

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Keluarga

2.1.1. Pengertian

Pengertian keluarga secara tradisional yang ditemukan oleh U.S. Census Bureau (2005): Suatu keluarga terdiri dari dua orang atau lebih dengan salah satu diantaranya merupakan kepala keluarga, yang dihubungkan melalui keturunan, pernikahan, atau adopsi dan tinggal pada tempat atau rumah yang sama.

Karena keluarga adalah membentuk unit dasar dalam masyarakat, keluarga merupakan lembaga sosial yang memiliki pengaruh paling besar terhadap anggotanya. Unit dasar ini sangat memengaruhi perkembangan seorang individu, sehingga dapat menjadi penentu keberhasilan atau kegagalan hidup seseorang. U.S.Census Bureau (2005).

Unit keluarga menempati sebuah posisi di antara individu dan masyarakat (Bronfenbrenner,2013). Tujuan dasar keluarga bersifat ganda, yaitu : 1.memenuhi kebutuhan masyarakat, yang meliputi keluarga sebagai bagiannya (2) memenuhi kebutuhan individu yang menjadi bagian dari keluarga.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2009, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami, istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya. Anak yang dimaksudkan dalam pengertian ini adalah anak yang belum menikah. Apabila ada anak sudah

menikah dan tinggal bersama suami/istri atau anak-anaknya, maka anak tersebut dapat menjadi keluarga tersendiri(keluarga lain atau keluarga baru). Selain itu juga terdapat definisi khusus untuk keluarga, yaitu satuan individu/ seseorang yang tidak diikat dalam hubungan keluarga, hidup dan makan serta menetap dalam satu rumah, misalnya seseorang atau janda/duda sebagai anggota keluarga sendiri, atau dengan anak yatim piatu dan lain-lain (BKKBN,2011).

Definisi sosial untuk keluarga yaitu merupakan sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang berinteraksi dan berkomunikasi dalam peran sebagai suami, istri, ayah, ibu, anak, saudara dan bertujuan untuk mencitakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall dan Logan, 2016 dalam Rahayu,2019).

Definisi keperawatan tentang keluarga dipengaruhi keterlibatan personal diri perawat dengan keluarganya sendiri dan pengalaman klinis. Oleh karena itu sangat disarankan agar perawat tidak menggunakan nilai-nilai yang ada pada dirinya saat memberikan asuhan keperawatan pada keluarga binaan. Umumnya perawat menggunakan definisi keluarga yang merujuk pada dua atau lebih individu yang saling tergantung satu sama lain dan memberi dukungan secara emosional, fisik, dan atau keuangan (Hanson,2015).

Keluarga memenuhi kebutuhan masyarakat melalui penghasilan dan sosialisasi anggota keluarga,”Unit dasar (keluarga) yang kuat mempengaruhi perkembangan individu yang dapat menentukan kesuksesan atau kegagalan hidup

individu tersebut”(Friedman et al, 2014). Keluarga adalah “penyangga” antara individu dan masyarakat, keluarga memenuhi kebutuhan individu melalui penyediaan kebutuhan dasar (makanan, tempat tinggal, pakaian, dan kasih sayang). Pembentukan keluarga merupakan upaya pemberian dukungan pada pasangan dalam keluarga dengan memenuhi kebutuhan afektif, seksual, dan sosialekonomi. Bagi anak, keluarga adalah guru pertama “ karena keluarga yang akan mengenalkan peraturan sosial dan memperkenalkan nilai-nilai budaya dan kehidupan untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan anak. ”(Friedman et al, 2014).

Slameto (2008) ,menjelaskan bahwa keluarga adalah lembaga pendidikan yang pertama dan utama bagi anak-anaknya baik pendidikan bangsa, dunia, dan negara sehingga cara orang tua mendidik anak-anaknya akan berpengaruh terhadap belajar.

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 (Sudiharto, 2007). Sedangkan menurut Mubarak, dkk (2010) keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain.

Nurmanah 2013, menjelaskan mengenai Teori Model Family Centre Nursing yang menyatakan keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan karena perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan

budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan social individu yang didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

Untuk membentuk sebuah masyarakat yang sehat maka diperlukan keluarga yang sehat pada seluruh anggotanya. perawat yang bekerja dengan keluarga harus memahami tujuan dan proses keperawatan keluarga. Tujuan dari keperawatan keluarga yaitu pada tingkat pencegahan primer, pencegahan sekunder dan tersier (Bowen & Jones 2003). Sedangkan proses keperawatan keluarga dimulai dari pengkajian, menganalisa data dan masalah keperawatan, menentukan diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan.

Dari tiga definisi diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas dua orang atau lebih, adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah, hidup dalam satu rumah tangga, di bawah asuhan seseorang kepala rumah tangga, berinteraksi diantara sesama anggota keluarga, setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing dan menciptakan, mempertahankan suatu kebudayaan.

Perawatan kesehatan keluarga merupakan bagian dari asuhan keperawatan komunitas yang sudah mulai dikembangkan di Amerika sejak tahun 1800-an. Pengembangan asuhan keperawatan keluarga merupakan inti dari asuhan keperawatan komunitas, karena keluarga sebagai komponen terkecil dari komunitas

akan memberikan andil yang sangat besar bagi keberhasilan program kesehatan komunitas dan kesehatan secara umum.

Pendidikan kesehatan merupakan suatu cara penunjang program-program kesehatan yang dapat menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan dalam waktu yang pendek. Konsep pendidikan kesehatan juga merupakan proses belajar pada individu, kelompok, masyarakat dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah kesehatan menjadi mampu (Notoatmodjo, 2007). Pada proses pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga, dapat mengatasi masalah keperawatan yang ada dalam keluarga salah satunya pencegahan terhadap kejadian malaria.

Prinsip utama dalam perawatan kesehatan masyarakat mengatakan bahwa keluarga adalah unit atau kesatuan dari pelayanan kesehatan. Ruth. B. Freeman (1981) memberikan beberapa alasan mengapa keluarga dijadikan sebagai pelayanan perawatan, yaitu :

1. Keluarga adalah unit utama dari masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat
2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan, atau memperbaiki masalah – masalah kesehatan dalam kelompoknya itu sendiri
3. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya

4. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu,(pasien) keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan para anggotanya
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.

Pada umumnya keluarga yang ditangani oleh perawat adalah keluarga- keluarga yang mempunyai masalah dan kebanyakan keluarga ini adalah keluarga yang berpenghasilan rendah. Hal ini dapat dimengerti karena kebutuhan akan pelayanan dan bimbingan perawatan lebih tinggi pada kalangan masyarakat yang berpenghasilan rendah.

2.1.2. Struktur Keluarga

Setiadi, 2008 menjelaskan bahwa struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

1. Patrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah
2. Matrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu
3. Matrilokal : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri
4. Patrilokal : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami

5. Keluarga kawinan : adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembina keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

Menurut Agapito (2012), dominasi jalur hubungan darat :

1. Patrilineal

Keluarga yang berhubungan atau disusun melalui jalur garis keturunan ayah.

Suku-suku di Indonesia rata-rata menggunakan struktur keluarga patrilineal.

2. Matrilineal

Keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis keturunan ibu.

Suku Padang merupakan salah satu contoh suku yang menggunakan struktur keluarga matrilineal.

2.1.3. Fungsi Keluarga

Sepanjang perkembangannya, keluarga memiliki fungsi-fungsi tradisional yang telah dikenal (Kaskinen, Hanson, & Denham, 2010). Terdapat lima fungsi keluarga yaitu fungsi ekonomi, fungsi reproduksi, fungsi sosialisasi, fungsi afektif, dan fungsi perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2012). Keluarga di Indonesia masih memegang fungsi tradisional dalam menjalankan fungsi keluarga.

- a. Fungsi Ekonomi

Menurut Stanhope dan Lancaster (2012) pendapatan keluarga merupakan faktor sangat penting dan harus tersedia di dalam keluarga. Fungsi ekonomi keluarga berkaitan juga dengan pola konsumsi keluarga, pengelolaan keuangan, penyediaan perumahan, asuransi, dana pensiun dan

tabungan. Ekonomi dan keluarga merupakan substansi terkecil yang akan memberikan gambaran terhadap kondisi perekonomian Negara secara umum.

Fungsi ekonomi keluarga ialah keluarga memperoleh sumber-sumber penghasilan dan pengaturan penggunaan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarga, serta menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa depan yang dalam prosesnya fungsi ekonomi ini mampu membagikan kerangka keluarga, misalnya ayah sebagai pencari uang untuk kebutuhan dan ibu bertugas mengurus anak (BKKBN,2016).

b. Fungsi Reproduksi

Keberlangsungan dan keberlanjutan populasi akan berhubungan dengan pola dan tingkat reproduksi keluarga merupakan struktur tradisional yang melibatkan terjadinya proses reproduksi. pengertian fungsi reproduksi saat ini berkembang tidak hanya sebatas menghasilkan keturunan melalui perkawinan. Fungsi reproduksi bertujuan untuk melanjutkan garis keturunan, memelihara dan membesarkan anak, serta memelihara dan merawat anggota keluarga.

Fungsi reproduksi merupakan sebuah bentuk jaminan keberlangsungan antar generasi keluarga dan masyarakat, yaitu memberikan anggota baru kepada masyarakat.

c. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi keluarga untuk menanamkan nilai-nilai yang ada di keluarga terhadap anggota keluarga yang

dimilikinya. Keluarga memiliki harapan dalam memberikan jaminan perlindungan untuk anak-anaknya agar dapat masuk dalam lingkungan sosial yang ada di sekitarnya. Fungsi sosialisasi dimulai saat lahir dan berakhir pada saat kematian. Fungsi sosialisasi adalah proses sepanjang hidup ketika individu secara berkelanjutan memodifikasi perilaku mereka sebagai respons terhadap keadaan yang terpola secara sosial yang mereka alami.

Fungsi sosialisasi mencakup semua proses dalam sebuah keluarga atau komunitas melalui pengalaman selama hidup mereka yang penuh makna dan terdiri dari unsur karakteristik yang berpola secara sosial. Selain itu fungsi sosialisasi juga dicapai dengan memberikan kesempatan sebagai proses perkembangan atau perubahan yang dijalani individu atau keluarga sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial.

d. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan pembentukan struktur dan pembatas yang menciptakan rasa memiliki antar sesama anggota keluarga dan menciptakan identitas sebagai bagian dari keluarganya. Fungsi afektif merupakan kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan keluarga yang saling asuh atau saling menyayangi. Fungsi afektif sebagai respons terhadap berbagai kebutuhan anggota keluarga secara emosional. ketika kebutuhan afektif anggota keluarga tidak dapat terpenuhi secara adekuat, maka akan menimbulkan tekanan dalam keluarga.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga merupakan tempat mempelajari konsep kesehatan, promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, dan manajemen penyakit.(Friedman, Bowden, dan Jones, 2003), menyatakan bahwa fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi dalam merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan yang memberdayakan sumber daya keluarga dan berbasis keluarga. Fungsi perawatan kesehatan keluarga bukan hanya sebagai fungsi essensial dan dasar keluarga, tetapi fungsi yang mengemban focus sentral dalam keluarga agar keluarga berfungsi dengan baik dan sehat.

Namun pemenuhan fungsi perawatan kesehatan untuk semua anggota keluarga dapat menjadi sulit karena tantangan internal dan eksternal.Berbagai masalah atau kesulitan dalam memberikan perawatan keluarga dapat berasal dari struktur keluarga dan system pelayanan kesehatan. Anggota-anggota memerlukan kemampuan berupa pengetahuan dan ketrampilan untuk melakukan perawatan terhadap suatu kondisi sakit. Selain itu, sistem pelayanan kesehatan yang mudah diakses keluarga akan mendukung keluarga memenuhi fungsi perawatan kesehatan. Keluarga perlu mengenali sebagian besar kebutuhan untuk melakukan perawatan terhadap suatu kondisi sakit.

Tugas Kesehatan Keluarga menurut Bailon dan Maglaya (1998):

1. 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 secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu 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 mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

2. Membuat keputusan tindakan 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 ini adalah hal-hal yang harus dikaji oleh perawat :

- a. Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- b. Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan

- c. Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami
 - d. Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit
 - e. Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - f. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada
 - g. Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - h. Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut:
- a. Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya)
 - b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c. Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
 - d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial)
 - e. Sikap keluarga terhadap yang sakit
4. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:
- a. Sumber-sumber yang dimiliki

- b. Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
 - c. Pentingnya higiene sanitasi
 - d. Upaya pencegahan penyakit e. Sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi
 - e. Kekompakan antar anggota keluarga
5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini:
- a. Keberadaan fasilitas keluarga
 - b. Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
 - c. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
 - d. Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan fasilitas kesehatan
 - e. Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

Kelima tugas kesehatan keluarga tersebut saling terkait 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.

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

1. Fungsi Biologis :

- a) Untuk meneruskan keturunan
- b) Memelihara dan membesarkan anak
- c) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
- d) Memelihara dan merawat anggota keluarga

2. Fungsi Psikologi :

- a) Memberikan kasih sayang dan rasa aman
- b) Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
- c) Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
- d) Memberikan identitas keluarga

3. Fungsi sosialisasi :

- a) Membina sosial pada anak
- b) Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak
- c) Menaruh nilai-nilai budaya keluarga
- d) Fungsi Ekonomi : mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang, misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya

- e) Fungsi pendidikan : menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

Menurut Effendy, (1998) dalam (Setiadi,2008) dari berbagai fungsi diatas ada 3 fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, adalah :

1. Asih adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya
2. Asuh adalah memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental, sosila dan spiritual
3. Asah adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

2.2.4 Tipe Keluarga

Sri Setyowati, 2015 mengatakan bahwa tipe keluarga dibagi menjadi dua macam yaitu :

2.2.1. Tipe Keluarga Tradisional

2.2.2.1. Keluarga Inti (*Nuclear Family*), adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak .

2.2.2.2. Keluarga Besar (*Exstended Family*), adalah keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.

2.2.2.3. Keluarga “*Dyad*” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

2.2.2.4. “*Single Parent*” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

2.2.2.5. “*Single Adult*” yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).

2.2.2. Tipe Keluarga Non Tradisional

2.2.2.2.1. *The Unmarriedteenege mather* : Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2.2.2.2.2. *The Stepparent Family* : Keluarga dengan orang tua tiri : *Commune Family* Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas

yang sama, pengalaman yang sama : sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

2.2.2.2.3. *The Non Marital Heterosexual Conhibiting Family* : Keluarga yang hidup bersama dan berganti – ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

2.2.2.2.4. *Gay And Lesbian Family* : Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana suami-stri (*marital partners*)

2.2.2.2.5. *Cohibiting Couple* : Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu

2.2.2.2.6. *Group-Marriage Family* : Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk sexual dan membesarkan anaknya .

2.2.2.2.7. *Group Network Family* : Keluarga inti yang dibatasi aturan atau nilai – nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya .

2.2.2.2.8. *Foster Family* : Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

2.2.2.2.9. *Homeless Family* : Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanent karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

2.2.2.2.10. Gang : Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.2.2. Keluarga Sebagai Klien

Keluarga sebagai klien yaitu melihat keluarga sebagai keseluruhan individu yang terdapat di dalam keluarga. Pendekatan ini menggambarkan bahwa keluarga merupakan tampilan keluarga yang terlihat dan individu-individu anggota keluarga menjadi latar belakang keluarga. Fokus dari keluarga sebagai klien adalah bagaimana individu anggota keluarga berdampak pada keluarga secara menyeluruh (Stanhope dan Lancaster, 2012).

Cara pandang perawat dalam menerapkan pendekatan keluarga sebagai klien memerlukan kemampuan perawat dalam merespons ekspresi verbal dan non verbal seluruh anggota keluarga saat terdapat anggota keluarga yang sakit. Rumusan diagnosis keperawatan yang akan ditegakkan tidak lagi berfokus pada kebutuhan anggota keluarga sebagai individu namun dampak masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga pada seluruh anggota keluarga.

2.2.3. Keluarga Sebagai Sistem

Keluarga dilihat sebagai suatu system interaksi yang memengaruhi keluarga secara menyeluruh, tidak hanya sebagai bagian kecil dari keluarga. Keluarga sebagai system berfokus pada individu dan keluarga sebagai satu kesatuan di saat yang

bersamaan (Stanhope dan Lancaster, 2012). Pendekatan ini menggambarkan jika salah satu anggota keluarga sakit akan berdampak pada seluruh anggota keluarga lainnya.

2.2.4. Peran Keluarga

Setiadi (2008), menjelaskan bahwa peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu.

Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

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

2.2.4.4. Peran Perawat;

Setiadi (2008), memberikan asuhan keperawatan kesehatan keluarga ada beberapa peranan yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain :

1. Pemberian Asuhan Keperawatan kepada anggota keluarga
2. Pengenal/pengamat masalah dan kebutuhan kesehatan keluarga
3. Koordinator pelayanan kesehatan dan perawatan kesehatan keluarga
4. Fasilitator menjadikan pelayanan kesehatan itu mudah dijangkau
5. Pendidikan kesehatan, perawat dapat berperan sebagai pendidikan untuk merubah perilaku keluarga dari perilaku tidak sehat
6. Penyulun dan konsultan, perawat dapat berperan memberikan petunjuk tentang asuhan keperawatan dasar terhadap keluarga disamping menjadi penasehat dalam mengatasi masalah-masalah perawatan keluarga.

2.2.5 Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan model kerangka kerja yang memperkenalkan bahwa keluarga berkembang melalui pengalaman dan transisi peran yang dialami selama perkembangan. Prinsip-Prinsip yang digunakan dalam melihat perkembangan keluarga dapat dilihat melalui tugas perkembangan keluarga. Tugas perkembangan keluarga harus dipenuhi di setiap perkembangannya. Dalam perkembangan ini keluarga sebagai system berkembang ke arah tingkatan fungsi yang lebih tinggi sehingga berdampak terhadap berbagai hal.

Keluarga dituntut untuk dapat memenuhi tugas perkembangan di setiap periode transisi perkembangan keluarga. Keluarga akan mampu memenuhi tugas perkembangan yang harus diselesaikannya dengan pemahaman terhadap tugas perkembangan keluarga.

Menurut Duval (1985) dalam (Setiadi, 2008), membagi keluarga dalam 8 tahap perkembangan, yaitu:

2.2.5.1. Keluarga Baru (*Berganning Family*)

Perkawinan dari sepasang insan menandai bermulanya sebuah keluarga baru- keluarga yang menikah atau prokreasi dan perpindahan dari keluarga asal atau status lanjut ke hubungan baru yang intim. Tahapan perkawinan atau pasangan menikah saat ini berlangsung lebih lambat, Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak.

Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah :

- a. Membina hubungan intim yang memuaskan
- b. Menetapkan tujuan bersama
- c. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok social
- d. Mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB
- e. Persiapan menjadi orang tua
- f. Memahami *prenatal care* (pengertisn kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).

2.2.5.2. Keluarga dengan anak pertama < 30 bulan (*Child Bearing*)

Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Studi klasik Le Master (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17 % tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal :

- a. Suami merasa diabaikan
- b. Peningkatan perselisihan dan argument
- c. Interupsi dalam jadwal kontinu
- d. Kehidupan seksusl dan social terganggu dan menurun.

Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah :

- a. Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran, interaksi, seksual dan kegiatan)
- b. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan
- c. Membagi peran dan tanggung jawab (bagaimana peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan)
- d. Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
- e. Konseling KB post partum 6 minggu
- f. Menata ruang untuk anak
- g. Biaya / dana *Child Bearing*
- h. Memfasilitasi role learning anggota keluarga
- i. Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin

2.2.5.3. Keluarga dengan Anak Pra Sekolah

Tahap perkembangan ini siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Sekarang keluarga mungkin terdiri dari tiga hingga lima orang, dengan posisi suami/ayah,

istri/ibu, anak laki-laki/ anak perempuan. Keluarga lebih menjadi majemuk dan berbeda (Duvall dan Miller, 1985).

Tugas perkembangan keluarga adalah menyesuaikan pada kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kotak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya. Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- a. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, keamanan.
- b. Membantu anak bersosialisasi
- c. Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi
- d. Mempertahankan hubungan di dalam maupun di luar keluarga
- e. Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
- f. Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

2.2.5.4. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (6 – 13 tahun)

Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- a. Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas
- b. Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- c. Menyediakan aktivitas untuk anak
- d. Menyesuaikan pada aktivitas komuniti dengan mengikut sertakan anak

- e. Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.

2.2.5.5. Keluarga dengan Anak Remaja (13-20 tahun)

Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga dimulai. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal di rumah hingga 19 atau 20 tahun.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

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

2.2.5.6. Keluarga dengan Anak Dewasa

Permulaan dari fase kehidupan keluarga ini ditandai oleh anak pertama sampai ketika anak terakhir meninggalkan rumah orang tua sehingga dikenal sebagai "sarang yang kosong". Tahap ini dapat berjalan singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang ada dalam rumah atau beberapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah setelah tamat dari SMA dan perguruan tinggi.

Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarga, berperan sebagai suami istri, kakek dan nenek.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- a. Memperluas siklus keluarga inti menjadi keluarga besar
- b. Mempertahankan keintiman
- c. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- d. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- e. Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga
- f. Berperan suami-istri kakek dan nenek
- g. Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

2.2.5.7. Keluarga Usia Pertengahan (*Midle Age Family*)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- a. Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat social dan waktu santai
- b. Memulihkan hubungan antara generasi muda tua
- c. Keakrapan dengan pasangan
- d. Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.
- e. Persiapan masa tua/ pension.

2.2.5.8. Keluarga Lanjut Usia

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pension, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lain meninggal.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah :

- a. Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- b. Mempertahankan hubungan perkawinan
- c. Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian
- d. Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.
- e. Melakukan *life review* masa lalu

2.2. Konsep Pengetahuan

2.2.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014), yaitu:

2.2.2.1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2.2.2.2. Memahami (comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

2.2.2.3. Aplikasi (application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau yang lain.

2.2.2.4. Analisis (analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

2.2.2.5. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu bentuk kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang baru

2.2.2.6. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Ada dua faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu: faktor internal dan faktor eksternal

2.2.2.1. Faktor Internal meliputi:

Faktor internal adalah faktor yang ada dalam diri individu yang sedang belajar. Faktor Internal terdiri dari; 1. Umur, 2. pengalaman, 3. Pendidikan, 4. Pekerjaan, 5. Jenis Kelamin.

a Umur

Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa (Nursalam, 2011).

b Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik (*experience is the best teacher*), pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat dijadikan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lalu (Notoadmodjo, 2010).

c Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya semakin pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2011).

d Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya (Menurut Thomas 2007, dalam Nursalam 2011). Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan berulang dan banyak tantangan (Frich 1996 dalam Nursalam, 2011).

e Jenis Kelamin

Istilah jenis kelamin merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun kultural.

2.2.2.2. Faktor eksternal

Faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari lingkungan luar dan dapat mempengaruhi belajar. Faktor eksternal terdiri dari: 1. Informasi, 2. Lingkungan, 3. Sosial Budaya.

a Informasi

Menurut Long (2010) dalam Nursalam dan Pariani (2010) informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Seseorang yang mendapat informasi akan mempertinggi tingkat pengetahuan terhadap suatu hal.

b Lingkungan

Menurut Notoatmodjo (2010), hasil dari beberapa pengalaman dan hasil observasi adanya faktor eksternal (lingkungan fisik dan non fisik)

c Sosial budaya

Semakin tinggi tingkat pendidikan dan status sosial seseorang maka tingkat pengetahuannya akan semakin tinggi pula.

2.2.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) terdapat beberapa cara memperoleh pengetahuan, yaitu:

a Cara coba salah (trial and error)

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak bisa dicoba kemungkinan yang lain.

b Pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

c Melalui jalan fikiran

Untuk memperoleh pengetahuan serta kebenarannya manusia harus menggunakan jalan fikirannya serta penalarannya. Banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan

baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan seperti ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya. Kebiasaan-kebiasaan ini diterima dari sumbernya sebagai kebenaran yang mutlak.

2. Cara modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis, dan alamiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah” atau lebih populer disebut metodologi penelitian, yaitu:

a Metode induktif

Mula-mula mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan kemudian hasilnya dikumpulkan dan diklasifikasikan, akhirnya diambil kesimpulan umum.

b Metode deduktif

Metode yang menerapkan hal-hal yang umum terlebih dahulu untuk seterusnya dihubungkan dengan bagian-bagiannya yang khusus.

2.4.4 Kriteria Pengetahuan

Menurut Arikunto (2010) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

1. Baik, bila subyek menjawab benar 76%-100% seluruh pertanyaan.
2. Cukup, bila subyek menjawab benar 56%-75% seluruh pertanyaan.

3. Kurang, bila subyek menjawab benar <56% seluruh pertanyaan.

2.3. Konsep Dasar Teori

2.3.1. Definisi ISPA

ISPA Adalah penyakit infeksi yang sangat sering dijumpai pada anak– anak dengan gejala batuk, pilek, panas atau ketiga gejala tersebut muncul secara bersamaan (Meadow, Sir Roy.2002: 153)

ISPA merupakan penyakit infeksi saluran nafas yang secara anatomi dibedakan atas saluran nafas atas mulai dari hidung sampai dengan taring dan saluran nafas bawah mulai dari laring sampai dengan alveoli beserta adnexanya, akibat invasi *infecting agents* yang mengakibatkan reaksi inflamasi saluran nafas yang terlibat. Hingga saat ini telah dikenal lebih dari 300 jenis bakteri dan virus sebagai penyebab ISPA (Levi Silalahi, 2016).

ISPA merupakan singkatan dari infeksi saluran pernafasan akut, istilah ini diadaptasi dari istilah dalam bahasa Inggris Acute Respiratory Infections (ARI). Istilah ISPA meliputi tiga unsur yakni infeksi, saluran pernafasan dan akut, dengan pengertian sebagai berikut :

- a. Infeksi adalah masuknya kuman atau mikroorganisma ke dalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit.
 - b. Saluran pernafasan adalah organ mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura.
- ISPA secara anatomis mencakup saluran pernafasan bagian atas, saluran pernafasan bagian bawah (termasuk jaringan paru-paru) dan organ

adniksa saluran pernafasan. Dengan batasan ini, jaringan paru termasuk dalam saluran pernafasan (respiratory tract)

- c. Infeksi akut adalah infeksi yang berlangsung sampai dengan 14 hari. Batas 14 hari diambil untuk menunjukkan proses akut meskipun untuk beberapa penyakit yang dapat digolongkan dalam ISPA proses ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari (Levi Silalahi, 2016).

2.3.2. ETIOLOGI

Penyebab ISPA beranekaragam namun penyebab terbanyak adalah infeksi virus dan bakteri. Penyebab infeksi ini dapat sendirian atau bersama-sama secara simultan. Penyebab ISPA akibat infeksi virus berkisar 90-95% terutama ISPA Atas. ISPA terdiri dari lebih 300 jenis bakteri, virus dan riketsia. Bakteri penyebab ISPA antara lain dari genus Streptokokus, Stafilokokus, Pnemokokus, Hemofillus, Bordetella dan Korinobakterium. Virus penyebab ISPA antara lain adalah golongan Mikosovirus, Koronavirus, Pikornavirus, Mikoplasma, Herpesvirus.

ISPA bagian atas umumnya disebabkan oleh virus, sedangkan ISPA bagian bawah dapat disebabkan oleh bakteri dan virus. ISPA bagian bawah yang disebabkan oleh bakteri umumnya mempunyai manifestasi klinis yang berat sehingga menimbulkan beberapa masalah dalam penanganannya. Sementara itu faktor lain terjadinya ISPA antara lain BBLR (Berat badan lahir ringan), malnutrisi, polusi udara dalam ruangan, tidak mendapatkan ASI penuh, padat hunian, imunisasi tidak lengkap dan defisiensi vitamin A.

Penyakit ISPA dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko berikut :

- a. Faktor yang berkaitan dengan daya tahan tubuh (host) seperti umur, Jenis kelamin, status gizi, imunisasi, dan asupan vitamin A.
- b. Faktor Lingkungan seperti perumahan (ventilas, lantai, dan kamarisasi), kepadatan hunian, kebiasaan merokok, pendidikan Ibu, dan sosial ekonomi.
- c. Agent seperti bakteri, virus dan jamur (Muluki M, 2003)

2.3.4. TANDA DAN GEJALA

a. Tanda dan Gejala dari penyakit ISPA adalah sebagai berikut :

1. Batuk
2. Nafas cepat
3. Bersin
4. Pengeluaran sekret atau lendir dari hidung
5. Nyeri kepala
6. Demam ringan
7. Tidak enak badan
8. Hidung tersumbat
9. Kadang- kadang sakit saat menelan

b. Tanda dan Gejala bahaya klinis ISPA

1. Pada sistem respiratorik adalah : tachypnea, nafas tak teratur (apnea), retraksi dinding thoraks, nafas cuping hidung, cyanosis, suara nafas lemah atau hilang, gruting respiratiry, dan wheezing

2. Pada sistem cardial adalah tachypnea, bradycardiam, hypertensi, hypotensi, dan cardiac arest
3. Pada sistem cerebral adalah : gelisah, mudah tersinggung, sakit kepala, bingung, kejang dan koma
4. Pada hal umum adalah letih dan berkeringat banyak (Naning. R, 2012).

2.3.4 FAKTOR RESIKO

- Faktor diri (host) : Umur, jenis kelamin, status gizi, kelainan congenital, imunologis, BBLR dan premature.
- Faktor lingkungan : Kualitas perawatan orang tua, asap rokok, keterpaparan terhadap infeksi, social ekonomi, cuaca dan polusi udara.

