untuk bernafas, terutama pada saat Tn. S merasa kelelahan - Klien mengatakan batuk dan sulit untuk mengeluarkan dahak - Keluarga mengatakan tidak mengerti bagaimana cara merawat anggota keluarga yang sakit 	<p>Setelah dilakukan keperawatan 1x24 jam selama 1 hari diharapkan masalah pola nafas tidak efektif teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pernafasan dalam batas normal - Tidak nampak adanya otot bantu pernafasan - Tidak nampak adanya otot banyu pernafasan 	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan napas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Lakukan penghisapan lendir kurang lebih selama 15 detik - Berikan minum air hangat - Posisikan semi fowler atau fowler - Auskultasi bunyi napas - Monitor saturasi oksigen - Monitor nilai AGD - Monitor hasil x-ray toraks <p><i>Teraupeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai kondisi klien - Ajarkan batuk efektif <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberiaan oksigen, <i>jika perlu</i>
2.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan berat badan menurun - Klien mengatakan nafsu makan menurun - Keluarga mengatakan setiap makan klien sering muntah - Keluarga mengatakan belum mengerti bagaimana cara mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit 	<p>Setelah dilakukan keperawatan diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi peningkatan BB - Nafsu makan normal - Tidak ada muntah - Bising usus normal 	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang - Monitor adanya mual dan muntah - Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari - Monitor berat badan - Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum <p><i>teraupeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu - Sediakan makan yang tepat sesuai kondisi klien(mis. Makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau Gastrostomi, total perenteral nutrition sesuai indikasi) - Hidangkan makan secara menarik - Berikan suplemen, jika perlu - Berikan pujian pada klien atau keluarga untuk peningkatan yang dicapai <p><i>edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau - Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan