

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Keluarga**

##### **1. Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Menurut departemen kesehatan (1998) dalam buku (Sudiharto, 2007).

Menurut Friedman, mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem sosial. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu (Padila, 2012).

Menurut Allender dan Spradley (2001) dalam buku Susanto (2012) keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional, dan mengembangkan dalam interlasi sosial, peran dan tugas.

##### **2. Struktur Keluarga**

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat. Ada beberapa struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam macam, di antaranya adalah :

a. Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu di susun melalui jalur ayah

b. Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu di susun melalui jalur ibu.

c. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.

d. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

e. Keluarga Kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karna adanya hubungan dengan suami istri (Fadila, 2012).

### **3. Bentuk-Bentuk Keluarga**

a. Keluarga inti (nuclear family), adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang di rencanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karna kelahiran (natural) maupun adopsi.

b. Keluarga asal (family of origin), merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang di lahirkan.

- c. Keluarga besar (extended family), keluarga inti di tambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu termasuk keluarga modern, seperti orang tua tunggal, keluarga tanpa anak serta pasangan sejenis (guy/lesbian families).
- d. Keluarga berantai (social family), keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.
- e. Keluarga duda atau janda, keluarga yang terbentuk karna perceraian dan/atau kematian pasangan yang di cintai.
- f. Keluarga komposit (composite family), keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.
- g. Keluarga kohabitasi (cohabitation), dua orang menjadi satu keluarga tanpa pernikahan, bisa memiliki anak atau tidak. Di Indonesia bentuk keluarga ini tidak lazim dan bertentangan dengan budaya timur. Namun, lambat laun keluarga kohabitasi ini mulai dapat di terima.
- h. Keluarga inses (incest family), seiring dengan masuknya nilai nilai global dan pengaruh informasi yang sangat dahsyat, di jumpai bentuk keluarga yang tidak lazim, misalnya anak perempuan menikah dengan ayah kandungnya, ibu menikah dengan anak kandung laki-laki, paman menikah dengan keponakannya, kakak menikah dengan adik dari satu ayah dan satu ibu, dan ayah menikah dengan anak perempuan tirinya. Walaupun tidak lazim dan melanggar nilai-nilai budaya, jumlah keluarga inses semakin hari semakin besar .

- i. Keluarga tradisional dan non tradisional, di bedakan berdasarkan ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan, sedangkan keluarga non tradisional tidak diikat oleh perkawinan. Contoh keluarga tradisional adalah ayah-ibu dan anak dari hasil perkawinan atau adopsi. Contoh keluarga nontradisional adalah sekelompok orang tinggal di asrama. (sudiharto, 2012)

#### **4. Ciri- Ciri Keluarga**

- a. Menurut Robert mac iver dan Charles Horton dalam buku Fadila 2012 ciri-ciri keluarga yaitu :
  - 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
  - 2) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja di bentuk atau di pelihara.
  - 3) Keluarga mempunyai suatu system tata nama ( nomen clatur) termasuk perhitungan garis keturunan.
  - 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang di bentuk oleh anggota anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- b. Ciri-ciri keluarga Indonesia :
  - 1) Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan di landasi semangat gotong royong.
  - 2) Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.
  - 3) Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah.

- 4) Berbentuk monogram .
- 5) Bertanggung jawab
- 6) Mempunyai semangat gotong royong. (fadila,2012)

## **5. Tahap Dan Tugas Perkembangan Keluarga**

Berikut diuraikan kedelapan tahap siklus kehidupan keluarga berikut tugas perkembangan. (duval, 1977 dalam friedma,1998) dalam buku fadila 2012:

### **a. Tahap keluarga pemula (beginning family)**

Keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak. Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- 3) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua
- 4) Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua

### **b. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (child bearing)**

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan. Tugas perkembangan keluarga tahap ini :

- 1) Membentuk keluarga mudah sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dalam keluarga)
- 2) Rekonsiliasi tugas tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan

- 4) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orang tua, kakek dan nenek
  - 5) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
  - 6) Konseling KB post partum 6 minggu
  - 7) Menata ruang untuk anak
  - 8) Menyiapkan biaya child bearing
  - 9) Memfasilitasi role learning anggota keluarga
  - 10) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin
- c. Tahun keluarga dengan anak usia prasekolah
- Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan – 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga :
- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
  - 2) Mensosialisasikan anak
  - 3) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
  - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
  - 5) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
  - 6) Pembagian tanggung jawab

7) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak

d. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah

1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat

2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan

3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga

4) Mendorong anak untuk mencapai perkembangan daya intelektual

5) Menyediakan aktivitas untuk anak

e. Tahap keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13-20 tahun. Tugas perkembangan keluarga:

1) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri

2) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan

3) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak

4) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga

f. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
- 2) Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- 3) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit sakitan dari suami atau istri
- 4) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- 5) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- 6) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya

g. Tahap keluarga usia pertengahan (middle age family)

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua (lansia) dan anak-anak
- 3) Memperkokoh hubungan perkawinan
- 4) Persiapan masa tua/pension

h. Tahap keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Penyesuaian masa pensiun dengan merubah cara hidup
- 2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- 3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun

- 4) Mempertahan hubungan perkawinan
- 5) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- 6) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- 7) Melakukan life review masa lalu. (Padila 2012)

## 6. Fungsi Keluarga

Menurut Friedmen (1998) mengidentifikasikan 5 fungsi dasar keluarga yakni:

### a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia . anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, rasa dimiliki dan memiliki, rasa berarti serta merupakan sumber kasih sayang. Reinforcemen dan support di pelajari dan di kembangkan melalui interaksi keluarga.

### b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang di alami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial (gegas, 1979 dan friedman, 1998), sedangkan soekanto (2000) mengemukakan bahwa sosialisasi adalah suatu proses dimana anggota masyarakat yang baru mempelajari norma-norma masyarakat dimana dia menjadi anggota. Sosialisasi dimulai sejak individu di lahirkan dan berakhir setelah meninggal.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit dapat terkontrol. namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau di luar ikatan ikatan perkawinan sehingga lahirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

d. Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit di penuhi oleh keluarga di bawah garis kemiskinan (pra keluarga sejahtera) perawat berkontribusi untuk mencari sumber sumber di masyarakat yang dapat di gunakan keluarga meningkatkan status kesehatan mereka.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat orang yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga professional. Kemampuan ini sangat mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga (Fadila, 2012)

## 7. Tipe Keluarga

Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga di golongan sebagai tipe keluarga tradisional dan non tradisional atau bentuk *normative* atau *non normative*.

Sussman (1974), macklin (1988) menjelaskan tipe tipe keluarga sebagai berikut:

### a. Keluarga Tradisioanal

- 1) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orang tua campuran atau orang tua tiri.
- 2) Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya.
- 3) Keluarga dengan orang tua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian
- 4) Bujangan dewasa sendirian
- 5) Keluarga besar, terdiri dari keluarga inti dan orang orang yang berhubungan.
- 6) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak anaknya sudah berpisah.

### b. Keluarga non tradisioanal

- 1) Keluarga dengan orang tua beranak tanpa menikah , biasanya ibu dan anak

- 2) Pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu
- 3) Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah
- 4) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang sejenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
- 5) keluarga komuni, keluarga yang terdiri lebih dari satu pasangan monogamy dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama .

## **8. Tugas Keluarga**

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut :

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- b. Pemeliharaan sumber daya yang ada dalam keluarga
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga
- e. Pengaturan jumlah anggota keluarga
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
- g. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya.

(Fadila, 2012)

## **9. Peran Perawat Keluarga**

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memperhatikan prinsip-prinsip berikut: (a) melakukan kerja bersama

keluarga secara kolektif, (b) mulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga, (c) menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga, (d) menerima dan mengakui struktur keluarga, dan (e) menekankan pada kemampuan keluarga.

Peran perawat adalah sebagai berikut :

- a. Sebagai pendidik, perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan.
- b. Sebagai koordinator pelaksana pelayanan keperawatan, perawat bertanggungjawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang bersinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit)
- c. Sebagai pelaksana pelayanan keperawatan, pelayanan keperawatan dapat di berikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan.
- d. Sebagai supervisor pelayanan keperawatan, perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik terhadap keluarga beresiko tinggi maupun yang tidak.
- e. Sebagai pembela (advokat), perawat berperan sebagai advokat keluarga yang melindungi hak hak keluarga sebagai klien. perawat di

harapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang di berikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga. Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai kiln mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

- f. Sebagai fasilitator, perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga, dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu memberikan jalan keluar dalam mengatasi masalah.
- g. Sebagai peneliti, perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang di alami oleh anggota keluarga . masalah kesehatan yang muncul dalam keluarga biasa terjadi menurut siklus atau budaya yang di praktikan keluarga.  
(sudiharto 2007)

## **B. Konsep TB Paru**

### **1. Definisi TB Paru**

TB Paru adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan *mycobacterium Tuberculosis* yang menyerang paru paru dan hampir organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernapasan dan saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit. Tetapi paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut (Sylvia A.price dalam buku NANDA 2015).

TB Paru adalah suatu penyakit menular yang paling sering mengenai parenkim paru. Biasanya di sebabkan oleh mycobacterium *Tuberculosis*. *Tuberculosis* dapat menyebar hampir kesetiap bagian tubuh, termasuk meninges, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Infeksi awal biasanya terjadi dalam 2 sampai 10 minggu setelah pajanan. Pasien kemudian dapat membentuk penyakit aktif karna respon system menurun atau tidak adekuat. Proses aktif dapat berlangsung lama dan karektiristikan oleh periode remisi yang panjang ketika penyakit di hentikan, hanya untuk di lanjutkan dengan periode aktifitas yang di perbarui. *Tuberculosis* adalah masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia yang erat kaitan nya dengan kemiskinan, malnutrisi, kepadatan penduduk, perubahan di bawah standar, dan tidak memadainya layanan kesehatan. Angka mortalitas dan morbiditas terus meningkat (Brunner & Suddath 2018).

*Tuberculosis* atau TB adalah penyakit infeksius yang terutama menyerang parenkim paru. TB Paru adalah suatu penyakit menular yang di sebabkan oleh basil mycobacterium *Tuberculosis* yang merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan bagian bawah yang sebagian besar basil *Tuberculosis* masuk kedalam jaringan paru melalui airborne infection dan selanjutnya mengalami proses yang di kenal sebagai focus primer dari ghon. (wijaya & putri 2013).

## 2. Klasifikasi *Tuberculosis*

Klasifikasi TB Paru di buat berdasarkan gejala klinik, baktriologik, radiologik dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karna merupakan salah satu faktor determinan untuk menetapkan strategi terapi.

Sesuai dengan program Gerdunas P2TB klasifikasi TB paru di bagi sebagai berikut :

- a. TB Paru BTA positif dengan kriteria :
  - 1) Dengan atau tanpa gejala klinik
  - 2) BTA positif : mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali di sokong bila positif satu kali atau di sokong radiologik positif 1 kali.
  - 3) Gambaran radiologic sesuai dengan *Tuberculosis* paru
- b. TB Paru BTA negatif dengan kriteria :
  - 1) Gejala klinik dan gambaran radiologic sesuai dengan *Tuberculosis* paru aktif
  - 2) BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologic positif
- c. Bekas TB Paru dengan kriteria :
  - 1) Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif
  - 2) Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru.
  - 3) Radiologik menunjukkan gambaran lesi *Tuberculosis* inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah.
  - 4) Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung)

### 3. Etiologi

Penyebab TB Paru adalah *mycobacterium Tuberculosis*. Basil ini tidak berspora sehingga mudah di basmi dengan pemanasan, sinar matahari dan sinar ultraviolet. Ada dua macam mikobakteria *Tuberculosis* yaitu tipe Human dan tipe Bovin. Basil tipe bovin berada dalam susu sapi yang menderita mastitis *Tuberculosis* usus. Basil tipe human bisa berada di bercak ludah (droplet) dan di udara yang berasal dari penderita *Tuberculosis*, dan orang yang terkena rentan terinfeksi bila menghirupnya (*wim de jong*). Setelah organ terinhalasi, dan masuk paru paru bakteri dapat bertahan hidup dan menyebar ke nodus limfatikus lokal. Penyebaran melalui aliran darah ini dapat menyebabkan *Tuberculosis* pada organ lain, dimana infeksi laten dapat bertahan sampai bertahun-tahun.

Dalam perjalanan penyakitnya terdapat 4 fase:

a. Fase 1 (fase *Tuberculosis* primer)

Masuk kedalam paru dan berkembang biak tanpa menimbulkan reaksi pertahanan tubuh.

b. Fase 2

c. Fase 3 (fase laten) : fase dengan kuman yang tidur (bertahun-tahun/seumur hidup) dan reaktifitas jika terjadi perubahan keseimbangan daya tahan tubuh, dan bisa terdapat di tulang panjang, vertebra, tuba fallopi, otak, kelenjar limf hilus, leher dan ginjal.

d. Fase 4: dapat sembuh tanpa cacat atau sebaliknya, juga dapat menyebar ke organ yang lain dan yang kedua ke ginjal setelah paru (Nanda 2015)

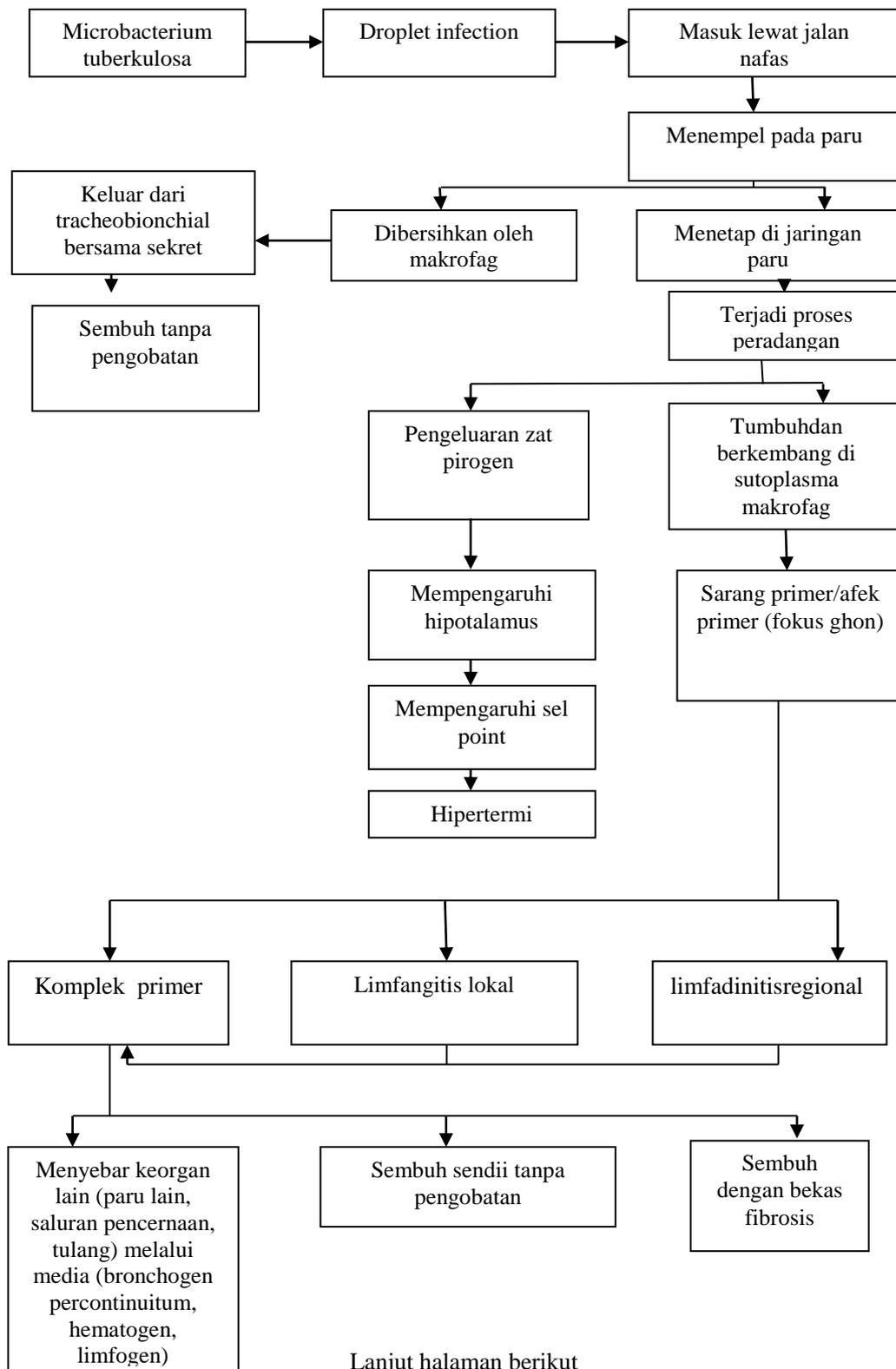
#### 4. Patifisiologi/Patway

TB Paru adalah infeksi bakteri di udara yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang mempengaruhi bagian tubuh dan paling sering paru-paru. *Mycobacterium Tuberculosis* terkena udara sebagai inti droplet dari batuk, bersin, berteriak atau bernyanyi dari individu dengan TB Paru. Penularan terjadi melalui inhalasi inti droplet yang melewati rongga mulut atau hidung, saluran pernapasan bagian atas, bronkus dan akhirnya mencapai alveoli paru-paru. Setelah *Mycobacterium Tuberculosis* atau *Tubercle bacilli* mencapai *Alveoli*, mereka tertelan oleh Makrofag Alveolar yang mengakibatkan penghancuran atau penghambatan proporsi yang lebih besar dari basil tuberkulum yang dihirup.

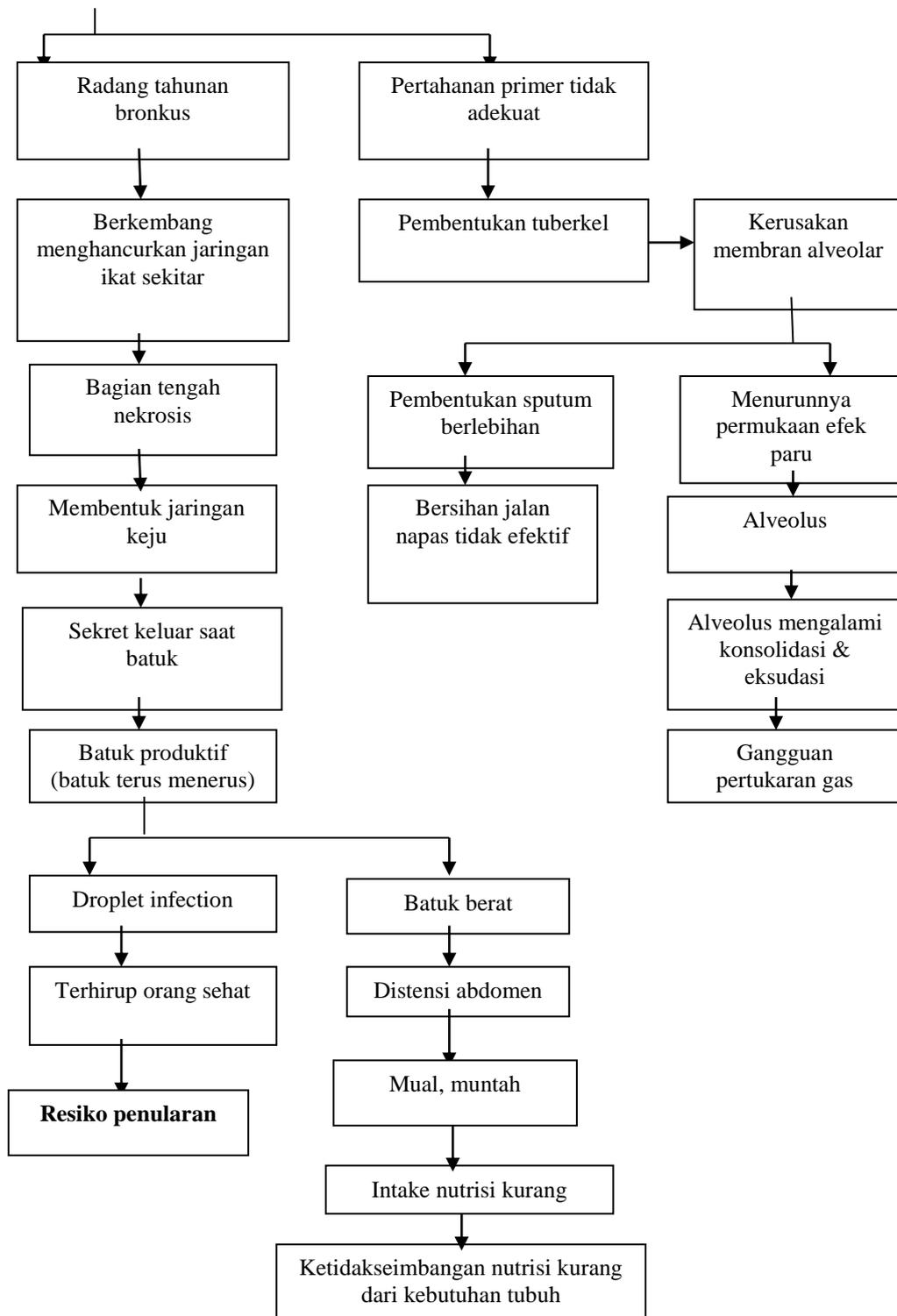
Proporsi kecil yang tidak terpengaruh berlipat ganda dalam Makrofag dan dilepaskan setelah kematian Makrofag. Bakteri Tuberkulum yang disebarkan langsung menyebar melalui aliran darah atau saluran limfatik ke bagian jaringan tubuh atau organ tubuh selain area infeksi Tuberkulosis yang sangat rentan seperti paru-paru, laring, kelenjar getah bening, tulang belakang, tulang atau ginjal. Dalam sekitar 2 sampai 8 minggu, respon imun dipicu yang memungkinkan sel darah putih untuk membungkus atau menghancurkan sebagian besar basil tuberkulum. Enkapsulasi oleh sel darahputih menghasilkan penghalang di sekitar Tuberkulum Bacilli membentuk Granuloma.

Begitu masuk ke dalam shell penghalang, basil tuberkulum dikatakan berada di bawah kontrol dan dengan demikian membentuk keadaan infeksi Tuberkulosis laten. Orang pada tahap ini tidak menunjukkan gejala Tuberkulosis, tidak dapat menyebarkan infeksi dan dengan demikian tidak dianggap sebagai kasus Tuberkulosis. Di sisi lain, jika sistem kekebalan gagal untuk menjaga basil tuberkulum di bawah kontrol, perbanyakan cepat basil terjadi kemudian yang mengarah ke perkembangan dari infeksi Tuberkulosis laten ke kasus Tuberkulosis. Waktu untuk pengembangan ke Tuberkulosis mungkin segera setelah infeksi tuberkulosis laten atau lebih lama setelah bertahun-tahun. Kasus Tuberkulosis sangat menular dan dapat menyebarkan basil ke orang lain (Agyemen, 2017).

**Gambar Pathway Tuberkulosis Paru**



Lanjut halaman berikut



(Nurarif& Kusuma, 2015)

## 5. Manifestasi Klinis

*Tuberculosis* sering di juluki “the great imitator” yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah penderita gejala yang timbul tidak jelas sehingga di abaikan bahkan kadang kadang asimtomatik.

Gambaran klinik TB Paru dapat di bagi menjadi dua golongan, gejala respiratorik dan gejala siskemik:

- a. Gejala respiratorik, meliputi :
  2. Batuk : gejala batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering di keluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampurdarah bila sudah ada kerusakan jaringan.
  3. Batuk darah : darah yang di dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.
  4. Sesak nafas : gejala ini di temukan bila ada kerusakan parenkim paru sudah luas atau karna ada hal-hal menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia dan lain-lain.

5. Nyeri dada : nyeri dada pada TB Paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persyarafan di pleura terkena.
- b. Gejala siskemik, meliputi :
- 1) Demam : merupakan gejala yang sering di jumpai biasanya timbul di sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.
  - 2) Gejala siskemik lain : gejala siskemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise.
  - 3) Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak nafas, walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia.

TB Paru termasuk insidius. Sebagian besar pasien menunjukkan demam tingkat rendah, kelelahan, anoreksia, penurunan berat badan, berkeringat malam, nyeri dada dan batuk menetap. Batuk pada awalnya mungkin nonproduktif, tetapi dapat berkembang kearah pembentukan sputum mukopurulen dengan hemoptysis.

*Tuberculosis* dapat mempunyai manifestasi atipikal pada lansia, seperti perilaku tiada biasa dan perubahan status mental, demam, anoreksia, dan penurunan berat badan. Basil *Tuberculosis* dapat bertahan lebih dari 50 tahun dalam keadaan dorman. (wijaya & putri, 2013)

## 6. Cara Penularan Dan Faktor-Faktor Resiko TB Paru

TB Paru di tularkan dari orang ke orang oleh transmisi melalui udara. Individu terinfeksi, melalui berbicara, batuk, bersin, tertawa, atau bernyanyi, melepaskan droplet. Droplet yang besar menetap, sementara droplet yang kecil tertahan di udara dan di hirup oleh individu yang rentan, individu yang beresiko tinggi untuk tertular TB Paru adalah :

- a. Mereka yang kontak dekat dengan seseorang yang mempunyai TB Paru aktif
- b. Individu immunosupresif (termasuk lansia, pasien dengan kanker, mereka yang dalam terapi kortikosteroid atau mereka yang terinfeksi dengan HIV)
- c. Pengguna obat-obat iv atau alkoholik
- d. Setiap individu tanpa perawatan kesehatan yang adekuat (tunawisma; tahan; etnik dan ras minoritas, terutama anak-anak di bawah usia 15 tahun dan dewasa muda antara yang berusia 15 sampai 44 tahun)
- e. Setiap individu dengan gangguan medis yang sudah ada sebelumnya (misalnya: diabetes, gagal ginjal kronis, silicosis, penyimpangan gizi)
- f. Imigran dari Negara dengan insiden *Tuberculosis* yang tinggi ( asia tenggara, afrika, marika latin, karibia)
- g. Setiap individu yang tinggal di institusi (misalnya: fasilitas perawatan jangka panjang, institusi psikiatrik, penjara)
- h. Individu yang tinggal di daerah perumahan substandard kumuh
- i. Petugas kesehatan

- j. Resiko tertular TB Paru juga tergantung pada banyaknya organisme yang terdapat di udara.

## 7. Penatalaksanaan TB Paru

Tujuan pengobatan pada penderita TB Paru selain untuk mengobati juga mencegah kematian, mencegah kekambuhan atau resistensi terhadap OAT serta memutuskan mata rantai penularan.

Pengobatan TB Paru terbagi menjadi 2 fase yaitu:

- a. Fase intensif, fase intensif (2-3 bulan)
- b. Fase lanjutan, fase lanjutan (4-7 bulan)

Paduan obat yang di gunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang di gunakan sesuai dengan rekomendasi WHO adalah Rifampisin, INH, Pirasinamid, Streptomisin, dan Etambutol. Sedangkan jenis obat tambahan adalah Kanamisin, Kuinolon, Makrolide dan Amoxsilin + Asam klavulanat, derivate Rifampisin/ INH.

Cara kerja, potensi dan dosis OAT utama dapat dilihat pada table berikut:

**Tabel 2.1 Cara Kerja Obat**

Obat anti <i>Tuberculosis</i> esensial	Aksi	Potensi	Rekome ndasi	Dosis	(Mg/kg bb)
			Perhari	Per 3x	Minggu 2x
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Tinggi	5	10	15
Rifampisin (R)	Bakterisidal	Tinggi	10	10	10
Pirasinamid (Z)	Bakterisidal	Rendah	25	35	50
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Rendah	15	15	15
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Rendah	15	30	45

Untuk keperluan pengobatan perlu di buat batasan kasus terlebih dahulu berdasarkan lokasi tuberkulosa, berat ringannya penyakit, hasil pemeriksaan batriologik, hapusan dahak dari riwayat pengobatan sebelumnya. Di samping itu perlu pemahaman tentang strategi penanggulangan TB Paru yang dikenal sebagai directly observed treatment short course (DOTS) yang di rekomendasikan oleh WHO yang terdiri dari lima komponen yaitu :

- a. Adanya komitmen politis berupa dukungan pengambil keputusan dalam penanggulangan TB Paru
- b. Diagnosis TB Paru melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopik langsung sedang pemeriksaan penunjang lainnya seperti pemeriksaan radiologis dan kultur dapat di laksanakan di unit pelayanan yang memiliki sarana tersebut.
- c. Pengobatan TB Paru dengan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat (PMO) khususnya dalam 2 bulan pertama dimana penderita harus minum obat setiap hari.
- d. Kesenambungan ketersediaan paduan OAT jangka pendek yang cukup.
- e. Pencatatan dan pelaporan yang baku.

## **8. Komplikasi TB Paru**

- a. Hemontitis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah)

Yang dapat mengakibatkan kematian karna syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.

- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial
  - 1) Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru
  - 2) Pneumotorik (adanya udara di dalam rongga pleura) spontans : kolaps spontan karna kerusakan jaringan paru.
  - 3) Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
- c. Infusensi kardio pulmoner (Wahid, 2013)

### **C. Konsep Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif**

#### **1. Pengertian**

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah pola penanganan masalah kesehatan di dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga (SDKI, 2016).

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu dari unit keluarga (NANDA-I 2018).

#### **2. Penyebab Manajemen Kesehatan Tidak Efektif**

- a. Kompleksitas system pelayanan kesehatan
- b. Kompleksitas program perawatan/pengobatan
- c. Konflik pengambilan keputusan

- d. Kesulitan ekonomi
- e. Banyak tuntutan
- f. Konflik keluarga

### **3. Gejala Dan Tanda**

- a. Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang di derita
- b. Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang di tetapkan
- c. Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat
- d. Aktifitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat

(SDKI, 2016)

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Penyakit TB Paru**

### **1. Pengkajian**

#### **A. Pengertian**

Pengkajian adalah tahapan seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya (Mubarak dkk, 2009).

#### **B. Model Pengkajian**

##### **1) Pengkajian Keluarga Model Friedman**

Asumsi yang mendasari adalah keluarga sebagai sistem, merupakan kelompok kecil dari masyarakat. Friedman memberikan batasan 6 kategori dalam memberikan pertanyaan-pertanyaan saat melakukan pengkajian :

- a. Data pengenalan keluarga

- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- c. Data lingkungan
- d. Struktur keluarga
- e. Fungsi keluarga
- f. Koping keluarga

## 2) Pengkajian Keluarga Model Calgary

Pengkajian model Calgary mengembangkan konsep dan teori sistem, komunikasi dan konsep berubah. Teori sistem memberikan kerangka kerja bahwa keluarga sebagian dari suprasistem dan terdiri dari subsistem. Komunikasi merupakan teori bagaimana individu melakukan interaksi secara berkelanjutan. Konsep berubah menjadikan kerangka kerja bahwa perubahan satu anggota keluarga akan mempengaruhi kesehatan anggota keluarga yang lainnya.

## C. Tahap-Tahapan Pengkajian

Untuk mempermudah perawat keluarga saat melakukan pengkajian, dipergunakan istilah penjajakan.

### 1. Penjajakan 1

Data-data yang dikumpulkan pada penjajakan 1 antara lain :

- 1. Data umum
- 2. Riwayat dan tahapan perkembangan
- 3. Lingkungan
- 4. Struktur keluarga
- 5. Fungsi keluarga

6. Stress dan coping keluarga
  7. Harapan keluarga
  8. Data tambahan
  9. Pemeriksaan fisik
2. Penjajakan II

Pengkajian yang tergolong dalam penjajakan II diantaranya pengumpulan data-data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan sehingga dapat ditegakkan diagnosa keperawatan keluarga.

Adapun ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah diantaranya:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga
4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Beberapa data/infromasi yang harus dikaji pada dengan TB Paru adalah :

- a) Data biografi : Nama, alamat, umur, tanggal Masuk Rumah Sakit (MRS) , diagnosa medis, penanggung jawab, catatan kedatangan.
- b) Riwayat kesehatan
  1. Keluhan utama

Biasanya pasien datang dengan keluhan Demam: subfebris, febris (40-41oC) hilang timbul, Batuk sudah lama, Sesak nafas, Keringat malam, Nyeri dada, Malaise.

## 2. Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pada saat dilakukan pengkajian pasien masih mengeluh Demam hilang timbul, Batuk sudah lama, Sesak nafas, Keringat malam, Nyeri dada.

## 3. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah sakit batuk yang lama dan tidak sembuh-sembuh, Pernah berobat tetapi tidak sembuh, Pernah berobat tetapi tidak teratur, Riwayat kontak dengan penderita TB paru, Daya tahan tubuh yang menurun, Riwayat vaksinasi yang tidak teratur, Riwayat putus OAT.

## 4. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya pada keluarga pasien ditemukan ada yang menderita TBParu. Biasanya ada keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Melitus, jantung dan lainnya.

## **2. Analisa Data**

- a. Analisa data merupakan kegiatan pemilahan data dalam rangka proses klarifikasi dan validasi informasi untuk mendukung penegakan diagnosa keperawatan keluarga yang akurat.

- b. Review data yang dapat menghubungkan antara penyebab dan masalah yang ditegakkan.
- c. Menghubungkan data dari pengkajian yang berpengaruh kepada munculnya suatu masalah.

### **3. Diagnosa Keperawatan**

#### a. Definisi Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan kumpulan pernyataan, uraian dari hasil wawancara, pengamatan langsung dan pengukuran dengan menunjukkan status kesehatan mulai dari potensial, resiko tinggi, sampai masalah aktual.

#### b. Struktur Diagnosa Keperawatan

- 1) Problem/masalah
- 2) Etiologi/penyebab
- 3) Sign dan symptom/tanda dan gejala

#### c. Tipe diagnosa keperawatan

- 1) Aktual
- 2) Resiko tinggi
- 3) Potensial
- 4) Sindrom
- 5) Kemungkinan

d. Tipe dan komponen diagnosa keperawatan keluarga

1) Masalah keperawatan aktual

Masalah ini memberikan gambaran berupa tanda dan gejala yang mendukung bahwa masalah benar-benar terjadi.

2) Masalah keperawatan resiko tinggi

Masalah ini sudah ditunjang dengan data yang akan pengaruh pada timbulnya masalah kesehatan bila tidak segera ditangani.

3) Masalah keperawatan potensial / sejahtera

Status kesehatan berada pada kondisi sehat dan ingin meningkatkan lebih optimal.

e. Menetapkan Etiologi

Menentukan penyebab atau etiologi dalam perumusan diagnosa keperawatan dengan model single diagnosis diangkat dari 5 tugas keluarga antara lain :

1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keperawatan

2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga

4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan

5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas yang ada

6) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul. Menurut Kundi (2012), Masalah keperawatan keluarga yang sering muncul pada diagnosa medis Tuberkulosis Paru adalah:

a) Risiko tinggi terhadap infeksi sekunder (reaktivasi).

- b) Pola nafas tidak efektif.
- c) Bersihan jalan nafas tidak efektif.
- d) (Risiko tinggi) gangguan pertukaran gas.
- e) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
- f) manajemen keperawatan tidak efektif (tentang proses terapi, kemungkinan kambuh dan perawatan penyakit).

Menurut Manurung (2008), masalah keperawatan yang dapat terjadi pada klien Tuberkulosis Paru dapat berupa :

- a) Bersihan jalan nafas tidak efektif.
- b) Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
- c) Kurangnya pengetahuan tentang penyakit Tuberkulosis Paru.
- d) Intoleransi aktivitas.
- e) Risiko tinggi terjadinya kekambuhan.

#### **4. Prioritas Masalah**

Prioritas masalah didasar atas 3 komponen, yaitu : kriteria, bobot, penialain dan pembenaran.

Kriteria penilaian (dengan bobot 1) terdiri dari :

1. Sifat masalah terdiri atas :

- 1) Actual dengan nilai 3
- 2) Resiko tinggi dengan nilai 2
- 3) Potensial dengan nilai 1

Pembenaran mengacu pada masalah yang sedang terjadi, baru menunjukkan tanda dan gejala atau bahkan dalam kondisi sehat.

2. Kemungkinan masalah diubah (dengan bobot 2) terdiri dari :

1. Mudah dengan nilai 2
2. Sebagian dengan nilai 1
3. Tidak dapat dengan nilai 0

Pembenaran mengacu pada : masalah, sumber daya keluarga, sumber daya perawat dan sumber daya lingkungan.

3. Potensial masalah untuk dicegah (dengan bobot 1) terdiri dari :

- 1) Tinggi dengan nilai 3
- 2) Cukup dengan nilai 2
- 3) Rendah nilai 1

Pembenaran mengacu pada: berat ringannya masalah, jangka waktu terjadi masalah, tindakan yang akan dilakukan, kelompok resiko tinggi yang bisa dicegah.

4. Menonjolnya masalah (dengan bobot 1) terdiri dari :

Cara penghitungan

- 1) Skor/ angka tertinggi dikalikan dengan bobot
- 2) Jumlahkan skor
- 3) Skor tertinggi menjadi masalah prioritas

## 5. Intervensi

### a. Definisi Intervensi

ANA (1995) mendefinisikan intervensi sebagai rencana tindakan perawat untuk kepentingan klien atau keluarga (Setiawati & Dermawan, 2008).

### b. Indikasi Intervensi

Wright dan Leahey dalam Setiawati dan Dermawan (2009), menganjurkan bahwa intervensi keperawatan keluarga dapat dilakukan pada :

- 1) Keluarga dengan satu masalah yang mempengaruhi anggota keluarga lainnya
- 2) Keluarga dengan anggota keluarga berpenyakit yang berdampak pada anggota keluarga lainnya
- 3) Anggota keluarga yang mendukung permasalahan kesehatan yang muncul
- 4) Salah satu anggota keluarga yang menunjukkan perbaikan atau kemunduran dalam status kesehatan
- 5) Anggota keluarga yang didiagnosis penyakit pertama kali
- 6) Perkembangan anak atau remaja secara emosional
- 7) Keluarga dengan penyakit kronik
- 8) Keluarga dengan penyakit mematikan

### c. Klasifikasi Intervensi

Friedman (1998) memberikan gambaran berkaitan dengan klasifikasi intervensi antara lain :

### 1) Supplemental

Intervensi yang terkait dengan rencana pemberian pelayanan secara langsung pada keluarga sebagai sasaran.

### 2) Fasilitatif

Intervensi ini terkait dengan rencana dalam membantu mengatasi hambatan dari keluarga dalam memperoleh pelayanan medis, kesejahteraan sosial dan transformasi.

### 3) Developmental

Intervensi ini terkait dengan rencana perawat membantu keluarga dalam kapasitasnya untuk menolong dirinya sendiri (membuat keluarga belajar mandiri) dengan kekuatan dan sumber pendukung yang terdapat pada keluarga.

## d. Menetapkan Tujuan Intervensi

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum merupakan tujuan yang lebih menekankan pada pencapaian akhir sebuah masalah, dimana perubahan perilaku dari yang merugikan kesehatan kearah perilaku yang menguntungkan kesehatan. Tujuan umum ini lebih mengarah kepada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatan keluarga.

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam rencana perawatan lebih menekankan pada pencapaian hasil dari masing-masing kegiatan.

e. Menetapkan Intervensi

1. Rencana tindakan yang disusun harus berorientasi pada pemecahan masalah
2. Rencana tindakan yang dibuat dapat dilakukan mandiri oleh keluarga
3. Rencana tindakan yang dibuat berdasarkan masalah kesehatan
4. Rencana tindakan sederhana dan mudah dilakukan
5. Rencana tindakan perawatan dapat dilakukan secara terus-menerus oleh keluarga.

f. Domain Intervensi

Ada tiga domain yang bisa kita gunakan dalam menyusun intervensi (Calgary), yaitu :

a. Domain Kognitif

Intervensi dengan domain kognitif ditunjukkan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga.

b. Domain Afektif

Intervensi ini ditunjukkan membantu keluarga dalam berespon emosional, sehingga dalam keluarga terdapat perubahan sikap terhadap masalah yang dihadapi.

c. Domain Psikomotor

Intervensi ini untuk membantu anggota keluarga dalam perubahan perilaku yang mengurangi ke perilaku yang menguntungkan.

g. Hambatan-hambatan Intervensi

Menurut Bailon dan Maglaya (1978) hambatan yang sering kali dihadapi perawat keluarga saat melakukan intervensi keperawatan adalah :

1. Kurang informasi yang diterima keluarga
2. Tidak menyuruhnya informasi yang diterima oleh keluarga
3. Informasi yang diperoleh keluarga tidak dikaitkan dengan masalah yang dihadapi
4. Keluarga tidak mau menghadapi situasi
5. Keluarga berusaha mempertahankan pola kebiasaan yang ada
6. Kegagalan mengaitkan tindakan dengan sasaran keluarga
7. Kurang percaya pada tindakan yang diusulkan

**Tabel 2.2 Perencanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Integrasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan NANDA/ICNP,NOC,NIC**

<i>Data</i>	<i>Diagnosis Keperawatan</i>	<i>NOC</i>	<i>NIC</i>
	<i>Diagnosis</i>	<i>Hasil</i>	<i>Intevensi</i>
Data pendukung masalah keluarga dengan TB paru			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga tidak mampu melakukan perawatan</li> <li>- Keluarga tidak mampu menghindari factor resiko</li> <li>- Keluarga tidak mengerti tentang TB paru, penyebab dan tanda gejala TB paru</li> <li>- Keluarga tidak mengetahui dampak TB paru</li> <li>- Tidak mampu menyiapkan lingkungan dengan baik seperti penerangan kurang</li> <li>- Data yang mendukung TB paru:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk produktif atau tidak produktif</li> <li>2. Riwayat TB / terpajan pada individu terinfeksi</li> </ol> </li> </ul>	Ketidakefektifan manajemen kesehatan dikeluarga	<p>Keluarga mampu mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat pengetahuan : manajemen TB paru Pengetahuan : regimen pengobatan</p>	<p>Keluarga mampu mengenal masalah : psikososial dan perubahan gaya hidup Pendidikan kesehatan : pengajaran proses penyakit yang dialami Pengajaran : proses penyakit</p>
		<p>Keluarga mampu memutuskan untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan Berpatisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan Kesiapan caregiver dalam perawatan dirumah</p>	<p>Keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga yang sakit, membantu diri sendiri membangun kekuatan beradaptasi dengan perubahan fungsi atau mencapai fungsi yang lebih tinggi : Dukungan membuat keputusan Dukungan emosional Dukungan caregiver Membangun harapan</p>
		<p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita TB Paru : konsumsi makan makanan yang sehat dan bergizi Memanajemen minum obat secara teratur Melakukan prilaku hidup sehat</p>	<p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, membantu merawat pasien dengan cara memberi motivasi kepada pasien : Menjaga pola makan dengan makanan bergizi</p>

			Melakukan pola hidup sehat
		<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : control pencahayaan ruangan klien          Deteksi resiko          Pengetahuan tentang bahayanya pencahayaan yang kurang dan memodifikasi pencahayaan ruangan          Dukungan keluarga selama pengobatan          Perilaku pencegahan</p>	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungannya dalam hal :          Pencegahan          Manajemen lingkungan : rumah yang aman dan pencahayaan yang baik          Bantuan pemeliharaan rumah          Peningkatan support system          Manajemen lingkungan</p>
		<p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan :          Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan          Perilaku mencari pelayanan kesehatan          Partisipasi keluarga dalam perawatan keluarga</p>	<p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan          Panduan pelayanan kesehatan          Mengunjungi fasilitas kesehatan          Bantuan system kesehatan</p>

## 6. Implementasi

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya.

Prinsip yang mendasari implementasi keperawatan keluarga antara lain :

- Implementasi mengacu pada rencana keperawatan yang dibuat
- Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah
- Kekuatan-kekuatan keluarga berupa financial, motifas, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan
- Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi.

## 7. Evaluasi

- Sifat Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan keluarga.

Evaluasi merupakan tahapan yang menentukan apakah tujuan dapat tercapai sesuai yang ditetapkan dalam tujuan direncanakan perawatan.

Apabila setelah dilakukan evaluasi tujuan tidak tercapai maka ada beberapa kemungkinan yang perlu ditinjau kembali yaitu :

- Tujuan tidak realistis
- Tindakan keperawatan tidak tepat
- Faktor-faktor lingkungan yang tidak bisa dibatasi

- Kriteria dan Setandar

Kriteria akan memberikan gambaran tentang faktor-faktor tidak tepat yang memberikan petunjuk bahwa tujuan telah tercapai . Standar telah menunjukkan tingkat pelaksanaan yg diinginkan untuk membandingkan dengan pelaksanaan yang sebenarnya.

- Evaluasi Kuantitatif Dan Kualitatif

Dalam evaluasi kuantitatif menentukan pada jumlah pelayanan atau kegiatan yang telah diberika. Evaluasi kuantitatif kelemahannya hanya mementingkan jumlah, padahal belum tentu banyaknya kegiatan yang dilakukan akan berbanding lurus dengan hasil yang memuaskan.

Evaluasi kuantitatif dapat dilihat pada :

- 1) Evaluasi Struktur

Berhubungan dengan tenaga atau bahan yang diperlukan dalam suatu kegiatan.

- 2) Evaluasi Proses

Merupakan hasil dari pemberian asuhan keperawatan.

- Metode Evaluasi

1. Observasi langsung
2. Memeriksa laporan atau dokumentasi
3. Wawancara atau angket
4. Latihan stimulasi

- Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan keperawatan keluarga merupakan indikator keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan pada keluarga oleh petugas kesehatan. Karakteristik evaluasi dengan pedoman SOAP memberikan tuntunan pada perawat dengan uraian sebagai berikut :

- a. Subjektif

Pernyataan atau uraian keluarga, klien atau sumber lain tentang perubahan yang dirasakan baik kemajuan ataupun kemunduran setelah diberikan tindakan keperawatan.

- b. Objektif

Data yang bisa diamati dan diukur melalui teknik observasi, palpasi, perkusi atau auskultasi sehingga dapat dilihat kemajuan atau kemunduran pada sasaran perawatan sebelum dan setelah diberikan tindakan keperawatan.

- c. Analisa

Pertanyaan yang menunjukkan sejauh mana masalah keperawatan dapat tertanggulangi.

- d. Planing rencana yang ada dalam catatan perkembangan merupakan rencana tindakan hasil evaluasi tentang dilanjutkan atau tidak rencana tersebut sehingga diperlukan inovasi dan memodifikasi bagi perawat.