2.3.5. KLASIFIKASI

ISPA terdiri dari sekelompok klinik dengan etiologi dan perjalanan klinik yang berbeda. Berikut ini klasifikasi dari ISPA.

1. Klasifikasi menurut Program Pemberantasan ISPA (P2 ISPA) mengklasifikasi ISPA sebagai berikut:
 - a. Pneumonia berat : ditandai secara klinis oleh adanya tarikan dinding dada kedalam (chest indrawing).
 - b. Pneumonia: ditandai secara klinis oleh adanya napas cepat.
 - c. Bukan pneumonia: ditandai secara klinis oleh batuk pilek, bisa disertai demam, tanpa tarikan dinding dada kedalam, tanpa napas cepat. Rinofaringitis, faringitis dan tonsilitis tergolong bukan pneumonia.

Berdasarkan hasil pemeriksaan dapat dibuat suatu klasifikasi penyakit ISPA. Klasifikasi ini dibedakan untuk golongan umur dibawah 2 bulan dan untuk golongan umur 2 bulan sampai 5 tahun.

Untuk golongan umur kurang 2 bulan ada 2 klasifikasi penyakit yaitu :

- a. Pneumonia berat : ditandai dengan batas napas cepat untuk golongan umur kurang 2 bulan yaitu 60 kali per menit atau lebih.
- b. Bukan pneumonia: batuk pilek biasa, bila tidak ditemukan tanda tarikan kuat dinding dada bagian bawah atau napas cepat.

Untuk golongan umur 2 bulan sampai 5 tahun ada tiga klasifikasi penyakit yaitu :

- a. Pneumonia berat: bila disertai napas sesak yaitu adanya tarikan dinding dada bagian bawah kedalam pada waktu anak menarik napas (pada saat diperiksa anak harus dalam keadaan tenang tldak menangis atau meronta).
- b. Pneumonia: bila disertai napas cepat. Batas napas cepat ialah untuk usia 2 -12 bulan adalah 50 kali per menit atau lebih dan untuk usia 1 -4 tahun adalah 40 kali per menit atau lebih.
- c. Bukan pneumonia: batuk pilek biasa, bila tidak ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah dan tidak ada napas cepat (Lembang, 2015).

2. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomik

- a. ISPA bagian atas adalah infeksi akut menyerang hidung sampai epiglotis, misalnya:

1. Tonsilitis, penyakit ini ditandai rasa sakit pada saat menelan diikuti dengan demam dan kelemahan tubuh, dapat disebabkan oleh virus dan bakteri.

2. Common cold adalah infeksi primer di nasofaring dan hidung yang sering dijumpai pada balita yang disertai demam tinggi.
 3. Sinusitis akut merupakan radang pada sinus, beringsus, sakit kepala, demam, malaise dan nausea.
 4. Pharingitis yaitu peradangan pada mukosa pharing dengan gejala demam disertai menggigil, rasa sakit pada tenggorokan, sakit kepala, sakit saat menelan dan lain-lain.
- b. ISPA bagian bawah adalah infeksi saluran pernapasan dari epiglotis sampai alveoli paru, misalnya:
1. Bronchitis akut adalah demam yang disertai batuk-batuk, sesak napas, dahaknya sulit keluar karena menjadi lengket, ditemukan adanya ronki basah dan wheezing.
 2. Pneumonia adalah radang paru-paru disertai eksudasi dan konsolidasi, penyakit penyakit ini muncul karena akut dengan demam, penderita pucat, batuk-batuk dan pernapasan menjadi cepat.
 3. Bronkopneumonia adalah peradangan paru-paru, biasanya dimulai di bronkioli terminal, gejalanya adalah demam, sesak napas, batuk dengan dahak yang kuning kehijauan dan biasanya berupa serangan yang datangnya secara tiba-tiba.
 4. Tuberculosis paru adalah penyakit yang disebabkan M. Tuberculosis, gejalanya batuk biasanya disertai darah, panas, nyeri dada, kurus akibat kurang nafsu makan.

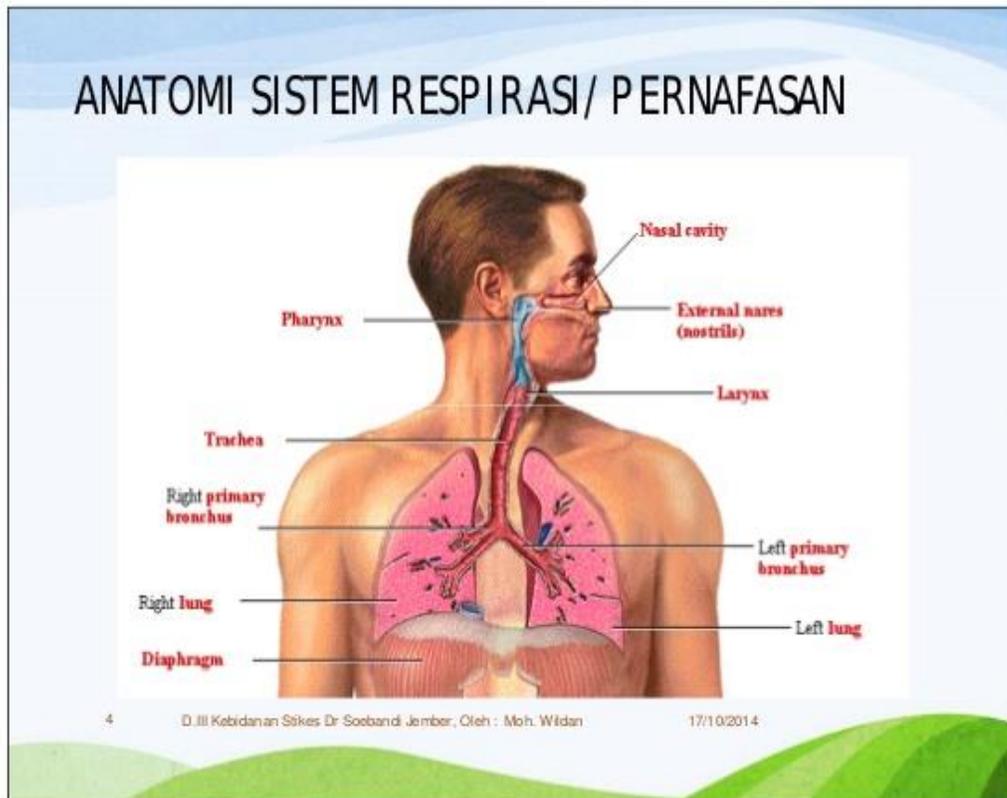
3. Kalisifikasi berdasarkan derajat keparahan penyakit

- a. ISPA ringan, penatalaksanaan cukup dengan tindakan penunjang tanpa pengobatan anti mikroba. Tanda dan gejalanya: batuk, pilek, sesak dengan ataupun tanpa napas, keluarnya cairan dari telinga yang lebih dari 2 minggu tanpa rasa sakit di telinga.
- b. ISPA sedang, penatalaksanaannya memerlukan pengobatan anti mikroba, tetapi tidak perlu dirawat. Tanda dan gejalanya: pernapasan cepat (lebih dari 50 kali permenit), wheezing, napas menciut-ciut dan panas.
- c. ISPA berat, kasus ISPA yang perlu penanganan langsung oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan. Tanda dan gejalanya: penarikan dada ke dalam pada saat penarikan napas, pernafasan ngorok, tak mau makan, kulit kebiru-biruan, dehidrasi, kesadaran menurun.

2.3.5 ANATOMI DAN FISILOGI RESPIRASI

Sistem respirasi adalah sistem yang memiliki fungsi utama untuk melakukan respirasi dimana respirasi merupakan proses mengumpulkan oksigen dan mengeluarkan karbondioksida. Fungsi utama sistem respirasi adalah untuk memastikan bahwa tubuh mengekstrak oksigen dalam jumlah yang cukup untuk metabolisme sel dan melepaskan karbondioksida (Peate and Nair, 2011).

Sistem respirasi terbagi menjadi sistem pernafasan atas dan sistem pernafasan bawah. Sistem pernafasan atas terdiri dari hidung, faring dan laring. Sedangkan sistem pernafasan bawah terdiri dari trakea, bronkus dan paru-paru (Peate and Nair, 2011).



a. Hidung

Hidung merupakan organ pertama dalam sistem respirasi yang terdiri dari bagian eksternal (terlihat) dan bagian internal. Di hidung bagian eksternal terdapat rangka penunjang berupa tulang dan hyaline kartilago yang terbungkus oleh otot dan kulit. Struktur interior dari bagian eksternal hidung memiliki tiga fungsi :

1. Menghangatkan, Melembabkan, Dan Menyaring Udara Yang Masuk.
2. Mendeteksi Stimulasi Olfaktori (Indra Pembau).
3. Modifikasi getaran suara yang melalui bilik resonansi yang besar dan bergema. Rongga hidung sebagai bagian internal digambarkan sebagai ruang yang besar pada anterior tengkorak (inferior pada tulang hidung.superior pada rongga mulut);rongga hidung dibatasi dengan otot dan membrane mukosa (Tortorra and Derrickson, 2014).

b. Faring

Faring, atau tenggorokan, adalah saluran berbentuk corong dengan panjang 13 cm. Dinding faring disusun oleh otot rangka dan dibatasi oleh membrane mukosa. Otot rangka yang terelaksasi membuat faring dalam posisi tetap sedangkan apabila otot rangka berkontraksi maka sedang terjadi proses menelan. Fungsi faring adalah sebagai saluran untuk udara dan makanan, menyediakan ruang resonansi untuk suara saat berbicara, dan tempat bagi tonsil (berperan pada reaksi imun terhadap benda asing) (Tortorra and Derrickson, 2014).

c. Laring

Laring tersusun atas 9 bagian jaringan kartilago, 3 bagian tunggal dan 3 bagian berpasangan. 3 bagian yang berpasangan adalah kartilago arytenoid, cuneiform, dan corniculate. Arytenoid adalah bagian yang paling signifikan dimana jaringan ini mempengaruhi pergerakan membrane mukosa (lipatan vokal sebenarnya) untuk menghasilkan suara. 3 bagian lain yang merupakan bagian tunggal adalah tiroid, epiglotis, dan cricoid. Tiroid dan cricoid keduanya berfungsi melindungi pita suara. Epiglotis melindungi saluran udara dan mengalihkan makanan dan minuman agar melewati esofagus (Peate and Nair, 2011).

d. Trakea

Trakea atau batang tenggorokan merupakan saluran tubuler yang dilewati udara dari laring menuju paru-paru. Trakea juga dilapisi oleh epitel kolumnar bersilia sehingga dapat menjebak zat selain udara yang masuk lalu akan didorong keatas melewati esofagus untuk ditelan atau dikeluarkan lewat dahak. Trakea dan bronkus juga memiliki reseptor

iritan yang menstimulasi batuk, memaksa partikel besar yang masuk kembali keatas (Peate and Nair, 2011).

e. Bronkus

Setelah laring, trakea terbagi menjadi dua cabang utama, bronkus kanan dan kiri, yang mana cabang-cabang ini memasuki paru kanan dan kiri pula. Didalam masing-masing paru, bronkus terus bercabang dan semakin sempit, pendek, dan semakin banyak jumlah cabangnya, seperti percabangan pada pohon. Cabang terkecil dikenal dengan sebutan bronchiole (Sherwood, 2010). Pada pasien PPOK sekresi mukus berlebih ke dalam cabang bronkus sehingga menyebabkan bronkitis kronis.

f. Paru-paru

Paru Paru-paru dibagi menjadi bagian-bagian yang disebut lobus. Terdapat tiga lobus di paru sebelah kanan dan dua lobus di paru sebelah kiri. Diantara kedua paru terdapat ruang yang bernama cardiac notch yang merupakan tempat bagi jantung. Masing-masing paru dibungkus oleh dua membran pelindung tipis yang disebut parietal dan visceral pleura. Parietal pleura membatasi dinding toraks sedangkan visceral pleura membatasi paru itu sendiri. Diantara kedua pleura terdapat lapisan tipis cairan pelumas. Cairan ini mengurangi gesekan antar kedua pleura sehingga kedua lapisan dapat bersinggungan satu sama lain saat bernafas. Cairan ini juga membantu pleuravisceral dan parietal melekat satu sama lain, seperti halnya dua kaca yang melekat saat basah (Peate and Nair, 2011).

Cabang-cabang bronkus terus terbagi hingga bagian terkecil yaitu bronchiole. Bronchiole pada akhirnya akan mengarah pada bronchiole terminal. Di bagian akhir bronchiole terminal terdapat sekumpulan alveolus, kantung udara kecil tempat dimana

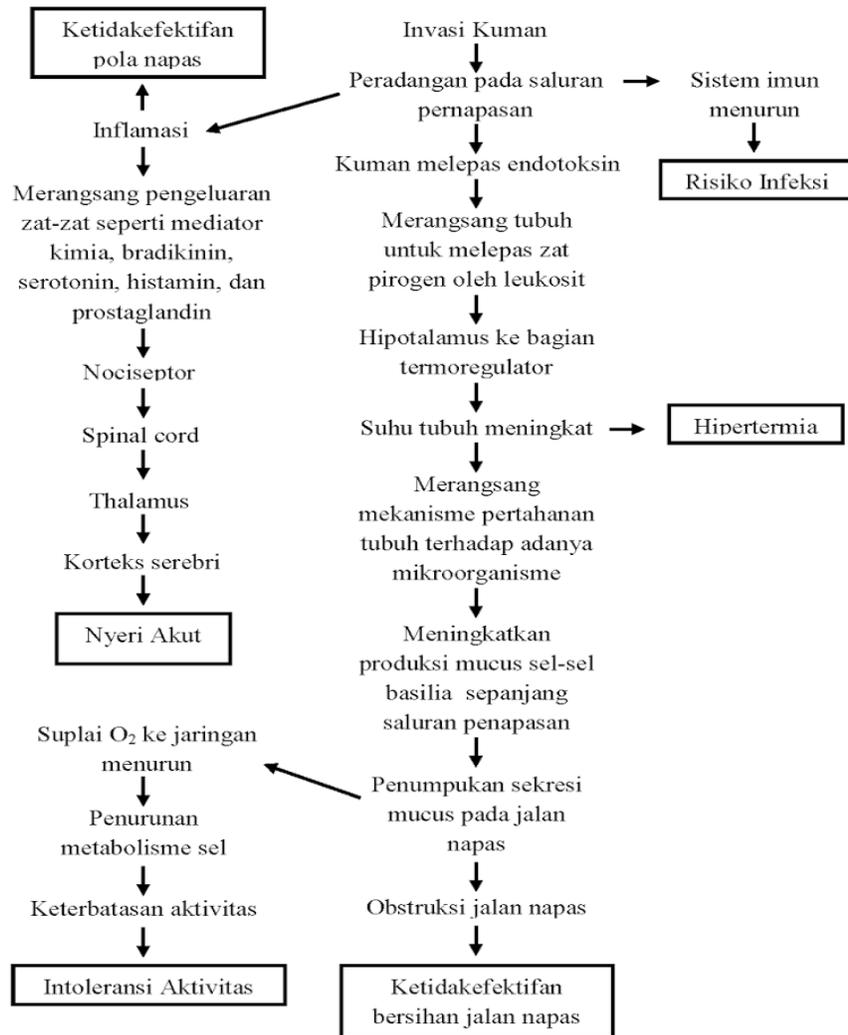
terjadi pertukaran gas (Sherwood, 2010). Dinding alveoli terdiri dari dua tipe sel epitel alveolar. Sel tipe I merupakan sel epitel skuamosa biasa yang membentuk sebagian besar dari lapisan dinding alveolar. Sel alveolar tipe II jumlahnya lebih sedikit dan ditemukan berada diantara sel alveolar tipe I. sel alveolar tipe I adalah tempat utama pertukaran gas. Sel alveolar tipe II mengelilingi sel epitel dengan permukaan bebas yang mengandung mikrofili yang mensekresi cairan alveolar. Cairan alveolar ini mengandung surfaktan sehingga dapat menjaga permukaan antar sel tetap lembab dan menurunkan tekanan pada cairan alveolar. Surfaktan merupakan campuran kompleks fosfolipid dan lipoprotein. Pertukaran oksigen dan karbondioksida antara ruang udara dan darah terjadi secara difusi melewati dinding alveolar dan kapiler, dimana keduanya membentuk membran respiratori (Tortora dan Derrickson, 2014).

Respirasi mencakup dua proses yang berbeda namun tetap berhubungan yaitu respirasi seluler dan respirasi eksternal. Respirasi seluler mengacu pada proses metabolisme intraseluler yang terjadi di mitokondria. Respirasi eksternal adalah serangkaian proses yang terjadi saat pertukaran oksigen dan karbondioksida antara lingkungan eksternal dan sel-sel tubuh (Sherwood, 2014). Terdapat empat proses utama dalam proses respirasi ini yaitu:

1. Ventilasi pulmonar – bagaimana udara masuk dan keluar dari paru
2. Respirasi eksternal – bagaimana oksigen berdifusi dari paru ke sirkulasi darah dan karbondioksida berdifusi dari darah ke paru
3. Transport gas – bagaimana oksigen dan karbondioksida dibawa dari paru ke jaringan tubuh atau sebaliknya

4. Respirasi internal – bagaimana oksigen dikirim ke sel tubuh dan karbondioksida diambil dari sel tubuh (Peate and Nair, 2011) ,

Pathway ISPA



2.3.6. PATOFISIOLOGI

Perjalanan klinis penyakit ISPA dimulai dengan berinteraksinya virus dengan tubuh. Masuknya virus sebagai antigen ke saluran pernafasan menyebabkan silia yang bterdapat pada permukaan saluran pernafasan bergerak ke atas mendorong virus ke arah faring atau dengan suatu tangkapan refleks spasmus oleh laring. Jika refleks tersebut gagal maka virus merusak lapisan epitel dan lapisan mukosa saluran pernafasan (kending dan chernick, 2000 dan DepKes RI, 2002).

Iritasi virus pada kedua lapisan tersebut menyebabkan timbulnya batuk kering (Jeliffe, 2010). Kerusakan struktur lapisan dinding saluran pernafasan menyebabkan kenaikan aktifitas kelenjar mukus yang banyak terdapat pada dinding saluran nafas, sehingga terjadi pengelurana cairan mukosa yang melebihi nilai normal. Rangsangan cairan yang berlebihan tersebut menimbulkan gejala batuk (kending dan chernick, 2000) sehingga pada awal gejala ISPA yang paling menonjol adalah batuk.

Adanya infeksi virus merupakan predisposisi terjadinya infeksi sekunder bakteri. Akibat infeksi virus tersebut kerusakan mekanisme mukosalsiliaris yang merupakan mekanisme perlindungan pada saluran pernafasan terhadap infeksi bakteri sehingga memudahkan bekteri – bakteri patogen yang terdapat pada saluran pernafasan atas seperti streptococus pneumonia, haemophylus influenza dan staphylococcus menyerang mukosa yang rusak tersebut (kending dan chernick, 2000). Infeksi sekunder bakteri ini menyebabkan sekresi mukus bertambah banyak dan dapat menyubut saluran nafas sehingga timbul sesak nafas dan dapat juga menyebabkan batuk yang produktif. Invasi bakteri ini dipermudah dengan adanya faktor-faktor seperti kedinginan dan

malnutrisi. Suatu penelitian menyebutkan bahwa dengan adanya suatu serangan infeksi virus pada saluran nafas dapat menyebabkan gangguan gizi pada anak (Tyrell, 2001).

Virus yang menyerang saluran nafas atas dapat menyebar ke tempat-tempat lain dalam tubuh, sehingga dapat menyebabkan kejang, demam, dan juga bisa menyerang saluran nafas bawah (Tyrell, 2001). Dampak infeksi sekunder bakteripun bisa menyerang saluran nafas bawah, sehingga bakteri-bakteri yang biasanya hanya ditemuakn pada saluran nafas atas, sesudah terjadinya infeksi virus, dapat menginfeksi paru-paru sehingga menyebabkan pneumonia berat (Sham, 2009)

Dari uraian diatas, perjalanan klinis penyakit ISPA ini dapat dibagi menjadi empat tahap, yaitu :

1. Tahap prepatogenesis : penyebab telah ada tetapi belum menunjukkan reaksi apa-apa
2. Tahap inkubasi : virus merusak lapisan epitel dan lapisan mukosa. Tubuh menjadi lemah apalagi bila keadaan gizi dan daya tahan tubuh sebelumnya rebdah
3. Tahap dini penyakit : dimulai dari munculnya gejala penyakit, timbul gejala demam dan batuk
4. Tahap lanjut penyakit, dibagi menjadi empat yaitu dapat sembuh sempurna, sembuh dengan atelektasis, menjadi kronis dan meninggal akibat pneumonia.

2.3.6. CARA PENULARAN

ISPA dapat ditularkan melalui air ludah, darah, bersin, udara pernapasan yang mengandung kuman yang terhirup oleh orang sehat kesaluran pernapasannya. Infeksi saluran pernapasan bagian atas terutama yang disebabkan oleh virus, sering terjadi pada semua golongan masyarakat pada bulan-bulan musim dingin.

ISPA bermula pada saat mikriorganisme atau zat asing seperti tetesan cairan yang dihirup, memasuki paru dan menimbulkan radang. Bila penyebabnya virus atau bakteri, cairan digunakan oleh organisme penyerang untuk media perkembangan. Bila penyebabnya zat asing, cairan memberi tempat berkembang bagi organisme yang sudah ada dalam paru-paru atau sistem pernapasan,

Umumnya penyakit pneumonia menular secara langsung dari seseorang penderita kepada orang lain melalui media udara. Pada waktu batuk banyak virus dan kuman yang dikeluarkan dan dapat terhirup oleh anak lain yang berdekatan dengan penderita.

2.3.7. KOMPLIKASI

1. Pneumonia
2. Bronchitis
3. Sinusitis
4. Laryngitis
5. Kejang Demam (Soegijanto, 2009)

2.3.8. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan penunjang yang lazim dilakukan adalah :

1. Pemeriksaan kultur atau biakan kuman (swab), hasil yang didapatkan adalah biakan kuman (+) sesuai dengan jenis kuman.
2. Pemeriksaan hitung darah (differential count), laju endap darah meningkat disertai dengan adanya leukositosis dan bisa juga disertai dengan adanya trombositopenia

3. Pemeriksaan foto tghoraks jika perlu dilakukan (Suryadi, Yulian R, 2001)

2.3.9. PENATALAKSANAAN

Penemuan dini penderita pneumonia dengan penatalaksanaan kasus yang benar merupakan strategi untuk mencapai dua dari tiga tujuan program (turunnya kematian karena pneumonia dan turunnya penggunaan antibiotik dan obat batuk yang kurang tepat pada pengobatan penyakit ISPA).

Pedoman penatalaksanaan kasus ISPA akan memberikan petunjuk standar pengobatan penyakit ISPA yang akan berdampak mengurangi penggunaan antibiotik untuk kasus-kasus batuk pilek biasa, serta mengurangi penggunaan obat batuk yang kurang bermanfaat. Strategi penatalaksanaan kasus mencakup pula petunjuk tentang pemberian makanan dan minuman sebagai bagian dari tindakan penunjang yang penting bagi penderita ISPA.

2.3.10. PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN

2.8.1. Pencegahan

Mengingat pencegahan lebih baik dari pengobatan maka sebaiknya pengelolaan ISPA dilaksanakan secara menyeluruh meliputi penyuluhan kesehatan yang baik, menggalakkan imunisasi dan penatalaksanaan penderita secara medik sebagaimana lazimnya. Walaupun morbiditas ISPA bawah relatif lebih kecil dari ISPA atas namun fasilitas klinik yang dibutuhkan dalam penanganannya sangat tinggi. Selayaknyalah pemberantasan ISPA bawah diprioritaskan dengan menitik beratkan usaha penekanan morbiditas ISPA bawah baik sebagai lanjutan ISPA atas atau tidak dan mortalitasnya.

Dalam upaya pencegahan ISPA dapat dilihat dalam lima tingkat pencegahan, yaitu sebagai berikut:

1. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

Promosi kesehatan untuk pencegahan penyakit ISPA dapat dilakukan dengan berbagai upaya, antara lain:

- a. Memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya menerapkan pola hidup sehat dan PHBS sejak dini.
- b. Memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang cara-cara penularan pemberantasan serta diagnosa dini dari suatu penyakit seperti ISPA.
- c. Melakukan perbaikan lingkungan sosial seperti mengurangi dan menghilangkan kondisi sosial yang mempertinggi resiko terjadinya infeksi.

2. Perlindungan Khusus (*Spesifik Protection*)

Perlindungan khusus dalam mencegah terjadinya penyakit ISPA dapat dilakukan dengan upaya antara lain:

- a. Perbaikan status gizi individu/perorangan ataupun masyarakat untuk membentuk daya tahan dalam tubuh yang lebih baik dan dapat melawan agent penyakit yang akan masuk ke dalam tubuh.
- b. Pemberian ASI Eksklusif kepada bayi yang baru lahir, karena ASI banyak mengandung kalori, protein dan vitamin yang banyak dibutuhkan tubuh, pencegahan ini bertujuan untuk membentuk sistem kekebalan tubuh.

3. Diagnosis dini dan Pengobatan Segera (*early diagnosis and prompt treatment*)

Diagnosis dini dan pengobatan segera terhadap penyakit ISPA dapat dilakukan upaya antara lain:

- a. Temukan semua penderita secara dini dan aktif dengan cara diperiksa di sarana pelayanan kesehatan guna memastikan bahwa seseorang/bayi benar-benar tidak menderita ISPA.
- b. Melakukan pencarian penderita ISPA dan berikan segera pengobatan yang tepat serta sediakan fasilitas untuk penemuan dan pengobatan penderita agar tidak menularkan penyakitnya pada orang lain.
- c. Sediakan fasilitas yang memadai seperti laboratorium agar dapat melakukan diagnosa dini terhadap penderita, kontak, dan tersangka.

4. Pemberantasan cacat (disability limitation)

Penyakit ISPA jika tidak diobati secara baik dan teratur akan dapat mengakibatkan kematian. Pemberantasan cacat dalam mencegah terjadinya penyakit ISPA dapat dilakukan dengan berbagai upaya diantaranya:

- a. Mencegah proses lebih lanjut dengan cara melakukan pengobatan secara berkesinambungan sehingga dapat tercapai proses pemulihan yang baik.
- b. Melakukan perawatan khusus secara berkala guna memperoleh pemulihan kesehatan yang lebih baik.

5. Rehabilitasi (Rehabilitation)

Rehabilitasi dalam mencegah terjadinya penyakit ISPA dapat dilakukan dengan rehabilitasi fisik /medis apabila terdapat gangguan kesehatan fisik akibat penyakit ISPA. Secara pencegahan terhadap ISPA dapat dilakukan dengan hal-hal sebagai berikut:

- a. Menjaga keadaan gizi agar tetap baik.
- b. Immunisasi.
- c. Menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan.
- d. Mencegah anak berhubungan dengan penderita ISPA.

b. Pengobatan

Pengobatan meliputi pengobatan penunjang dan antibiotika. Penyebab ISPA atas yang terbanyak adalah infeksi virus maka pemberian antibiotika pada infeksi ini tidaklah rasional kecuali pada sinusitis, tonsilitis eksudatif, faringitis eksudatif dan radang telinga tengah.

Pengobatan penderita penyakit ISPA dimaksud untuk mencegah berlanjutnya ISPA ringan menjadi ISPA sedang dan ISPA sedang menjadi ISPA berat serta mengurangi angka kematian ISPA berat. Adapun jenis pengobatannya :

- a. Pneumonia berat: dirawat di rumah sakit, diberikan antibiotik parenteral, oksigen dan sebagainya.
- b. Pneumonia: diberi obat antibiotik kotrimoksazol peroral. Bila penderita tidak mungkin diberi kotrimoksazol atau ternyata dengan pemberian kotrimoksazol keadaan penderita menetap, dapat dipakai obat antibiotik pengganti yaitu ampisilin, amoksisilin atau penisilin prokain.
- c. Bukan pneumonia: tanpa pemberian obat antibiotik. Diberikan perawatan dirumah, untuk batuk dapat digunakan obat batuk tradisional atau obat batuk lain yang tidak mengandung zat yang merugikan seperti kodein, dekstrometorfan dan, antihistamin. Bila demam diberikan obat penurun panas yaitu parasetamol. Penderita dengan

gejala batuk pilek bila pada pemeriksaan tenggorokan didapat adanya bercak nanah (eksudat) disertai pembesaran kelenjar getah bening dileher, dianggap sebagai radang tenggorokan oleh kuman streptococcuss dan harus diberi antibiotik (penisilin) selama 10 hari.

Pengobatan penyakit ISPA juga dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu, salah satunya dengan merawat penderita di rumah sakit. Apabila perawatan untuk semua anak dengan penarikan dinding dada tidak memungkinkan, dapat dipertimbangkan untuk diberikan terapi antibiotik dirumah dengan pengawasan yang ketat pada anak yang tidak mengalami penarikan dinding dada hebat, sianosis, atau tanda penyakit yang sangat berat.

Pengobatan selanjutnya yaitu memberikan oksigen, jika frekuensi pernapasan lebih dari 70, terdapat penarikan dinding dada hebat, atau gelisah. Penggunaan terapi antibiotik juga merupakan salah satu pengobatan dimana di berikannya bencil penisilin secara intramoskular setiap 6 jam paling sedikit selama 3 hari.(ampisilin secara intramoskular, walaupun mahal dapat digantikan bencilpenisilin). Pengobatan antibiotik sebaiknya diteruskan selama 3 hari setelah keadaan membaik.

Prinsip perawatan ISPA antara lain :

1. Meningkatkan istirahat minimal 8 jam perhari
2. Meningkatkan makanan bergizi
3. Bila demam beri kompres dan banyak minum
4. Bila hidung tersumbat karena pilek bersihkan lubang hidung dengan sapu tangan yang bersih

5. Bila badan seseorang demam gunakan pakaian yang cukup tipis tidak terlalu ketat.
6. Bila terserang pada anak tetap berikan makanan dan ASI bila anak tersebut masih menetek.

PENGOBATAN KONFESIONAL

1. Mengatasi panas (demam) dengan memberikan parasetamol atau dengan kompres, bayi dibawah 2 bulan dengan demam harus segera dirujuk. Parasetamol diberikan 4 kali tiap 6 jam untuk waktu 2 hari. Cara pemberiannya, tablet dibagi sesuai dengan dosisnya, kemudian digerus dan diminumkan. Memberikan kompres, dengan menggunakan kain bersih, celupkan pada air (tidak perlu air es).
2. Mengatasi batuk

Dianjurkan memberi obat batuk yang aman yaitu ramuan tradisional yaitu jeruk nipis ½ sendok teh dicampur dengan kecap atau madu ½ sendok teh , diberikan tiga kali sehari.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.4.1. Pengertian

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan yang dapat dilaksanakan di masyarakat. Pelayanan keperawatan keluarga yang saat ini dikembangkan merupakan bagian dari pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat (perkesmas), (Depkes,2008).

Keperawatan keluarga adalah proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan. pelayanan keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistic yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan dengan memobilisasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari profesi lain termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sector lain di komunitas(Fredman,2003).

Pelayanan keperawatan keluarga di rumah merupakan integritas pelayanan keperawatan keluarga dengan pelayanan kesehatan lain di rumah untuk mendukung kebijakan pelayanan kesehatan di masyarakat sehingga dapat mengatasi masalah kesehatan pasien dan keluarganya dirumah. Pelayanan keperawatan keluarga di rumah ini didukung kerja sama antara petugas kesehatan dengan pasien dan anggota keluarganya (Depkes,2008).

Praktik keperawatan keluarga memiliki beberapa tingkatan. friedman, Bowden dan Jones (2003), menjelaskan lima level tingkatan keperawatan keluarga

yang meliputi: a). level 1, keluarga menjadi latar belakang individu dan focus pelayanan adalah individu yang akan dikaji dan diintervensi. b) Level 2, keluarga merupakan penjumlahan dari anggota-anggotanya dan masalah kesehatan yang sama dari masing-masing anggota akan diintervensi bersamaan, masing-masing anggota dilihat sebagai unit yang terpisah; c). level 3, Fokus pengkajian dan intervensi keperawatan adalah sub system dalam keluarga, anggota-anggota keluarga dipandang sebagai unit yang berinteraksi, focus intervensi adalah hubungan ibu dengan anak, hubungan perkawinan dan lain-lain; d). level 4, pada level ini keluarga dipandang sebagai klien dan menjadi focus utama dari pengkajian dan perawatan. keluarga menjadi focus dan individu sebagai latar belakang; e).5, Pada level ini keluarga dipandang sebagai bagian dari masyarakat keluarga menjadi sub system dalam masyarakat. friedman, Bowden dan Jones (2003).

2.4.2. Tingkat Kemandirian Keluarga

Ada tingkat kemandirian keluarga dilihat dari tujuh kriteria yang kemampuan yang telah dicapai oleh keluarga yaitu:

- a. Kriteria 1: Keluarga menerima perawat
- b. Kriteria 2: keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga
- c. Kriteria 3: Keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- d. Kriteria 4: keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan sesuai dengan anjuran

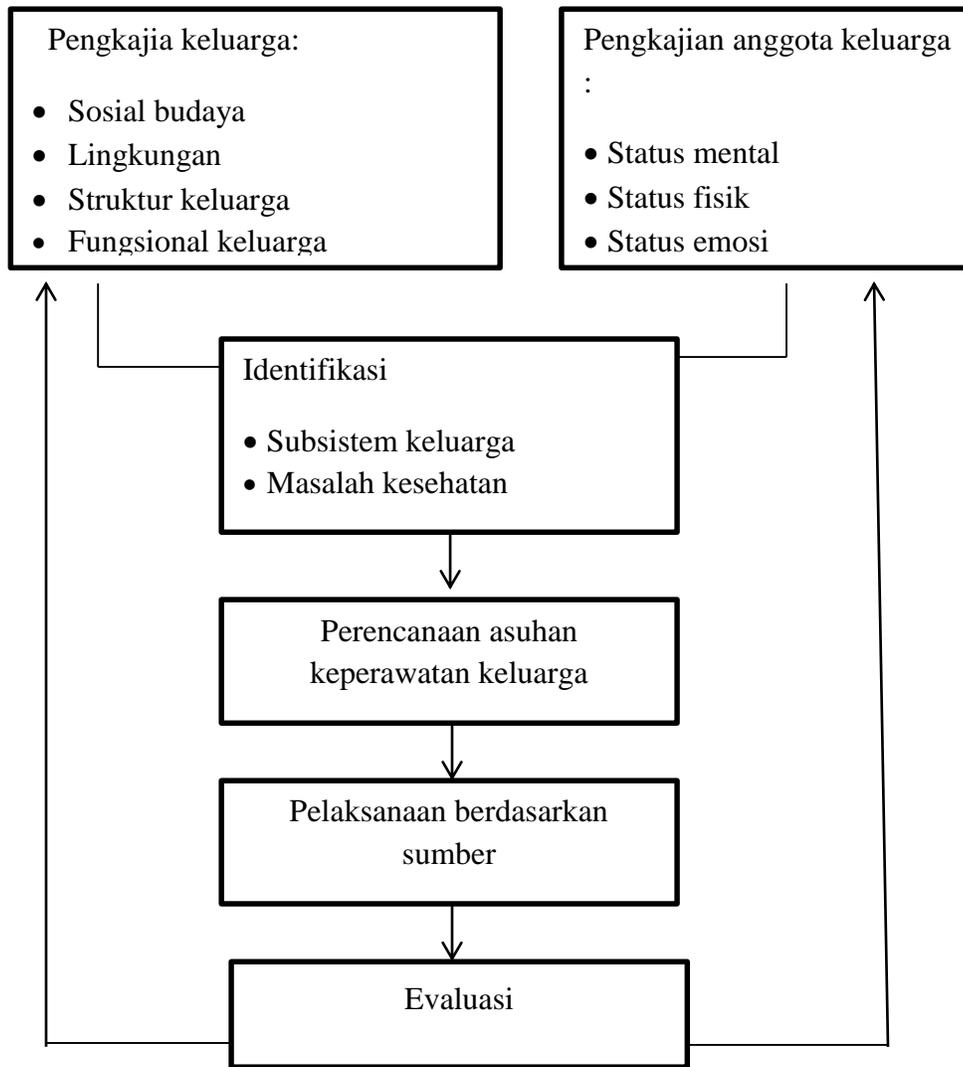
- e. kriteria 5: Keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana yang sesuai anjuran
- f. Kriteria 6: Keluarga melakukan tindakan pencegahan secara aktif
- g. Kriteria 7: Keluarga melakukan tindakan promotif secara aktif.

Tabel Tingkat Kemandirian Keluarga

| Tingkat kemandirian | Kriteria 1 | Kriteria 2 | Kriteria 3 | Kriteria 4 | Kriteria 5 | Kriteria 6 | Kriteria 7 |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Tingkat I | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Tingkat II | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Tingkat III | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Tingkat IV | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Friedman, Bowden, & Jones (2003) menjelaskan bahwa ada dua komponen penting yang menjadi focus kajian sebagai dasar pemberian asuhan keperawatan pada keluarga yaitu komponen struktur keluarga dan komponen fungsional keluarga. Komponen struktur keluarga terdiri dari komposisi anggota keluarga, system nilai yang dianut keluarga, pola komunikasi keluarga, struktur peran dalam keluarga dan struktur kekuatan dalam keluarga.

Berikut ini adalah Family Center Nursing Model dalam bagan yang menggambarkan pendekatan proses keperawatan keluarga menurut Friedman, Bowden, & Jones(2003).



Sumber : Friedman, Bowden, & Jones (2003).

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinannya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel, data dikumpul secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat

pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya,2009).

Pengkajian Keperawatan dalam keluarga memiliki dua tahapan. Pengkajian tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga. Pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Namun dalam pelaksanaannya, kedua tahapan ini dilakukan secara bersamaan. Berikut ini penjelasan mengenai masing-masing tahap pengkajian. Varabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup:

- a. Data umum/Identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.
- b. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi tand-tanda vital, status imunisasi dasar, dan penggunaan alat bantu atau protesa serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit/alergi.
- c. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan(saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, diagnose medis, rujukan dokter atau rumah sakit, keadaan umum, sirkulasi, cairan, perkemihan, pernapasan, musculoskeletal, neurosensory, kulit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-

hari, dan data penunjang medis individu yang sakit (Lab, radiologi,EKG,USG).

- d. data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan,kondisi lantai, tempat pembuangan sampah dll.
- e. Struktur keluarga; Struktur keluarga mencakup struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan. Komponen struktur keluarga ini akan menjawab pertanyaan tentang siapa anggota keluarga, bagaimana hubungan diantara anggota keluarga.
- f. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga. Variabel perkembangan keluarga ini akan menjawab tahap perkembangan keluarga, tugas perkembangan keluarga.
- g. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif. Aspek instrumental fungsi keluarga adalah aktivitas hidup sehari-hari seperti makan,tidur, pemeliharaan kesehatan. Aspek ekspresif fungsi keluarga adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah, keykinan dan lain-lain.

Sumber data dalam pengkajian keperawatan keluarga meliputi:

- a. Sumber data dalam pengkajian keperawatan keluarga dapat diperoleh dari wawancara dengan klien berkaitan dengan kejadian sebelumnya dan kejadian sekarang, penilaian subjektif misalnya pengalaman setiap anggota keluarga, maupun temuan yang objektif misalnya hasil observasi berbagi fasilitas yang ada dirumah keluarga.

b. Sumber data keluarga dapat juga diperoleh dari informasi yang tertulis atau lisan dari berbagai agensi yang berhubungan atau bekerjasama dengan keluarga, atau informasi dari anggota tim kesehatan lain.

1.5.1. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya. Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang bersifat actual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga. Daftar diagnose keperawatan keluarga biasa dilihat pada buku *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*.

Tabel 2.5.2. Daftar Diagnosa Keperawatan Keluarga

| Sasaran | Domain | Kelas | Kode | Rumusan diagnose keperawatan |
|----------|--------------------------------|---------------------------------|-------|--|
| Keluarga | Domain 1: Promosi kesehatan | Kelas 2: Manajemen kesehatan | 00080 | Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga |
| | | | 00099 | Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan |
| | | | 00188 | Perilaku kesehatan cenderung beresiko |
| | Domain 2: Nutrisi | Kelas 1: Igesti | 00106 | Kesiapan untuk meningkatkan ASI |

| | | | |
|--------------------------------------|---|-------|---|
| Domain 4: Aktivitas/ istirahat | Kelas 5: Perawatan diri | 00098 | Gangguan pemeliharaan rumah |
| Domain 5: Persepsi/kognisi | Kelas 4: Kognisi | 00222 | Ketidakefektifan control amplus |
| | Kelas 5: Komunikasi | 00157 | Kesiapan meningkatkan komunikasi |
| Domain 7: Hubungan peran | Kelas 1: Peran <i>Caregiver</i> | 00061 | Ketegangan peran pemberi asuhan |
| | | 00062 | Resiko ketegangan peran pemberi asuhan |
| | | 00056 | Ketidakmampuan menjadi orang tua |
| | | 00164 | Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua |
| | Kelas 2: Hubungan keluarga | 00057 | Resiko ketidakmampuan menjadi orang tua |
| | | 00058 | Resiko gangguan perlekatan |
| | Kelas 3: Performa Peran | 00063 | Disfungsi proses keluarga |
| | | 00060 | Gangguan proses keluarga |
| | | 00159 | Kesiapan meningkatkan proses keluarga |
| | | 00223 | Ketidakefektifan hubungan |
| | | 00207 | Kesiapan meningkatkan hubungan |
| | | 00229 | Resiko ketidakefektifan hubungan |
| 00064 | Konflik peran orang tua | | |
| Domain 9: Koping/Toleransi stress | Kelas 2: Respon koping | 00055 | Ketidakefektifan performa peran |
| | | 00052 | Hambatan interaksi sosial |
| | | 00074 | Penurunan koping keluarga |
| | | 00073 | Ketidakmampuan koping keluarga |
| | | 00075 | Kesiapan meningkatkan koping keluarga |
| | | 00199 | Ketidakefektifan perencanaan aktivitas |
| 00226 | Resiko ketidakefektifan perencanaan aktivitas | | |
| | | 00210 | Hambatan penyesuaian |
| | | 00211 | Resiko hambatan penyesuaian |
| | | 00212 | Kesiapan meningkatkan penyesuaian |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Domain 10: Prinsip hidup | Kelas 3: Nilai/keyakinan/Aksi kongruen | 00083 00169 00170 00171 | Konflik pengambilan keputusan Hambatan religiositas Resiko meningkatkan religiositas Kesiapan meningkatkan religiositas |
| Domain 11 : Keamanan/ proteksi | Kelas 4: Hazard/lingkungan | 00181 00180 00037 | Kontaminasi Resiko kontaminasi Resiko keracunan |
| Domain 13: Pertumbuhan/ perkembangan | Kelas 1: Pertumbuhan | 00113 | Risiko pertumbuhan tidak proporsional |
| | Kelas 2: Perkembangan | 00112 | Risiko keterlambatan perkembangan |
| <i>Carers</i> | <i>Carers</i> | 10027773 10027787 10029621 10027787 10032270 | Stres pada pemberian asuhan Risiko stress pada pemberian asuhan Gangguan kemampuan untuk melakukan perawatan Risiko stress pada pemberian asuhan Risiko gangguan kemampuan untuk melakukan perawatan |
| Emosional/isu psikologikal | | 10023370 10038411 | Gangguan komunikasi Gangguan status psikologis |
| Perawatan keluarga | | 10029841 10023078 10022473 10022753 10035744 10032364 | Masalah ketenaga kerjaan Gangguan proses keluarga Kurangnya dukungan keluarga Masalah dukungan sosial Masalah hubungan Risiko gangguan koping keluarga |
| Promosi kesehatan | <i>Health promotion</i> | 10023452 10000918 10032386 | Kemampuan untuk mempertahankan kesehatan Gangguan mempertahankan kesehatan Risiko bahaya lingkungan |
| Manajemen perawatan jangka panjang | | 10021994 | Kurangnya pengetahuan tentang penyakit |

| | | | |
|------------------|------------------------------|----------|---|
| Medikasi | | 10022635 | Gangguan kemampuan untuk manajemen pengobatan |
| Perawatan diri | | 10000925 | Gangguan kerumah tanggaan |
| Manajemen resiko | | 10029792 | Kekerasan rumah tangga |
| | | 10030233 | Keselamatan lingkungan yang efektif |
| | | 10029856 | Masalah keselamatan lingkungan |
| | | 10032289 | Resiko terjadinya penyalagunaan |
| | | 10032301 | Risiko terjadinya pelecehan anak |
| | | 10033470 | Risiko terjadinya pengabaian anak |
| | | 10032340 | Risiko terjadinya pelecehan lansia |
| | | 10015122 | Risiko untuk jatuh |
| | | 10015133 | Risiko terinfeksi |
| 10033436 | Risiko terjadinya pengabaian | | |
| Keadaan sosial | | 10029860 | Masalah finansial |
| | | 10029887 | Tinggal dirumah |
| | | 10029904 | Masalah perumahan |
| | | 10022563 | Pendapatan yang tidak memadai |
| | | 10022753 | Kurangnya dukungan sosial |

1.5.2. Rencana keperawatan

Perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnose keperawatan. Perencanaan disusun dengan penekanan pada partisipasi klien, keluarga dan koordinasi dengan tim kesehatan lain. Perencanaan mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan. Tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

a. Menetapkan prioritas masalah

Menetapkan prioritas masalah/diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Maglaya (2009).

Tabel 2.4. Skala untuk Menentukan Prioritas (Maglaya, 2009)

| No | Kriteria | Skor | Bobot |
|----|---|------------------|-------|
| 1. | Sifat masalah Skala wellness Aktual Resiko Potensial | 3 3 2 1 | 1 |
| 2. | Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak dapat | 2 1 0 | 2 |
| 3. | Potensial masalah untuk dicegah Skala: Segera Cukup Rendah | 3 2 1 | 1 |
| 4. | Menonjolnya masalah Skala : Segera Tidak perlu Tidak dirasakan | 2 1 0 | 1 |

Cara Skoring:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Angka tertinggi

3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria

c. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas:

Penentuan prioritas masalah didasarkan dari empat kriteria yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah.

1. Kriteria yang pertama yaitu sifat masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada masalah actual karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
2. Kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan terjaganya faktor-faktor sebagai berikut:
 - a. Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
 - b. Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
 - c. Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan keterampilan dan waktu.
 - d. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
3. Kriteria ketiga, yaitu potensial masalah dapat dicegah.

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah:

 - a. Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
 - b. Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
 - c. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
 - d. Adanya kelompok *high risk* atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
4. Kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor yang tertinggi yang terlebih dahulu diberikan intervensi keluarga. Adapun hal-hal

yang harus diperhatikan dalam penyusunan tujuan keperawatan keluarga yaitu:

- a. Tujuan harus berorientasi pada keluarga, dimana keluarga diarahkan untuk mencapai suatu hasil.
- b. Kriteria hasil atau standar hasil pencapaian tujuan harus benar-benar bisa diukur dan dapat dicapai oleh keluarga.
- c. Tujuan menggambarkan berbagai alternatif pemecahan masalah yang dapat dipilih oleh keluarga.
- d. Tujuan harus bersifat Spesifik atau sesuai dengan konteks diagnosis keperawatan keluarga dan faktor-faktor yang berhubungan.
- e. Tujuan harus menggambarkan kemampuan dan tanggung jawab keluarga dalam pemecahan masalah. Penyusunan tujuan harus bersama-sama dengan keluarga.

1.5.3. Implementasi keperawatan

Implementasi pada asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya. Implementasi yang ditunjukkan pada individu meliputi:

- a. Tindakan keperawatan langsung
- b. Tindakan kolaboratif dan pengobatan dasar
- c. Tindakan observasi
- d. Tindakan pendidikan kesehatan

Implementasi keperawatan yang ditunjukkan pada keluarga

meliputi:

- a. Meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat untuk individu dengan cara mengidentifikasi konsekuensi jika tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah, mengawasi keluarga melakukan perawatan.
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara mengenalkan fasilitas yang ada di lingkungan keluarga, membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

1.5.4. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, penilaian dan evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Bila tidak atau belum berhasil, perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan keluarga, untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan klien/ keluarga. Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan

keperawatan. Perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemajuan klien dan keluarga terhadap pencapaian hasil dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan.

Pada tahap evaluasi, perawat melakukan penilaian terhadap kegiatan yang sudah dilaksanakan (Murwani, 2008), Evaluasi merupakan komponen terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan upaya untuk menentukan apakah seluruh proses sudah berjalan dengan baik atau belum. Apabila hasil tidak mencapai tujuan maka pelaksanaan tindakan diulang kembali dengan melakukan berbagai perbaikan. Sebagai suatu proses evaluasi ada empat dimensi yaitu :

- a. Dimensi keberhasilan, yaitu evaluasi dipusatkan untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan
- b. Dimensi ketepatangunaan: yaitu evaluasi yang dikaitkan sumber daya
- c. Dimensi kecocokan, yaitu evaluasi yang berkaitan dengan kecocokan kemampuan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan
- d. Dimensi kecukupan, yaitu evaluasi yang berkaitan dengan kecukupan perlengkapan dari tindakan yang telah dilaksanakan (NOC-NIC, 2017).

KERANGKA KONSEP

